



ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 2 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'AVANTI A NOI



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

Socio di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Laureato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ha conseguito nel 2020 il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Direttrice www.perlungavita.it, giornalista 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 ANNAO. Docente in Igiene nella scuola infermieri Università "Sapienza" di Roma. Docenza nel Master MIAS - "Governance della qualità nelle strutture sanitarie", presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche. Università degli studi "Sapienza" di Roma.

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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

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

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

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

- “ASQUAS 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 – “ASQUAS Covid19 Review”: www.asiquas.org

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

Sommario

Sommario	5
EDITORIALE	10
<i>Per una sanità pubblica resiliente e di qualità. Un'agenda per le riforme (Quotidiano Sanità, C. Amoddeo, G. Banchieri et al.)</i>	10
<i>La sanità pubblica ha un futuro se cambierà i suoi modelli operativi (Quotidiano Sanità, C. Amoddeo, G. Banchieri et al.)</i>	17
POLITICHE SANITARIE E SALUTE	25
<i>Dai LEA ai LEP: una nuova sfida per AGENAS (AGENAS, Francesco Enrichens)</i>	25
<i>Gimbe: la pandemia frena la migrazione sanitaria, ma nel 2020 spostati 3,33 miliardi dal Sud al Nord (Il sole 24ore, Fondazione Gimbe)</i>	26
<i>Con l'autonomia differenziata aumenteranno le disuguaglianze in sanità (SOSSanità, Franco Pesaresi)</i>	28
<i>"I Lea vanno aggiornati per evitare obsolescenza delle cure e garantire l'eguaglianza nell'accesso alle migliori prestazioni sul territorio nazionale". Il richiamo della Consulta (Quotidiano Sanità)</i>	30
<i>Emergenza urgenza. Firmato il manifesto di Firenze: in 20 punti le mosse per riformare il sistema (Quotidiano Sanità)</i>	31
<i>Diritto alla Salute. Papa Francesco: "Il ritorno della 'povertà di salute' sta assumendo proporzioni importanti. Si tutelino i più deboli", (Quotidiano Sanità)</i>	33
<i>Riorientare gli accessi ai pronto soccorso con alternative efficaci (Il Sole 24ore, Alberto Ricci)</i>	34
<i>Un'ondata di scioperi nella sanità senza precedenti in tutta Europa (Quotidiano Sanità)</i>	37
DEF, NADEF, FINANZIAMENTO DEL SSN	41
<i>NADEF. Nel 2023 per la sanità la spesa aumenta di 4,3 mld rispetto alla NADEF 2022 (Quotidiano Sanità)</i>	41
<i>Gimbe: "Nel Def il governo non rilancia la sanità pubblica, serve cambio di rotta o Ssn crollerà"(FanPage)</i>	43
<i>Il governo Meloni blocca gli aumenti di stipendio per i dipendenti pubblici nel Def (FanPage)</i>	44
<i>Def 2023. Gimbe: "Nessun rilancio della sanità pubblica (Quotidiano Sanità)</i>	45
<i>La spesa pubblica nella UE. Italia tra i Paesi con la quota più alta per la "protezione sociale" (Quotidiano Sanità)</i> .	46
DIBATTITO SULLE PROSPETTIVE DEL SSN	48
<i>I Forum di QS. Sanità pubblica addio? Trimarchi: "La Salute Bene Comune" (Antonino Trimarchi Quotidiano Sanità)</i>	48
<i>Gimbe: "Tra liste d'attesa, rinunce alle cure e disuguaglianze il Ssn è in codice rosso" (Cartabellotta, Quotidiano Sanità)</i>	50
<i>I Forum di QS. Sanità pubblica addio? Agnetti: "Come possiamo evitare di arrivare al punto di non ritorno?" (Bruno Agnetti, Quotidiano Sanità)</i>	52

<i>La Cgil ha la forza e la storia per cambiare la sanità nel segno della Costituzione, (Ivan Cavicchia, Quotidiano Sanità)</i>	57
AMBIENTE E CAMBIAMENTO CLIMATICO	61
<i>Bill Gates: "Non siamo pronti per prevenire il prossimo incendio"(Bill Gates, Quotidiano Sanità)</i>	61
<i>Il permafrost dell'Artico è una bomba a orologeria (Sandro Iannaccone, Quotidiano Sanità)</i>	62
<i>Programme of the European Union: European State of the Climate Summary 2022 (ECMEF)</i>	63
<i>Giornata della Terra, Petrini: "Inizia un'epoca ecologicamente più saggia" (La Repubblica, Carlo Petrini)</i>	64
<i>Impatto del cambiamento climatico sulla salute e sulle malattie infettive (IOZ, Alice Matone et al.)</i>	65
<i>Fact-checking: i cambiamenti climatici in 10 grafici (ISPI)</i>	68
<i>Emissioni gas-serra. In aumento in UE. Ispra: "In Italia gli 'obiettivi 2050' saranno raggiunti nel 2220" (Quotidiano Sanità, Fabiola Zaccardelli)</i>	73
<i>Epidemie, antibioticoresistenza, sicurezza alimentare e cambiamenti climatici. (Quotidiano Sanità)</i>	74
<i>Cambiamento climatico e salute (Salute Interazionale, Michele Innocenzo)</i>	75
<i>Le micro-nanoplastiche nei mari e negli oceani (Quotidiano Sanità, Giovanni Di Guardio)</i>	79
COVID-19 E VARIANTI	80
<i>Covid/ Flash survey Iss: variante Kraken al 45,3%, Cerberus al 9,7% (Il Sole 24ore)</i>	80
<i>WHO INFERTILITY 2023</i>	80
<i>WHO malattie trasmissibili 2023: Access to NCD medicines: emergent issues during the COVID-19 pandemic and key structural factors (WHO)</i>	82
<i>Covid, dalla Polonia arriva la variante che si mimetizza (La Repubblica, Dontella Zorzetto)</i>	83
<i>Dalla mappa d'Europa sparisce la mortalità in eccesso (Idealista/news)</i>	84
<i>Covid non è finito, la variante Arturo travolge l'India (La Repubblica, Donatella Zorzetto)</i>	86
<i>"Ecco dove si nascondeva il virus nel 2020" (La Repubblica, Donatella Zorzetto)</i>	87
<i>Pandemie e rischi emergenti, l'Oms vara la strategia Pret. Le tre priorità da qui al 2025 (Il Sole 24ore)</i>	89
VACCINI E BIG PHARMA	91
<i>Il grande affare dei vaccini Covid: gli stati pagano la ricerca, Big Pharma decide e incassa miliardi (L'Espresso)</i>	91
<i>Farmaci: esclusiva, antibiotici e digitale nel pacchetto di riforma Ue (Il Sole 24ore)</i>	92
<i>Farmaci: arriva il mercato unico europeo. (Quotidiano Sanità, Barbara Di Chiara)</i>	94
<i>Vaccini: Big Pharma ha già incassato 90 miliardi. Per uscire da Covid bisogna sospendere i brevetti (La Repubblica, Daniela Minerva)</i>	96
<i>OXFAM/EMERGENCY: "con il monopolio di BIG PHARMA sui vaccini COVID, gli stati hanno pagato fino a 24 volte il loro costo di produzione" (Emergency)</i>	97
<i>Le relazioni pericolose tra politica, comunicazione e Big Pharma (MicroMega)</i>	100
<i>Tutelare Big Pharma: anche l'Italia ha voltato le spalle all'Africa? (AFRICA, Federico Pani)</i>	101

<i>Covid-19: Pfizer fa enormi profitti mentre compromette le possibilità di milioni di persone di ricevere il vaccino (Amnesty International Italia)</i>	103
<i>Vaccini, 100 miliardi di denaro pubblico a Big Pharma ma chi ci guadagna? (Il Sole 24ore)</i>	104
<i>Quanto guadagnano le Big Pharma con i vaccini. Report (START Magazine)</i>	106
<i>Pandemie: in arrivo Centaurus e vaiolo, ma per Big Pharma è solo una guerra miliardaria (Medicina Democrazia)</i>	107
<i>Corbevax, il vaccino senza brevetto di cui non si parla (Sanità informazione)</i>	108
DIAGNOSTICA E TERAPIE	110
<i>Covid. Ecdc raccomanda una nuova campagna di vaccinazione in due fasi per ridurre i ricoveri: adesso gli over 80 e in autunno gli over 60 (Quotidiano Sanità)</i>	110
<i>Corticosteroidi a dose più elevata in pazienti ricoverati in ospedale con COVID-19 che sono ipossici ma che non richiedono supporto ventilatorio (RECOVERY) (The Lancet, Recupero, 2023)</i>	112
<i>“Una minaccia del diritto alla salute”. Ecco cosa dice la bozza Oms sulle possibili nuove pandemie (Quotidiano Sanità, Giovanni Rodriguez)</i>	114
<i>Risposta vaccinale con virus/mRNA eterologo inattivato a BF.7, BQ.1.1 e XBB.1 (The Lancet, Zuo et al. 2023)</i>	116
<i>Effetto protettivo della neutralizzazione del plasma da precedente infezione da SARS-CoV-2 Omicron contro la reinfezione sintomatica della sottovariante BA.5 (The Lancet Regional Health, Xiaosu et al., 2023)</i>	119
<i>Gravità della variante Omicron BA.5 ed effetto protettivo della vaccinazione: coorte nazionale e analisi abbinate in Scozia (The Lancet Regional Health, Kerr et al., 2023)</i>	121
<i>West Nile e virus di Marburg, cresce la paura del contagio (La Repubblica, Donatella Zorzetto)</i>	124
<i>Antibiotico resistenza. Rapporto Ecdc/Oms: “Minaccia per la sicurezza dei pazienti in Europa”. Nel 2020 oltre 35 mila decessi, (Quotidiano Sanità, BDC)</i>	126
<i>Aggiornamento epidemiologico settimanale COVID-19 (al 9 aprile 2023) (WHO)</i>	129
SISTEMI SANITARI E POLITICHE	133
<i>C’era una volta il welfare (terzogiornale, Paolo Andruccioli)</i>	133
<i>L’OMS a 75 anni: ciò che non ti uccide ti rende più fort (Nature, 2023)</i>	135
<i>Le firme molecolari condivise tra l’infezione da coronavirus e le malattie neurodegenerative forniscono obiettivi per lo sviluppo di farmaci ad ampio spettro (Nature, Li Deng, 2023)</i>	136
<i>Collegamento di SARS-CoV-2 all’orologio circadiano (Nature, Souita Das, 2023)</i>	138
<i>L’evoluzione del SARS-CoV-2 (Nature, Markos, 2023)</i>	140
ECONOMIA, DISUGUAGLIANZA E POLITICHE SOCIALI	141
<i>Noi e la pentola New Public Management (NPM) con le sue varianti, una sotto-narrazione del neoliberismo (Salute Internazionale, Maria Elisa Sartor)</i>	141
<i>In 10 anni chiusi 125 ospedali e più spazio al privato. (Quotidiano Sanità, Luciano Fassari)</i>	144
<i>Lavoro minorile in Italia: 336 mila bambini e adolescenti tra i 7 e i 15 anni, quasi 1 minore su 15, hanno praticato un mestiere (La Repubblica)</i>	145
<i>Sud, omissione di soccorso (La Repubblica)</i>	147

<i>Report Osservatorio GIMBE 2/2022 Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità</i>	148
<i>I livelli essenziali nella legge di bilancio 2023 (Osservatorio Gimbe, Franco Persaresi)</i>	149
<i>Lascia gli studi un ragazzo su 6: al Sud il buco nero della scuola, (La Repubblica, Conchita Sannino)</i>	152
<i>IL SOCIALE NELLA LEGGE DI BILANCIO 2023 (Franco Persaresi, ASIQUAS)</i>	155
PNRR e sua implementazione	162
<i>PNRR: Confesercenti, con ritardi attuazione già bruciati 7,6 miliardi nel 2022 (FiscoEquo, Luciano Cerasa)</i>	162
<i>La crescita dell'Italia è appesa al PNRR. EY: "Se i cantieri non accelerano sarà recessione" (La Repubblica, Filippo Santelli)</i>	163
<i>Allarme PNRR, il Grande Piano s'è inceppato l'Italia rischia il naufragio (La Repubblica, Giuseppe Colombo)</i>	163
PERSONALE del SSN	166
<i>Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale (AGENAS)</i>	166
<i>Personale Ssn. Rapporto Agenas conferma incremento di circa 21mila unità dal 2019 al 2021. In calo i medici di famiglia (Quotidiano Sanità)</i>	167
<i>BUCHAREST DECLARATION ON THE HEALTH AND CARE WORKFORCE (WHO)</i>	170
<i>In tutta Europa operatori sanitari in crisi: poco pagati, stressati e sempre più vecchi. (Quotidiano Sanità)</i>	170
<i>Medici di famiglia, pediatri e guardie mediche in via d'estinzione? (Quotidiano Sanità)</i>	174
<i>Come ridisegnare l'esclusività di rapporto e la libera professione... per tutte le professioni sanitarie (Quotidiano Sanità)</i>	175
<i>La fuga dei giovani medici dagli ospedali italiani (La Repubblica, Valeria Pini)</i>	178
<i>Sono 32 mila i medici laureati in più rispetto ai pensionamenti. "Ecco perché il numero chiuso è un falso problema". Lo studio Anaao (Quotidiano Sanità, Carlo Palermo et al.)</i>	179
INVECCHIAMENTO E POLITICHE PER L'ANZIANO	184
<i>Long Term Care in Giappone: come funziona l'assistenza agli anziani nel Paese più vecchio del mondo (Percorsi di secondo welfare)</i>	184
<i>ISTAT: Andamento demografico della popolazione</i>	186
<i>ISTAT: BES SALUTE 2022</i>	187
<i>NADEF: ASSISTENZA AGLI ANZIANI: la riforma c'è, va messa in pratica</i>	188
<i>Istat, BES: peggiora la situazione economica di oltre un terzo degli italiani e crescono le disuguaglianze (La Repubblica, Rosaria D'Amato)</i>	189
<i>Rapporto BES: peggiorano gli stili di vita e speranza di vita a 82,6 anni, sotto i livelli pre Covid (Il Sole 24ore)</i>	190
<i>L'Italia nel 2100. Saremo 8,8 milioni di abitanti in meno ma vivremo più a lungo: quasi 9 anni in più gli uomini e 8 anni le donne (Quotidiano Sanità)</i>	191
<i>Lavorare più a lungo significa lavorare in condizioni migliori (The Lancet, Deschata, 2023)</i>	193
<i>Europa sempre più vecchia e con meno abitanti. Eurostat (Quotidiano Sanità)</i>	194
TECNOLOGIA E INNOVAZIONE	196

<i>Corso di Tecnologie Sanitarie (ITIM)</i>	196
<i>Il Manifesto del Forum DD per la transizione digitale (Carte in regola)</i>	196
<i>ChatGPT: scenario Terminator? (ISPI)</i>	200
<i>Liberare la conoscenza per ridurre le disuguaglianze (Forum Disuguaglianze)</i>	201
<i>The Potentially Large Effects of Artificial Intelligence on Economic Growth (Briggs/Kodhani) (Economics Research 2023)</i>	203
<i>FIRM: Fisica, Informatica e Robotica in Medicina, 7° Workshop Nazionale , 30 Maggio 2023 – CNR di Segrate (CNR)</i>	204
ECONOMIA E FINANZA	207
<i>Inflazione e salari fermi: il crollo dei consumi incubo sulla crescita (La Repubblica, Valentina Conte)</i>	207
<i>Le nuove regole Ue sui conti pubblici. Aggiustamento dello 0,5% quando il deficit supera il 3% del Pil. (La Repubblica, Dombrowskis)</i>	208
<i>AGENAS: Analisi sull'aumento dei costi energetici nelle Aziende Sanitarie Pubbliche tra il 2021 e il 2022</i>	210
<i>Stati Uniti, perché il potere dei grandi ricchi è un rischio per la democrazia (La Repubblica, Paul Krugman)</i>	211
<i>Fondi immobiliari, una bolla da mille miliardi: i tassi rischiano di farla esplodere (La Repubblica, Filippo Santelli)</i> .	212
<i>La mappa delle terre rare, ecco dove si trovano i giacimenti nel mondo (La Repubblica, Rosaria Amato, Luca Pagni)</i>	215
<i>Costo orario del lavoro (Eurostat)</i>	217
<i>Documento di Economia e Finanza 2023; Sezione II Analisi e tendenze della finanza pubblica. Deliberato dal Consiglio dei Ministri l'11 aprile 2023</i>	222
<i>Nuovo NOMENCLATORE LEA 2023</i>	223
NURSING	224
<i>DISTRETTI SANITARI: INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA' (FNOPI)</i>	224
<i>COOPERATIVE SANITARIE: infermieri e medici assieme su carenza di personale e speculazioni contro il SSN (FNOPI)</i>	225
<i>LA RISPOSTA INFERMIERISTICA GLOBALE ALLA PANDEMIA COVID-19 (JNR, Kainski, 2023)</i>	227
<i>Le ragioni degli errori di somministrazione dei farmaci (Nurse Education in Practice)</i>	228
<i>Infermieri: sottostima della violenza sul posto di lavoro (BMC Nursing, Spencer et al., 2023)</i>	229

quotidianosanita.it

Per una sanità pubblica resiliente e di qualità. Un'agenda per le riforme (Quotidiano Sanità, C. Amoddeo, G. Banchieri et al.)

Caterina Elisabetta Amoddeo, Già Direttore Sanitario AO “San Camillo”, Roma, **Giorgio Banchieri**, Docente DISSE, Università “Sapienza”, Roma, **Maurizio Dal Maso**, Healthability, Firenze, **Antonio Giulio De Belvis**, Docente AOP “Gemelli”, Roma, **Emanuele Di Simone**, Direzione Infermieristica IRCCS IFO, Roma, **Silvia Scelsi**, Presidente Nazionale ANIARTI, **Andrea Vannucci**, Docente Università di Siena, membro CD Accademia della Medicina, Roma

Dall'approccio “One Health” a un nuovo assetto “pubblico-privato”. Dal Pnrr al sottofinanziamento cronico del sistema sanitario italiano. Una possibile agenda per riprendere in mano i destini del Ssn

24 APR -

Sanità, salute e “One Health”

Con l'inclusione formale del “Programma Ambientale” delle Nazioni Unite (UNEP) nella condivisione con WHO, FAO e WOHAI 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”, che è stato definito nel seguente modo:

“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.]

Si tratta di un “approccio olistico” alla salute, che include molte altre dimensioni di policy sociali, ambientali e sanitarie. Tale approccio deve essere elemento “unificante” e di “integrazione” tra tutte le policy che hanno un impatto sulla salute dei singoli e delle comunità e che determinano la qualità della vita delle persone e la sostenibilità dello sviluppo nella riproducibilità dell'ambiente.

Programmazione sanitaria e qualità del welfare

Con la Legge sul Federalismo con la modifica del Titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3 del 2001) è stato modificato un decimo della Costituzione, ma in realtà il 100% di quello che in realtà era il sistema del welfare italiano. Le Regioni sono totalmente depositarie di tutti gli interventi sul versante dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali (con i loro EE.LL.). I Ministeri di riferimento hanno perso il loro ruolo di programmazione e di governance.

Avremmo dovuto andare verso un sistema di “welfare di comunità federale”, come altri Paesi della UE, vedi Germania e Spagna, che hanno un ordinamento istituzionale simile al nostro, ovvero, sono Stati Federali. Però ci siamo fermati a metà strada per ora. Manca il “federalismo fiscale” e la “autonomia differenziata”, che, per come è stata proposta, sembra cristallizzare le differenze di reddito e di accesso alle cure nelle varie Regioni del Paese. Il nodo va affrontato in una logica unitaria in rispetto dell'Art. 32 della carta Costituzionale. La “salute” dovrebbe essere presidiata dalla sanità, ma sullo stato di benessere delle persone intervengono altri elementi in maniera importante e fortemente impattante come i trasporti, l'ambiente, la socializzazione, la casa, il lavoro, il reddito, la formazione, il tempo libero proprio in una accezione di “One Health”.

Altri due elementi dovrebbero essere caratterizzanti il “welfare di comunità”, i concetti di “autonomia” e di “sussidiarietà”:

- “Autonomia” è l'atteggiamento che devono avere gli operatori. I servizi devono “prendere in carico”, ma la presa in carico definisce una situazione di delega a chi prende in carico, a chi si assume la

responsabilità. È l'“ability to cooperate”, cioè la capacità di far fronte, la valutazione nei soggetti delle loro capacità residue, significa dare una spinta forte alla “compliance” e all'“empowerment” dei cittadini, cioè quei soggetti che devono riappropriarsi della loro possibilità di scelta nei confronti della salute.

- “Sussidiarietà” è la possibile surroga “verticale” e/o “orizzontale” tra livelli istituzionali ed erogatori pubblici e/o sociali.

Quindi occorre prevedere livelli di “autonomia” e di livelli di “sussidiarietà” che possono essere agiti insieme e in modo “integrato”.

Le Regioni e le PPA e le precondizioni per policy sulla sanità e sulla salute

Lo stato dell'arte relativamente alla capacità dei SSR di essere performanti non è consolante.

La Griglia LEA prima della pandemia (2010-2019) descrive uno scenario già di parcellizzazione dei SSR.

Griglia LEA 2010-2019: percentuale di adempimento cumulativo e totale dei punti ottenuti

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4%	2.101
Toscana	91,3%	2.055
Veneto	89,1%	2.005
Piemonte	87,6%	1.970
Lombardia	87,4%	1.966
Umbria	85,9%	1.932
Marche	84,1%	1.893
Liguria	82,8%	1.862
Friuli Venezia-Giulia*	81,5%	1.833
Prov. Aut. Trento*	78,8%	1.773
Abruzzo	76,6%	1.724
Basilicata	76,4%	1.718
Lazio	75,1%	1.689
Sicilia	69,6%	1.567
Molise	68,0%	1.530
Puglia	67,5%	1.518
Valle d'Aosta*	63,8%	1.436
Calabria	59,9%	1.347
Campania	58,2%	1.309
Prov. Aut. Bolzano*	57,6%	1.296
Sardegna*	56,3%	1.267

*Friuli Venezia-Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti.

Quartili delle percentuali di adempimento	93,4 – 86,0	85,9 – 76,7	76,6 – 67,6	67,5 – 56,3
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero Salute e AGENAS

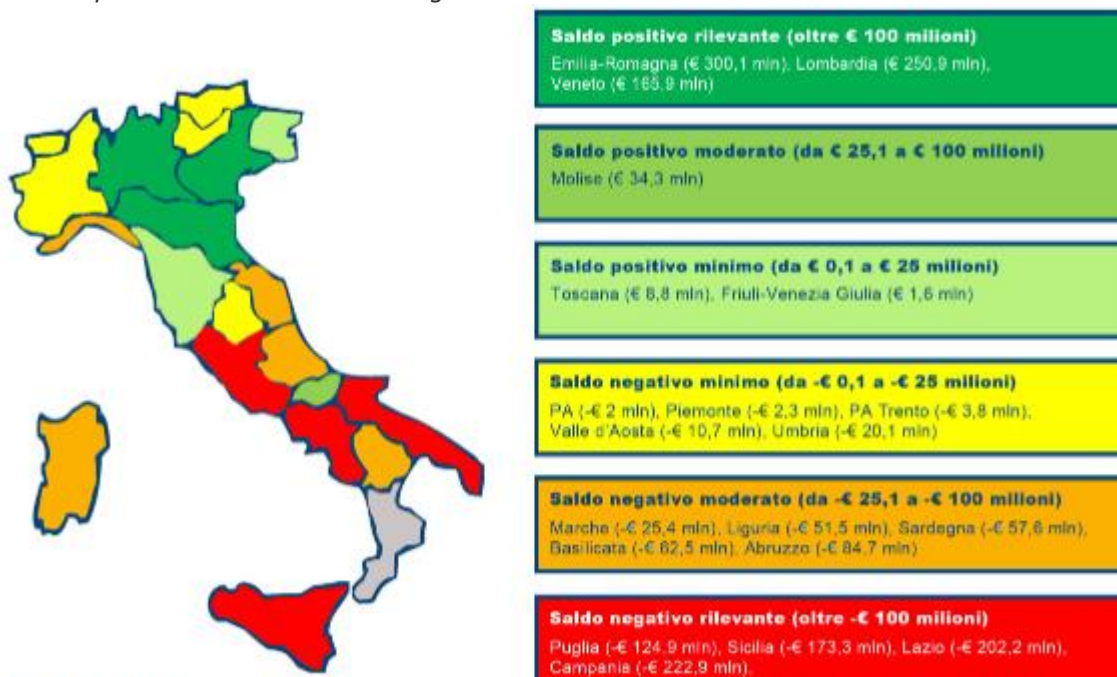
Abbiamo quattro macroaree interregionali in cui, al netto delle Regione a statuto autonomo e della PPA, abbiamo di fatto quattro livelli di agibilità dei cittadini ai servizi dei SSR.

Pertanto il diritto alla salute sancito nell'art 32 della carta Costituzionale non è uguale per tutti.

All'apice della distribuzione abbiamo Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte e Lombardia, le solite note e "virtuose". Poi Umbria, ex Regione benchmark, Marche, Liguria, Friuli VG (Regione Autonoma) e PA di Trento. A seguire Abruzzo, Basilicata, Lazio, Sicilia (Regione Autonoma) e Molise. Infine Puglia, Valle D'Aosta (Regione Autonoma), Calabria, Campania, PA di Bolzano e Sardegna.

Se incrociamo questi dati con quelli relativi alle Liste di Attesa e alla Mobilità Sanitaria, attiva e passiva, lo scenario di frammentazione del SSN è ancora più esplicito.

Saldi 2020 per mobilità sanitaria tra Regioni e PPA



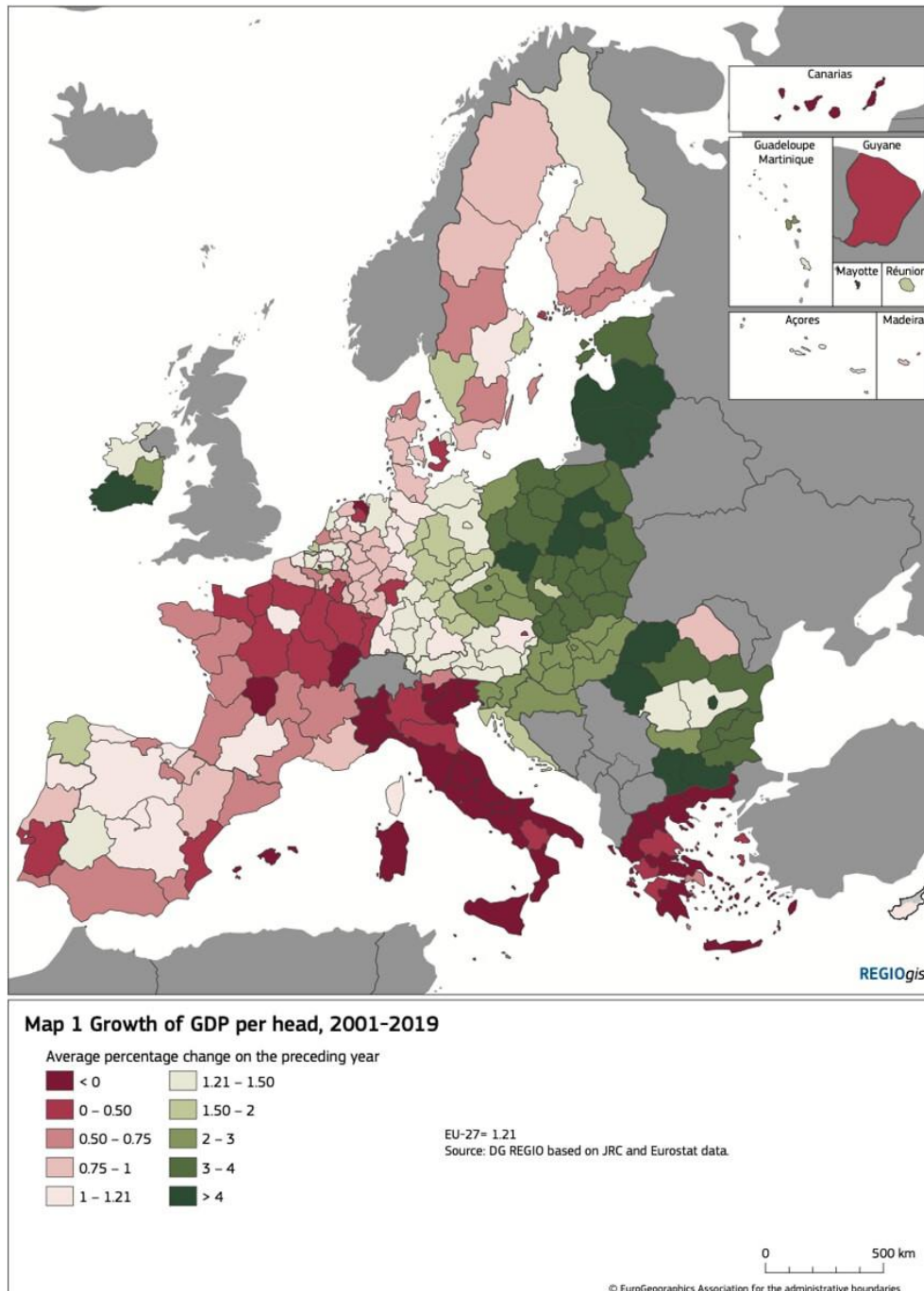
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero Salute e AGENAS

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



Fonte: MEF 2023

Il PIL 2022 della Lombardia si appresta a crescere di +4,7% che, unito al +6,4% di proiezione per il 2021, riporterebbe l'economia della Regione sopra i livelli pre-pandemici del 2019: questo è quanto emerge dai risultati del quinto focus dell'Osservatorio Economia e Territorio della CNA Lombardia. In questo contesto molto variegato, ma con conferme sul posizionamento delle Regioni in particolare del Sud e delle Isole, si dovrebbe collocare la proposta di "autonomia differenziata".



Fonte: Elaborazione dati OECD e UE

Per quanto riguarda i LEA, dobbiamo ricordare che è stato recentemente approvato il Dm Tariffe con il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, passo importantissimo per avere uno strumento valido e aggiornato da usare sempre più e sempre meglio nella sanità pubblica e/o accreditata ma anche, ad esempio, nella sanità integrativa se la vogliamo sempre più "tecnicamente" integrata con il SSN nei percorsi di cura dei cittadini.

Comunque non si può certamente dire che la UE e i Governi nazionali in Italia non abbiano cercato di garantire i soldi per consentire alle Regioni di mettersi al passo con i tassi di crescita economica Ue. I Fondi per la Coesione assegnati da Bruxelles al nostro Paese per il periodo 2000-2020 sono ammontati a 92,5 miliardi. Se si tiene conto anche dei cofinanziamenti arrivati dagli Enti Locali e dallo Stato italiano si superano i 300 miliardi di euro dedicati allo sviluppo delle aree in ritardo rispetto al resto d'Europa. Praticamente un volume di spesa pari allo stesso PNRR. Ciononostante, sedici delle venti Regioni italiane, nel periodo 2001-2019, hanno registrato un tasso di crescita medio di PIL pro capite a prezzi costanti inferiore allo 0%.

La performance, che vale all'Italia la maglia nera per la crescita economica nella UE, è emersa nell'ottava relazione UE sulle Politiche di Coesione. Si tratta della voce di spesa del bilancio europeo destinata alla promozione di uno sviluppo territoriale più equilibrato e sostenibile tra le regioni Ue. L'obiettivo era semplice, dare più fondi alle Regioni in ritardo e meno a quelle in vantaggio con l'obiettivo di andare verso una convergenza economica.

Il PIL italiano in termini assoluti è cresciuto nel primo ventennio degli anni 2000, passando da circa 1.200 a 1.770 miliardi di euro nel 2019 (l'ultimo dato prima della pandemia). Tuttavia il PIL pro capite a prezzi costanti era pari a €. 27.950 nel 2001 ed è poi calato a €. 27.210 nel 2019.

La polemica sulle Regioni meridionali sempre in negativo va superata tenendo conto però che gli strumenti attivati per favorire la convergenza verso gli standard delle Regioni più virtuose e della UE. Non sono stati all'altezza delle aspettative sicuramente gli stakeholders istituzionali, ma anche i sistemi produttivi e di servizi regionali. Occorrerebbe ripensare i ruoli istituzionali, le procedure, le competenze e le dotazioni.

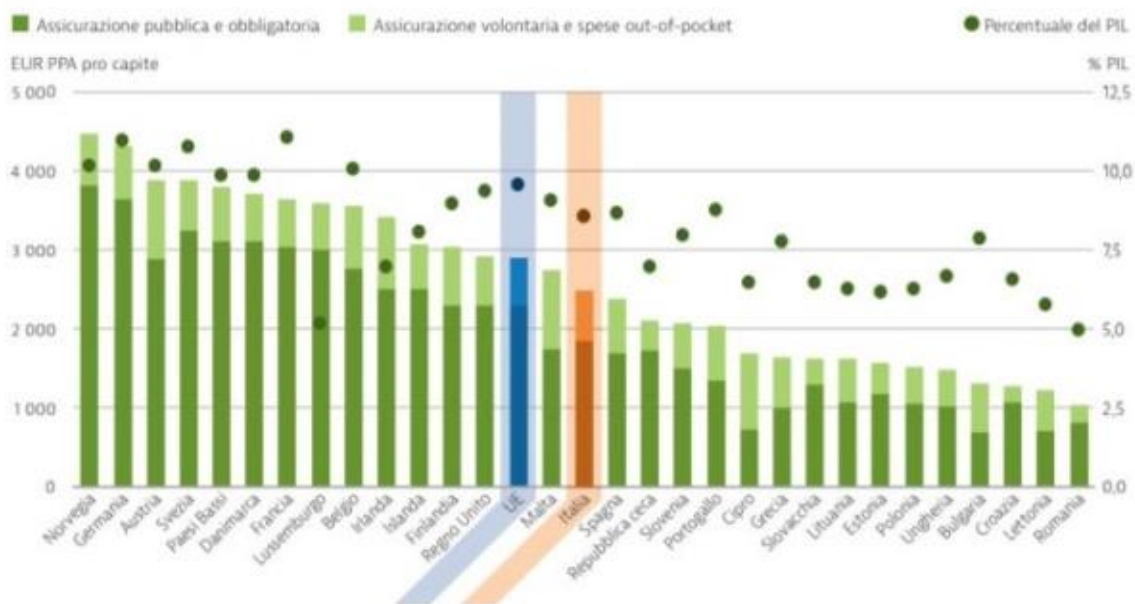
Altrimenti anche il PNRR diventerà un insieme di progetti "Impossibili", con un impatto negativo sulle singole Regioni e sul Paese sia a livello di capacità di spesa che di contributo al PIL ai vari livelli regionali e nazionale.

Sanità "pubblica" e sanità "privata"

Questo sarà possibile in un contesto di privatizzazione progressiva del sistema salute nel nostro Paese?

La sanità italiana si avvia ad essere un sistema che si poggia oggettivamente su più "pilastri" di forme di presenza "pubblica" e "privata", a sua volta "privata accreditata" e "privata-privata".

Figura 7. L'Italia spende meno nella sanità della maggior parte degli altri paesi dell'Europa occidentale



Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2019 (i dati si riferiscono al 2017).

Questo scenario è frutto delle scelte dei Governi che si sono succeduti in tendenziale "continuità" di politiche sanitarie, ma siamo arrivati ad un crinale oltre il quale il SSN rischia di implodere per le sue contraddizioni e difficoltà interne, nonostante sia uno dei sistemi sanitari nazionali più performanti rispetto a molti altri Paesi, vedi statistiche OMS e OECD.

Non siamo il Paese che spende di più per la sanità e la salute nella UE, anzi siamo tra quelli più contenuti come spesa. Siamo sotto la media UE, quindi, potremmo salire almeno fino al 7,2% del PIL. Oggi con il nuovo NADEF 2022-26 siamo al 6,2% tendenziale. Ovvero siamo a -1,0% sul PIL rispetto alla media UE.

Infatti i tagli al FSN in questi anni dal 2012 al 2019 sono stati pari a circa 37,5 mld di Euro, mentre dopo il “Jobs Act” (2016) è stata finanziata, sempre a carico della fiscalità generale, 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 in questi anni è stato di circa 37,5 mld di Euro. Non è una semplice coincidenza contabile.

È il frutto di scelte consapevoli e trasversali che hanno coinvolto tutti i così detti “poteri forti” del nostro Paese. La fine del SSN/SSR rischia di essere determinata dalla presunzione di coloro che pensano di sapere che cosa occorre fare per curare le persone senza troppo ascoltarle.

Lo sviluppo della presenza della sanità “privata” non può essere lasciato alle dinamiche di mercato.

Con tutta la buona volontà chi è “profit” non può essere “universalista” ed “equo” ... Sono logiche antitetiche e conflittuali da gestire e mediare solo da parte pubblica.

La sanità “privata” va regolarizzata, monitorata e valutata in base a standard di servizio e agli obiettivi di salute ricompresi nei “Piani di Salute” o “Piani Territoriali e/o di Zona” delle ASL, in collaborazione con gli Enti Locali e le loro forme associative in un approccio da “Società della salute”, vedi l’esperienza in Toscana. Ovviamente nei contesti locali dove le comunità sono strutturate e proattive.

Il nostro modello di sanità era basato sul modello così detto “Beverige”, tipo il NHS inglese, evoluto nel tempo verso un “sistema misto”, tipo quello francese. Si vuole andare verso un modello “Bismark”, tipo quello della Germania Federale, basato su assicurazioni e mutue obbligatorie e con governance e monitoraggio pubblico? Attenzione parliamo della Germania, paese ove il monitoraggio e le sanzioni relative sono cose serie ... Non vediamo le precondizioni per un trasferimento del modello in Italia.

I politici hanno il coraggio di dirlo? Come pensano di governare la transizione? Sono in grado di dire a fasce importanti della popolazione che saranno escluse dal diritto alla salute in modo sempre più esplicito e fattivo? Ridurremo il SSN e i SSR a qualcosa di simile a “Family Care” e a “Medicare” negli USA, ovvero, a programmi di tutela della salute per le fasce deboli della popolazione?

Un finanziamento adeguato del SSN e policy conseguenti su sanità e salute

Il NADEF, come citato sopra, riporta il finanziamento del FSN tendenzialmente intorno al 6,2% del PIL stimato per i prossimi anni, sempre che quanto previsto circa l’andamento del PIL si realizzi davvero.

Gli ultimi dati degli osservatori internazionali – FMI, BCE, etc. – ci danno ad un PIL tendenziale intorno al +1,0%, in linea con i dati storici degli ultimi anni dal 2008 ad oggi.

Il nuovo NADEF del Governo Meloni fotografa le difficoltà e i vincoli macro economici del nostro Paese.

La crisi energetica, conseguenza della guerra Federazione Russa-Ucraina, non si è ancora risolta.

La pandemia non è ancora endemizzata, vedi le nuove varianti Kherson e Arthur, e nuove minacce si affacciano all’orizzonte di nuovi virus e/o batteri antibiotico resistenti, per non parlare dell’inquinamento ambientale e marino e delle microplastiche presenti nelle catene alimentari e ormai fissate negli organi della nostra specie, con conseguenti impatti sulla salute degli umani.

Lo stesso Ufficio di Bilancio del Parlamento stima un fabbisogno in sanità di circa il 7,2% sul PIL.

La spesa sanitaria nel DEF 2023: consuntivo 2022 e stime 2023-2026

Spesa sanitaria	2022	2023	2024	2025	2026
In milioni di euro	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
In % di PIL	6,9%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione %	3%	3,80%	-2,40%	1,70%	2,50%

Fonte: Dati da NADEF 2023-26

Altri Osservatori qualificati confermano e dettagliano i rischi di impatto negativo dalla non realizzazione dei progetti del PNRR per il nostro Paese.

Natalucci (FMI) in una recente intervista su “La Repubblica” afferma che “Il PNRR è lo scudo contro l’instabilità finanziaria ... È uno strumento fondamentale. Ha effetti sulle riforme strutturali, aiuta la posizione fiscale, ma soprattutto la produttività. Va usato per le infrastrutture, con un occhio alla sostenibilità, con investimenti che possono creare posti di lavoro verdi».

Il PNRR ha momenti di criticità nella “messa a terra” dei progetti previsti e rischia di impattare negativamente anche sul PIL di quest’anno e dei prossimi.

Per altro riteniamo che:

- Ogni finanziamento in sanità ha un effetto moltiplicativo sul PIL del Paese;
- L’invecchiamento tendenziale della popolazione richiede fondi adeguati a sostenere fragilità, cronicità e poli cronicità e quindi a supportare uno sviluppo delle policy per la non autosufficienza;
- Occorre dotare il FSN (Fondo Sanitario Nazionale) e i FNPS (Fondi Nazionali per le Politiche Sociali) di finanziamenti adeguati non inferiori per il FSN al 7,2% del PIL reale del Paese (in termini assoluti non meno di 130 Miliardi di Euro) e per il FNPS tali da consentire agli Enti Locali politiche attive di prevenzione, sugli stili di vita e sull’educazione alimentare (non meno di 4 miliardi di Euro).

In coerenza con quanto sopra detto sarebbe necessario:

- Creare le condizioni per ripensare ed emendare la Riforma del Titolo V della Carta Costituzionale, che, così come è, cristallizza le differenze dei SSR e parcellizza il diritto alla salute;
- Completare il processo di aziendalizzazione in sanità garantendo gli strumenti necessari ai manager pubblici per agire gestioni efficaci e efficienti, anche in deroga con la normativa vigente, come in permanenza della pandemia e a fronte delle scadenze del PNRR in sanità;
- Coinvolgere tutti gli attori delle “filieri assistenziali” in Piani di Salute delle popolazioni in cui ricomporre e riconoscere gli interessi dei singoli erogatori in una logica, però, di “Agenzie di salute pubbliche” e di governo integrato dei processi da parte delle ASL e dei Distretti, superando la logica del puro coordinamento amministrativo dei servizi territoriali afferenti proprio ai Distretti;
- Affermare una governance del sistema salute del nostro Paese in cui le policy sanitarie, sociosanitarie e sociali e di salute siano agite dal lato della “domanda”, della lettura dei bisogni delle popolazioni (“stratificazione dei bisogni” come richiesto dal PNRR) e non dal lato della riproduzione nel tempo di una “offerta” che spesso induce la domanda, ma non sempre, anzi spesso, la distorce e non ne segue l’evoluzione;
- Coinvolgere realmente le comunità, i cittadini, i pazienti, l’associazionismo e il Terzo Settore, nella partecipazione sia alla progettazione sia al controllo dei processi assistenziali e garantire in tal modo la qualità delle prestazioni erogate.

Possibili obiettivi immediati

In linea con quanto previsto nel DM 77, sono individuabili i seguenti obiettivi strategici realizzabili nell’arco del 2023:

1. Programmazione Regionale basata sulla coincidenza tra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali dei Comuni e basata su un approccio “integrato” delle azioni sociali e sanitarie con valorizzazione degli apporti degli Enti Locali e con l’adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni dei cittadini e dei pazienti condivisi a livello nazionale e/o almeno regionale;
2. Dotare ogni Distretto sociosanitario delle Unità Operative previste dal DM77 e precedentemente nello stesso DM “Balduzzi”;
3. Realizzare le Centrali Operative Territoriali – COT, una per ogni Distretto, coordinate e “integrate” con COA, CUP e RECUP;
4. Implementare, in coordinamento con le COT, i Punti Unici di Accesso a carattere Sociale e Sanitario (PUA) in ogni Distretto e, in previsione, presso ogni Casa della Comunità contestualmente alla loro attivazione;
5. Creazione di equipe multiprofessionali della medicina territoriale e delle reti di cure primarie a partire dal necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, per far fronte all’attuale carenza di professionisti, con possibilità di

valorizzare esperienze innovative di assistenza primaria, multiprofessionali, adatte alle cure di prossimità, attente al proprio territorio.

6. Progettare e realizzare percorsi formativi multiprofessionali a livello di ogni Distretto e, dove già attivate, in ogni Casa della Comunità, propedeutici allo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionali, anche avvalendosi di collaborazioni con Università e altre agenzie formative.

Questi obiettivi, già normati, possono essere implementati in tutte le Regioni. Il Ministero della Salute ne può monitorare l'attuazione per il tramite della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e, riscontrandone eventuali inadempienze, può esercitare i poteri sostitutivi (Articolo 120 della Costituzione).

Tutti questi sforzi però non funzioneranno mai senza un rinnovato rapporto con le persone che lavorano nel sistema sanitario nazionale, un rapporto che contempra la fiducia nello spirito d'iniziativa e nella creatività dei professionisti e che rispetti e consenta le legittime aspirazioni di buon equilibrio tra vita e lavoro.

Un ruolo che ritrovi nel lavoro quel senso di realizzazione di sé che i professionisti sanitari diffusamente dichiarano di avere perduto e che costituisce oggi forse il più grande pericolo che la sanità pubblica sta correndo nel nostro Paese.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113179

quotidianosanita.it

La sanità pubblica ha un futuro se cambierà i suoi modelli operativi (Quotidiano Sanità, C. Amoddeo, G. Banchieri et al.)

Caterina Elisabetta Amoddeo, Già Direttore Sanitario AO "San Camillo", Roma, Vice Presidente Nazionale ASQUAS, **Giorgio Banchieri**, Docente DISSE, Università "Sapienza", Roma, Segretario Nazionale ASQUAS, **Maurizio Dal Maso**, Healthability, Firenze, membro CDN ASQUAS, **Antonio Giulio De Belvis**, Docente Fondazione Policlinico "A. Gemelli" – IRCCS, Roma, Membro CDN ASQUAS, **Emanuele Di Simone**, RN, PhD in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, socio ASQUAS, **Silvia Scelsi**, Presidente Nazionale ANIARTI, Presidente Nazionale ASQUAS, **Andrea Vannucci**, Docente Università di Siena, membro CD Accademia di Medicina, Genova, socio ASQUAS

Come? Partiamo dal Pnrr, che va usato come effettivo strumento del cambiamento. Poi dare luogo a una effettiva integrazione ospedale-territorio attorno al paziente. Terzo, un approccio di multi professionalità e interdisciplinarietà e di lavoro di gruppo in equipe e team "integrati". Quarto, un nuovo paradigma assistenziale: un nuovo sistema di valorizzazione delle prestazioni

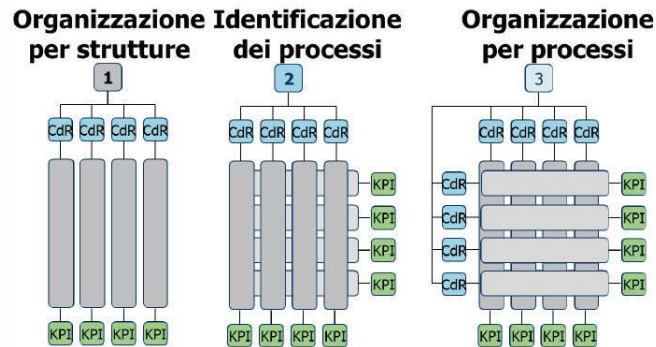
28 APR - Pensare al futuro del SSN/SSR significa rivedere cosa ha davvero funzionato, e cosa meno, nei primi 45 anni della sua esistenza. Ovviamente significa decidere verso quali nuovi confini spingerne una sua necessaria ed inevitabile riorganizzazione, formale e sostanziale, partendo da alcuni principi:

Centralità del paziente, ovvero organizzare in senso trasversale, abbattendo definitivamente tutti i "silos" esistenti, il percorso di cura che segue le sue esigenze, e non obbligarlo ad adeguarsi alla nostra offerta di servizi. Offerta resa, da decenni, rigida e complicata in accesso, ripensando agli esiti di "salute" che già oggi, a parità di risorse impiegate, avremmo potuto raggiungere. Se vogliamo rendere il paziente "centrale", accettandolo con tutti i suoi diversi e complessi bisogni, dobbiamo essere in grado di fornirgli risposte differenziate, ovvero smettere di dare risposte uguali a bisogni diversi e quindi individuare cosa serve a quello "specifico" paziente ed essere in grado di fornire esattamente quello che serve a lui "niente di più e niente di meno";

- Rivedere e azzerare i "costi della non qualità", ovvero tutte le attività che facciamo costantemente che non producono "valore", ma consumano solo risorse per "fare bene cose inutili o sbagliate". Questo vuol dire affrontare il tema della "appropriatezza" basata sulla "evidence based medicine";

- Rivedere in modo integrale i sistemi di pagamento delle prestazioni, prendendo in considerazione l'intero percorso del paziente, in modo da rendere sostenibili i servizi sia ospedalieri che territoriali.

Fasi di transizione dal modello organizzativo per strutture verticali a quello matriciale per discipline e processi



Nel PNRR si interviene con importanti risorse e proposte programmatiche nella riorganizzazione degli ospedali italiani sia dal punto di vista delle dotazioni tecnologiche per diagnosi e terapie, che dal punto di vista dei processi di “condivisione informativa” in una logica di approccio 4.0, ovvero di integrazione delle basi dati esistenti nelle aziende sanitarie e di “data analytics”.

Ma l'ospedale deve anche innovare verso modelli organizzativi che lo portino a connettersi e integrarsi con strutture e reti territoriali e a lavorare per “reti cliniche”, per PDTA “integrati” ospedale-territorio, acquisendo agilità e flessibilità operative.

Ospedali e territorio debbono evolvere nei loro modelli organizzativi e gestionali “insieme” e in un approccio “integrato”. Solo intervenendo su entrambe le “dimensioni” operative dei SSR sarà possibile implementare approcci di ottimizzazione, “lean management”, “project management” ed elevare i livelli di sicurezza e di qualità delle attività assistenziali erogabili.

Abbiamo bisogno di ospedali a “intensità di cura” diffusi, “aperti” verso il territorio e “integrati” con esso, che evolvano verso modelli di ospedali “senza letti”.

Il Punto di Cura (POC) è definito in letteratura come “il luogo in cui vengono ricevute/erogate cure sanitarie”. Nei secoli il POC si è spostato in modo significativo dal capezzale dei malati agli ambulatori dei medici e agli ospedali. Negli ultimi decenni, e soprattutto negli ultimi anni grazie ai servizi di telemedicina, è in atto il percorso inverso.

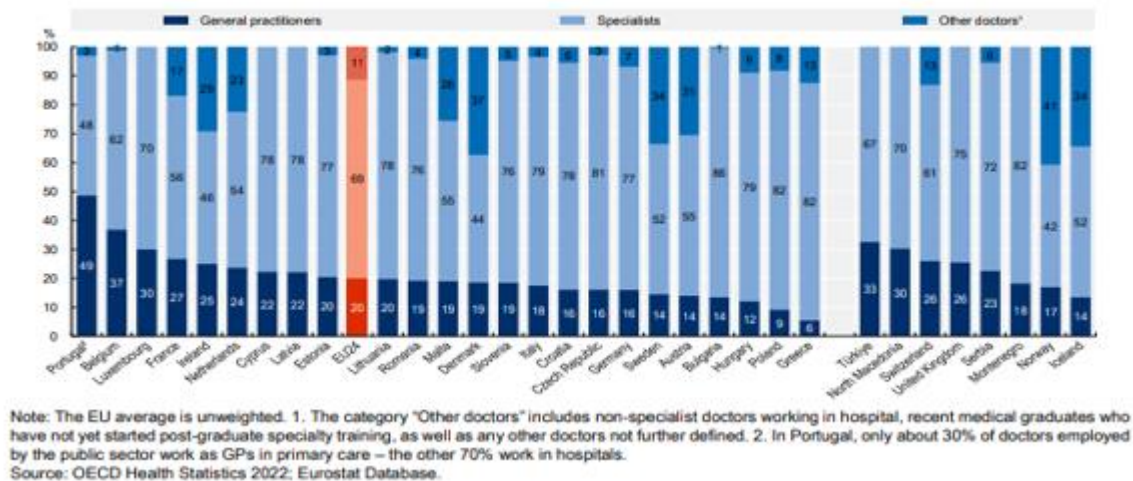
Il POC si è esteso al di fuori degli spazi fisici delle strutture sanitarie e ora include i pazienti, ovunque si trovino. Uno dei punti chiave delle tecnologie sanitarie digitali è che possono democratizzare l'accesso alle cure perché sono in grado di operare una revisione del concetto tradizionale di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

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

Tutti questi modelli sono stati già realizzati e sperimentati in altri Paesi.

Anche per gli ospedali vale la considerazione che “pubblico” è diverso da “privato” – ovvero – essere “universalisti” ed “equi” è diverso da essere “profit”. L'esempio della medicina “a gettone” è assolutamente chiarificatore circa le conseguenze di queste forme di privatizzazione “a cottimo” forme più o meno improvvisate di organizzazioni di lavoro professionale che nascono in risposta a variazioni improvvise e critiche della domanda di forza lavoro ...Alla fine siamo sicuri che ci costi di meno che assumere nuovi operatori?

Figure 7.11. Share of different categories of doctors, 2020 (or nearest year)



In Italia su 100 medici, 18 sono medici generici e 79 gli specialisti (ci sono poi 4 medici di altre categorie).

DM 70 e DM 77: definire il percorso del paziente nel processo di cura

Il Decreto 70 va rivisto e va integrato con il Decreto 77 della Medicina Territoriale (che va modificato) al fine di stabilire una volta per tutte qual è il "flusso del paziente" e permettere ai DEA di primo e secondo livello di poter gestire non solo l'entrata dei pazienti, ma soprattutto la loro dimissione a domicilio o nel territorio. Questo potrà avvenire solo e soltanto se si arriverà ad una direzione del processo di cura unica e non frammentata tra diversi decisori politico amministrativi.

È proponibile uno schema di "flusso" del Paziente dal proprio domicilio al più idoneo luogo di cura, fino al suo rientro al domicilio o in strutture dedicate una volta risolto il problema di salute.

Uno schema che veda finalmente interagire le varie figure professionali (medici dipendenti, medici convenzionati, infermieri) per la migliore cura del paziente. Sono proponibili nuove figure professionali che aiutino i vari professionisti in questo percorso, anche alla luce delle innovazioni previste dal PNRR.

Gli americani lo chiamano "door to door" e lo hanno studiato bene. Esistono evidenze che la possibilità per un paziente di utilizzare "setting" a diversa intensità di assistenza in funzione dell'evolvere della sua malattia non generi risparmi finanziari, ma ottenga migliori risultati clinici. Quindi in termini di valore sia conveniente. Il passaggio fondamentale dovrebbe essere la "presa in carico dei pazienti" da parte di nuove figure professionali, con competenze in diversi nuovi campi della medicina (soprattutto quella territoriale), anche se non necessariamente ultra specialistiche, possedendo capacità di leadership e di coordinamento degli interventi multidisciplinari e multi professionali, in stretto collegamento con il medico di medicina generale all'inizio e alla fine della degenza; di fatto un professionista clinico con competenze manageriali del percorso del paziente.

In USA, da oltre 40 anni, è presente il medico "hospitalist", che ha come focus primario professionale la "care" complessiva del paziente ospedalizzato, che prende direttamente in carico il paziente. Questa figura programma il piano di cura, attiva le consulenze dei "consultant" ritenute necessarie, ed è il responsabile della terapia, del percorso di degenza e della dimissione, diventando il trait d'union con il MMG. Ruoli simili svolgono gli infermieri manager. Forse si dovrebbe fare una riflessione anche da noi su tali figure...

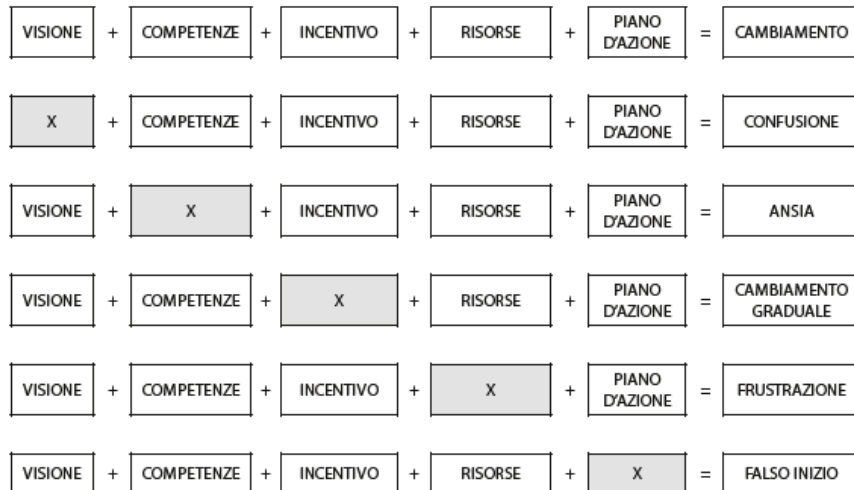
Progettare ospedali flessibili ed agili, sostenibili e centrati su pazienti e operatori

I principali obiettivi possibili e necessari sono:

- Guardare alla struttura ospedale per i prossimi decenni, non solo nella prospettiva della realizzazione di nuove strutture, ma di quella, assai più frequente, d'interventi di riqualificazione e riadattamento dell'esistente;
- Ripensare quale ruolo hanno per una buona progettazione una corretta e articolata programmazione sanitaria e la chiarezza e la coerenza dei contenuti dei documenti di programmazione preliminare, insieme all'efficacia comunicativa con la quale vengono redatti;
- Chiedersi quali sono i requisiti, in altre parole i bisogni, cui un ospedale deve rispondere;

- Prevedere che la gestione delle strutture sanitarie, che hanno oggi tecnologie avanzate disponibili, il cui costo di utilizzo è notevole veda il coinvolgimento, per una gestione ottimale, di tutti gli operatori del mondo della sanità, dalle direzioni generali ed amministrative, del personale medico ed infermieristico, ai responsabili della loro progettazione e della loro realizzazione;

La matrice del cambiamento: le opzioni possibili



- Ricordare che, data la velocità con la quale la medicina ha continuato a fare progressi diagnostici e terapeutici, anche i più moderni progetti si sono trovati, nel giro di pochi anni, a doversi confrontare con sempre nuove modalità di cura. Il ruolo del PS è stato ed è tuttora continuamente messo alla prova dalla diffusa e crescente opinione, facilitata dalla straordinaria offerta di prestazioni e cure, che solo il PS possa rispondere bene e in tempi adeguati alle più svariate esigenze di salute: da situazioni cliniche gravi, che compromettono la vita, a problemi di minima rilevanza clinica;
- Progettare dipartimenti di area critica "flessibili". Ciò significa adattare la loro struttura e organizzazione agli eterogenei e complessi bisogni sanitari. Per poterlo fare è necessario condividere le definizioni di area critica e di flessibilità della stessa, ma è anche necessario comprendere il percorso clinico diagnostico e terapeutico del paziente critico e riflettere sulla storia della medicina e dell'assistenza intensiva o critica;
- Capire il nuovo valore del concetto di "green hospital" che comprende al suo interno diversi interventi: sui rifiuti, sull'uso di materiali sostenibili, su trasporti a basso impatto e che ha al suo centro la spinta a creare o trasformare le strutture esistenti in ospedali sicuri, verdi e flessibili, in cui l'efficienza energetica e l'innovazione digitale rappresentino il motore sia per una più elevata resilienza che per la loro sostenibilità ambientale. Si tratta, come viene indicato in alcuni documenti derivanti dalla Unione Europea, di analizzare, valutare e sempre più ridurre l'impronta ecologica degli ospedali.

L'ospedale e il territorio: come integrare

L'approccio all'integrazione tra ospedale e territorio si basa necessariamente su metodi e modelli finalizzati ad aumentare la personalizzazione delle cure, la facilità di accedervi con tempestività, l'esperienza che pazienti e familiari ne traggono e l'efficienza di sistema per pazienti con problemi complessi e di lunga durata che coinvolgono diversi servizi, erogatori e modalità assistenziali.

L'integrazione sociosanitaria per essere tale va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale. Quindi, mettere in pratica modelli di assistenza integrata pone sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi. L'esperienza di cure integrate finora è limitata, ma promettente. Ulteriori ricerche sono necessarie per garantire che l'applicazione dei modelli proposti sia fattibile, sostenibile e si traduca in migliori condizioni di salute. Le politiche devono essere adattate alle realtà locali.

La traduzione istituzionale e operativa delle logiche di integrazione dell'assistenza è nella progettazione e implementazione delle reti cliniche (ospedali-territori) e dei processi assistenziali (PDTA), strumenti necessari per perseguire gli obiettivi fondamentali del nostro SSN (Equità, Efficacia, Efficienza) attraverso:

- Promozione della clinical governance e integrazione dei percorsi assistenziali tra le diverse istituzioni e i diversi setting coinvolti (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale) per affrontare la complessità dei bisogni e il cambiamento demografico ed epidemiologico (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia);
- L'attivazione di processi di benchmarking e benchlearning al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;
- La razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenze in altri;
- La centralità dei pazienti ed il loro ruolo di co progettazione.

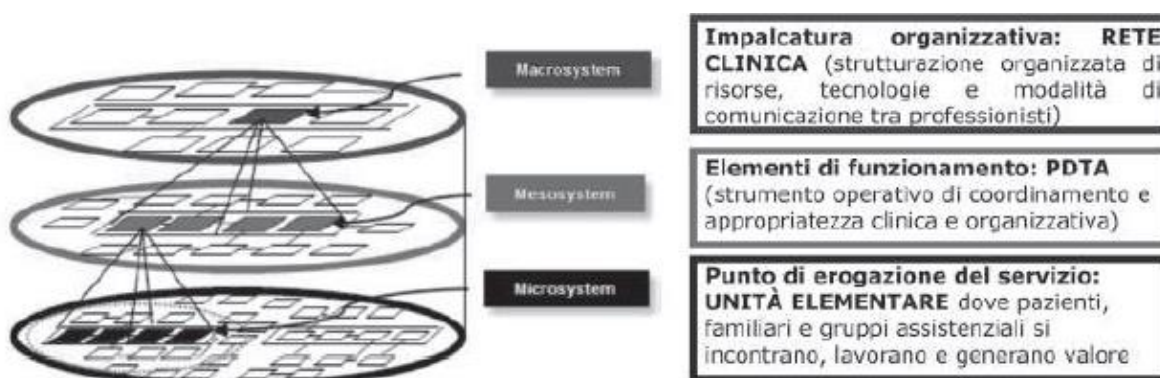
Tra le interdipendenze, quella tra ospedale e territorio è storicamente una delle più drammatiche da gestire e di grande sensibilità per i pazienti. I cittadini non accettano più servizi frammentati, disaggregati in cui spetta al fruitore ricercare unitarietà e continuità. L'assistito si aspetta che ci sia un unico punto di riferimento che esprima una diagnosi unitaria che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente. L'assistenza integrata garantisce la continuità delle cure sanitarie (di servizi sanitari diversi) e dell'assistenza socio-sanitaria (di servizi sanitari e sociali).

Senza integrazione non c'è continuità assistenziale

L'integrazione fra le competenze e gli interventi sanitari e sociali non è più soltanto una auspicabile opzione ma una necessità per la qualità stessa degli interventi.

Uno dei punti critici della continuità assistenziale è costituito proprio dal momento della programmazione della dimissione, dei servizi da attivare in uscita dall'ospedale; infatti la risposta a fabbisogni non solo sanitari ma anche sociosanitari e assistenziali richiedono servizi dedicati e condivisi tra le unità operative, non più gestibili con soluzioni eterogenee e interne a ciascuna di esse.

In questi casi le risposte possono essere molto differenziate e sono spesso riconducibili al filone delle cosiddette "integrated care": qui il tema dell'integrazione e della continuità assistenziale supera i confini delle aziende sanitarie e appartiene alle reti cliniche.



DM 77 e modelli uniformi in tutto il Paese

In coerenza con quanto sopra, sono inderogabili dei "criteri attuativi nazionali uniformi" sull'organizzazione della "medicina territoriale", di "prossimità", di "comunità" e domiciliare, nonché sul ruolo dei MMG, PLS, guardia medica e altre forme di "medicina convenzionata" e loro forme associative interprofessionali e interdisciplinari come:

- La centralità del Servizio Sanitario Nazionale, dettando modelli uniformi per i Sistemi Sanitari Regionali, ridefinendo i ruoli tra Ministero della Salute e Regioni e PPAA;
- L'approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo "secondo un approccio one health";

- L’Inserimento dei Distretti in una cornice istituzionale-organizzativa vincolante, entrando nello specifico di questioni organizzative ed attuative dettate a tutto il Paese in un approccio di “Agenzie di salute” per le loro popolazioni – ovvero – avere in tutto il Paese dei Distretti in grado di gestire i bisogni di salute delle popolazioni;
- L’integrazione funzionale e organizzativa di tutti i servizi dell’Assistenza Primaria e ricondurli al Distretto e alle Casa di Comunità (CdC);
- La creazione di strumenti organizzativo-comunicativi trasversali definiti, quali la COT - Centrale Operativa Territoriale, la Centrale 116117, i servizi tecnologici, i sistemi informativi e di qualità.

Questo con grande attenzione ad aperture “necessitate” a gestioni in “outsourcing” dei servizi e/o delle strutture territoriali ... Dopo decenni di “outsourcing” di servizi negli ospedali e nel territorio dovremmo avere la consapevolezza di quanto stiamo pagando a scelte politiche interessate.

Inoltre, occorrerebbe approfondire perché, a parità di quota pro-capite “pesata”, abbiamo ancora differenze sostanziali nelle performance dei SSR ...

Politica delle professioni

Assistiamo dovunque ad un depauperamento delle risorse professionali della sanità, del sociosanitario e del sociale. L’OMS prevede da qui a 10 anni una carenza di circa 10 milioni di operatori sanitari nel mondo.

È chiaro sia dai rapporti delle Federazioni degli Ordini delle Professioni come medici e infermieri (FNOMCeO, FNOPI), che dalle dichiarazioni delle Società Scientifiche di settore (ANIARTI, SIMEU, etc) che la politica di programmazione della costruzione di professionisti competenti in numero sufficiente ai fabbisogni della popolazione non è stata adeguata e non è stata programmata per garantire come minimo il turnover con il personale che andava in quiescenza.

Sappiamo che cambiando i modelli organizzativi negli ospedali e nel territorio, anche come previsto nel PNRR, ci servirebbero sempre più infermieri con profili e competenze diverse. Se spingiamo di più verso il domiciliare, il sociale e il sociosanitario probabilmente ce ne servirebbero ancora di più ...

Nonostante il PNRR abbia messo in cantiere l’aumento delle borse di studio in medicina generale e l’incremento dei contratti di formazione specialistica, l’inadeguatezza si esprime non solo nella insufficienza numerica dei professionisti ma anche nella assoluta inadeguatezza della programmazione rispetto alle competenze specifiche da sviluppare in termini di specialità disciplinari.

Questo provoca un fenomeno pericoloso di fuga dalle strutture sanitarie che non riescono a garantire gli standard di performance compresi nei LEA. Abbiamo formato e perso negli ultimi 10 anni circa 180.000 operatori sanitari a vantaggio di altri Paesi. È un lusso che non potevamo concederci ...

Inoltre ci mancano i MMG e i PLS e pensiamo di tamponare l’emergenza con un elevamento del numero di pazienti a loro assegnabili ... un aumento del massimalismo ...

In realtà ciò che occorre è creare condizioni migliori di lavoro, retribuzioni in linea con quelle medie nella UE (siamo molto al di sotto) e disegnare percorsi di carriera significativi e qualificanti. Ridisegnare i modelli e le competenze non serve a nulla se non si modificano le opportunità a disposizione di un professionista per esercitare le proprie competenze.

Quanto detto è fondamentale, altrimenti il gap esistente tra “pubblico” e “privato” va a vantaggio del “privato” e giustifica la fuga di molti operatori dalle condizioni negative di status, lavoro e reddito che il “pubblico” oggi è costretto ad offrire ai suoi operatori. Il rischio è quello di facili semplificazioni che aprono la strada a policy incentrate sulle “professioni libere”, come risposta alle difficoltà dei SSR.

MMG, PLS, Guardie Mediche, Continuità Assistenziale, Specialisti territoriali hanno un loro comun denominatore, sono tutti “convenzionati” con i SSR.

Dai medici di famiglia agli infermieri, ecco tutte le carenze di personale che rischiano di frenare il PNRR e far franare il SSN. I numeri dell’OCSE

I macrodati: la situazione italiana rispetto alla media europea*	
Mmg x 100.000 abitanti	89
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-4.900</i>
Specialisti x 100.000 abitanti	288
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>+25.326</i>
Infermieri x 100.000 abitanti	626
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-148.366</i>
Ostetriche x 100.000 abitanti	29
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-8.300</i>
Personale di supporto x 100.000 abitanti	1025
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-181.512</i>
* Quali sarebbero le differenze "secche" rispetto alla media europea della presenza di personale per l'assistenza sanitaria	

Adesso si propone di sperimentare la libera professione degli infermieri ...

Scaricando sulla autonomia dei "libero professionisti" della sanità le difficoltà e le contraddizioni delle policy sanitarie, sociosanitarie e sociali. Anche questa diventa una prospettiva di "privatizzazione" esplicita della sanità. Sembra di essere in una logica di "corporazioni sanitarie", in cui vinca il migliore ... rispetto a cosa?

Proposte "in progress"

In questa situazione sono prioritari quattro temi:

1. PNRR: uno strumento di cambiamento

Il PNRR è un'irripetibile occasione di rinnovamento e qualificazione della sanità nel nostro Paese a condizione che vi sia una volontà politica di ridare centralità alla sanità pubblica come riferimento per la gestione dei servizi a fronte di una analisi in progress dei bisogni di salute della popolazione.

È necessario affrontare il tema delle risorse umane della sanità e trovare le dotazioni finanziarie adeguate al loro inserimento nei SSR, risolvendo criticità legate al precariato, al lavoro in "outsourcing", al "conto terziario", al "gettonismo" e a tutte le altre forme di contratti "atipici" esistenti in sanità e nel sociosanitario. Le dotazioni finanziarie per il SSN e i SSR devono essere riportati, dopo anni di tagli e di ridimensionamenti strutturali e di personale, a importi congrui, ovvero, almeno a più del 7% sul PIL, tenendo conto anche dei livelli di spesa di altri Paesi UE con cui ci confrontiamo sui livelli di performance dei rispettivi sistemi sanitari, vedi Germania e Francia, che sono oltre l'8% del loro PIL.

Il PNRR deve essere gestito con trasparenza e con un monitoraggio condiviso tra stakeholder istituzionali e società civile. Bisogna evitare assolutamente che gli investimenti previsti vengano gestiti da soggetti privati "profit" in una logica di accentuazione delle diseguglianze sociali e di salute nel Paese.

Il tema salute richiede policy integrate su ambiente, lavoro, imprese, servizi, clima, agricoltura e ambiente in una logica di "one-health" ormai imprescindibile.

2. Ospedale e territorio: integrazione attorno al paziente

Centrale è il tema della integrazione trasversale dei servizi ospedalieri, sociosanitari e sociali. La centralità del paziente vuol dire garantire la sua "presa in carico", la sua "continuità relazionale", la sua "continuità informativa". I diversi "setting assistenziali" devono collegarsi e integrarsi tramite PDTA, PAC, PAI, PidS (Percorso Individuale di Salute) e quant'altro utile a garantire la "centralità del paziente".

Altri approcci a silos o verticali aumentano la separatezza dell'ospedale e dei territori e impediscono processi di ottimizzazione e di "lean management".

Ospedali a "intensità di cure" possono essere "flessibili e agili" in attività istituzionale e di elezione e ancor di più a fronte di emergenze pandemiche e/o infettive – contagiose e possono dialogare e integrarsi con una sanità territoriale di popolazione, di prossimità e di comunità basata su livelli di "complessità assistenziale", superando separatezze e incomprensioni.

Bisogna formare insieme operatori sanitari, sociosanitari e sociali e darsi sistemi comuni di valutazione dei pazienti come “persone” nella loro complessità clinica e sociale.

3. Task shifting e formazione di nuove figure professionali.

Per gestire tutto questo abbiamo bisogno di più medici, più infermieri, più operatori sociosanitari e sociali tornando ad investire sulla loro formazione in base a nuovi profili professionali orientati allo sviluppo delle nuove competenze tecniche e relazionali necessarie per dare gambe al rinnovamento e alla qualificazione del sistema sanitario pubblico.

È necessario mettere mano ai programmi dei corsi di laurea, in specie di medicina, per aprirli a competenze gestionali di “qualità” e “sicurezza” delle cure in un approccio di multi professionalità e interdisciplinarietà e di lavoro di gruppo in equipe e team “integrati”.

Occorre ripensare le competenze tecniche e relazionali dei professionisti in un approccio necessariamente di “one health”.

La centralità della sanità pubblica vuol dire anche costruire percorsi di carriera, attività di aggiornamento e di ricerca, di implementazione digitale e tecnologica, di ridefinizione dei ruoli, delle mansioni, delle competenze garantendo non solo il “turnover” del personale, ma anche il suo sviluppo e la sua qualificazione. Bisogna far crescere le motivazioni per far scegliere la sanità pubblica ai giovani professionisti ed operatori in una logica di appartenenza ad un sistema riconosciuto e apprezzato dal resto del sistema Paese.

4. Un nuovo paradigma assistenziale: un nuovo sistema di valorizzazione delle prestazioni

I sistemi di valorizzazione delle prestazioni vanno rapidamente cambiati passando dai DRG, che comunque devono basarsi su “costi standard italiani”, verso un approccio “value based” legato ai PDTA, ai PAC, ai PAI, ai PIdS e quant’altro possa essere utile “per seguire il percorso del paziente” nei servizi del sistema.

Nel nostro SSN, questo implica iniziare a confrontare:

1. I risultati di salute, gli outcome clinici e gli outcome assistenziali come i Patient - Reported Experience Measures (PREMs) e i Patient Reported Outcome Measures (PROMs);
2. “Quanto vale” per il paziente, ad esempio in termini di qualità della vita,
3. Le risorse impiegate, gli investimenti e la formazione del capitale umano delle organizzazioni.

La centralità del paziente diventa, quindi, un paradigma clinico assistenziale, ma anche economico e finanziario. Il paziente deve essere il “centro di costo” del sistema sanitario.

Il tutto in un approccio “prudent healthcare”, ovvero in grado di:

1. Traguardare Salute e Benessere della collettività, dove pazienti e professionisti sono come partner alla pari attraverso la compartecipazione;
2. Presa in carico in primo luogo di coloro che hanno maggiori e stringenti bisogni di salute, con efficiente impiego di tutte le abilità e risorse;
3. Fare solo ciò che è necessario, né più, né meno, evitando rischi inutili e danni al paziente;
4. Ridurre la variabilità ingiustificata e le disuguaglianze nei trattamenti, utilizzando pratiche basate sull'evidenza in modo coerente e trasparente.

Infine occorre declinare la centralità della persona, partendo da sperimentazioni mirate, modelli organizzativi, di valutazione e di finanziamento basati sul valore (value based healthcare) per programmare l’allocazione delle risorse in modo utile ed equo, dando nuovo senso e sostanza al nostro “universalismo”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113288

Dai LEA ai LEP: una nuova sfida per AGENAS (AGENAS, Francesco Enrichens)

Per garantire la governance nell'autonomia regionale e la tutela dell'equità sociosanitaria

Francesco Enrichens, Project manager Progetto Pon Gov Cronicità Agenas

Marzo 2023

Già oggi la parte preminente della gestione della sanità è affidata alle Regioni, condotta con notevole autonomia se si considera che la sanità insiste su circa l'80 per cento dei bilanci di una Regione. L'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari è stata delegata a Regioni e Province autonome con la storica riforma costituzionale nel 2001 del Titolo V – Capo II che ha inserito la tutela della salute tra le materie di potestà legislativa concorrente previste dall'articolo 117, terzo comma. La missione del Ministero della salute e il ruolo dello Stato in materia di sanità si sono così trasformati da funzione preminente di organizzatori e gestori di servizi a quella di garanti dell'equità sul territorio nazionale. Lo Stato definisce in materia sanitaria i principi fondamentali con legge quadro, definisce i Lea cioè i livelli essenziali di assistenza che devono essere erogati e garantiti su tutto il territorio nazionale. Il Comitato Lea ne verifica l'attuazione attraverso un lavoro istruttorio preparato dagli uffici del Ministero con il supporto di Agenas che monitora l'equità dei livelli di assistenza valutando che le organizzazioni siano in grado di assicurare i Lea in maniera uniforme a tutti i cittadini.

L'esercizio congiunto Stato-Regioni garantisce un contesto di unità nel rispetto delle diversità e le eterogeneità senza negarne l'esistenza.

L'autonomia passando per le prestazioni

È in questa specifica organizzazione del nostro servizio sanitario che si inserisce il disegno di legge (ddl) per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario. Il ddl recepisce i contenuti del documento approvato all'unanimità dalla Conferenza delle Regioni, in attuazione del principio di decentramento amministrativo e della semplificazione delle procedure definendo i principi generali per l'attribuzione alle Regioni a statuto ordinario di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

Tale ulteriore attribuzione di autonomia è concessa subordinatamente alla determinazione dei relativi livelli essenziali delle prestazioni, i cosiddetti Lep, concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, della Costituzione. L'obiettivo è sburocratizzare i vari procedimenti a fronte di una distribuzione di competenze che meglio risponda ai principi di sussidiarietà e differenziazione.

I Lep sono determinati con decreto del presidente del Consiglio dei ministri. A tal fine, l'ultima legge di bilancio ha istituito a Palazzo Chigi una cabina di regia che entro la fine del 2023 deve individuarli sulla base delle indicazioni della Commissione tecnica per i fabbisogni standard. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'esercizio di tali funzioni sono determinate da una commissione paritetica Stato-Regioni, il finanziamento avviene attraverso compartecipazioni al gettito di uno o più tributi o entrate erariali regionali. Sono previste nel ddl misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale garantendo l'esercizio effettivo dei diritti civili e sociali attraverso interventi speciali anche nelle Regioni che non concludono intese.

Il ddl ha impatto a livello nazionale per la materia salute poiché la sanità costituisce più dei due terzi della finanza delle Regioni, come già accennato, e rappresenta la gran parte dell'attività politico amministrativa degli enti regionali. L'esercizio congiunto Stato-Regioni garantisce un contesto di unità nel rispetto delle diversità e le eterogeneità senza negarne l'esistenza; e in tal senso si è espresso il ministro Schillaci che ha sottolineato la necessità che le Regioni "siano guidate dal Ministero che deve conservare un ruolo di guida e garantire un meccanismo virtuoso insieme alle Regioni per capire chi lavora meglio e aiutare chi è in difficoltà".

Agenas innesterà un dialogo virtuoso e costruttivo da parte di tutti gli attori istituzionali – Stato, Regioni e Comuni – che dovranno accelerare il ragionamento su un servizio sociosanitario integrato.

Il (nuovo) ruolo di Agenas

Proprio in questo contesto si inserisce e si rende ancora più necessario il ruolo di Agenas, sia nella già consolidata funzione di supporto alle Regioni nella erogazione dei Lea sia nella importante sfida che si aprirà con la definizione dei Lep. Questa necessariamente innesterà un dialogo virtuoso e costruttivo da parte di tutti gli attori istituzionali (Stato e Regioni, ma anche Comuni) che dovranno accelerare il ragionamento su un servizio sociosanitario integrato – e non solo sanitario da una parte e sociale dall'altra. In questo senso Agenas sta fornendo un importante contributo in molte realtà, seguendo esperienze importanti, quali ad esempio il progetto europeo Pon Gov Ict e Cronicità che – attraverso la costruzione di una numerosa e attiva comunità di pratica – mira a monitorare le buone pratiche sociosanitarie nel contesto delle Regioni e anche dei Comuni e delle aziende sanitarie, fino alle sinergie tra distretti e autonomie locali.

In conclusione, dove la erogazione dei servizi è ordinata a rete, come nella sanità e nel sociale, la gestione e la programmazione degli stessi può essere decentrata, purché vi siano istituzioni di riferimento autorevole che individuano standard, verificano l'attuazione e il rispetto dei medesimi e sono in grado di intervenire virtuosamente quando gli standard non vengono rispettati. In un contesto quale quello che si va delineando, caratterizzato da un più elastico esercizio della potestà centrale di governo, Agenas, quale ente vigilato del Ministero della salute che già per mandato istituzionale assicura la propria collaborazione tecnico-operativa alle Regioni, per sua propria natura si pone ancor più come autorevole riferimento per garantire equità e omogeneità anche attraverso il supporto alla programmazione

<https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-29-confini/articoli/autonomia-differenziata-delle-regioni-enrichens/>

Il Sole **24 ORE**

Gimbe: la pandemia frena la migrazione sanitaria, ma nel 2020 spostati 3,33 miliardi dal Sud al Nord (Il sole 24ore, Fondazione Gimbe)

Nel 2020, la mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto un valore di € 3,33 miliardi, con saldi estremamente variabili tra le Regioni del Nord e quelle del Sud.

Il saldo è un dato che risulta dalla differenza tra mobilità attiva, ovvero l'attrazione di pazienti da altre Regioni, e quella passiva, cioè la "migrazione sanitaria" dalla Regione di residenza. Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto – le Regioni capofila dell'autonomia differenziata – raccolgono il 94,1% del saldo attivo, mentre l'83,4% del saldo passivo si concentra in Campania, Lazio, Sicilia, Puglia, Abruzzo e Basilicata.

«La mobilità sanitaria – spiega **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione GIMBE – è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali etiche ed economiche, che riflette le grandi disuguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie Regioni e, soprattutto, tra il Nord e il Sud del Paese. Infatti, le Regioni con maggiore capacità attrattiva si trovano ai primi posti nei punteggi LEA, mentre gli ultimi posti sono occupati da quelle con mobilità passiva più elevata».

I dati sulla mobilità sanitaria riguardano 7 tipologie di prestazioni: ricoveri ordinari e day hospital (differenziati per pubblico e privato), medicina generale, specialistica ambulatoriale (differenziata per pubblico e privato), farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza ed elisoccorso.

«La Fondazione GIMBE ha elaborato un report sulla mobilità sanitaria – precisa Cartabellotta – utilizzando sia i dati economici aggregati per analizzare mobilità attiva, passiva e saldi, sia i flussi trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute con il cosiddetto Modello M, che permettono di analizzare la differente capacità di attrazione del pubblico e del privato di ogni Regione, oltre alla tipologia di prestazioni erogate in mobilità».

Nel 2020 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 3.330,47 milioni: si tratta di una cifra inferiore a quella degli anni precedenti, spiega il residente, «in parte in ragione dell'emergenza pandemica COVID-19 che ha ridotto gli spostamenti delle persone e l'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, in parte per l'esclusione nel 2020 del valore della mobilità della Regione Calabria, che ammonta a circa € 250 milioni».

Infatti, in base ai dati del Modello M, la Calabria ha € 224,4 milioni di debiti e € 27,2 milioni di crediti, somme che saranno compensate a partire dal 2026: di conseguenza, la Regione è stata esclusa dalle analisi su mobilità attiva, mobilità passiva, saldi e saldi pro-capite.

Mobilità attiva. 6 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a € 150 milioni: Lombardia (20,2%), Emilia-Romagna (16,5%) e Veneto (12,7%) raccolgono complessivamente quasi la metà della mobilità attiva. Un ulteriore 20,7% viene attratto da Lazio (8,4%), Piemonte (6,9%) e Toscana (5,4%).

Il rimanente 29,9% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre Regioni e Province autonome.

I dati documentano la forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord a cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

Mobilità passiva. 3 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni: in testa Lazio (13,8%), Lombardia (10,9%) e Campania (10,2%), che insieme compongono oltre un terzo della mobilità passiva.

Il restante 65,1% si distribuisce nelle rimanenti 17 Regioni e Province autonome.

«I dati della mobilità passiva – commenta Cartabellotta – documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud. In particolare, se quasi tutte le Regioni del Sud hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in tutte le grandi Regioni del Nord con elevata mobilità attiva, per la cosiddetta mobilità di prossimità, ovvero lo spostamento tra Regioni vicine con elevata qualità dei servizi sanitari, secondo specifiche preferenze dei cittadini».

In dettaglio: Lombardia (-€ 362,9 milioni), Veneto (-€ 220,1 milioni), Piemonte (-€ 210,8 milioni) ed Emilia-Romagna (-€ 201,7 milioni).

Saldi. Le Regioni con saldo positivo superiore a € 100 milioni sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte del Centro-Sud.

In particolare:

- Saldo positivo rilevante: Emilia-Romagna (€ 300,1 milioni), Lombardia (€ 250,9 milioni) e Veneto (€ 165,9 milioni)
- Saldo positivo moderato: Molise (€ 34,3 milioni)
- Saldo positivo minimo: Toscana (€ 8,8 milioni), Friuli-Venezia Giulia (€ 1,6 milioni)
- Saldo negativo minimo: Prov. Aut. di Bolzano (-€ 2 milioni), Piemonte (-€ 2,3 milioni), Provincia autonoma di Trento (-€ 3,8 milioni), Valle d'Aosta (-€ 10,7 milioni), Umbria (-€ 20,1 milioni)
- Saldo negativo moderato: Marche (-€ 25,4 milioni), Liguria (-€ 51,5 milioni), Sardegna (-€ 57,6 milioni), Basilicata (-€ 62,5 milioni), Abruzzo (-€ 84,7 milioni)
- Saldo negativo rilevante: Puglia (-€ 124,9 milioni), Sicilia (-€ 173,3 milioni), Lazio (-€ 202,2 milioni), Campania (-€ 222,9 milioni)

Saldo pro-capite di mobilità sanitaria. «Con questo indicatore elaborato dalla Fondazione GIMBE – puntualizza Cartabellotta – la classifica dei saldi si ricompone dimostrando che, al di là del valore economico, gli importi relativi alla mobilità sanitaria devono sempre essere interpretati in relazione alla popolazione residente».

In particolare il Molise è in prima posizione per saldo pro-capite attivo con € 116 mentre la Basilicata, fanalino di coda, ha un saldo pro-capite negativo di € 115.

Valore delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità. Complessivamente, l'85,8% del valore della mobilità sanitaria riguarda i ricoveri ordinari e in day hospital (69,6%) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale (16,2%).

Il 9,3% è relativo alla somministrazione diretta di farmaci e il rimanente 4,9% alle altre prestazioni.

Mobilità verso le strutture private. «Grazie alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome – spiega il Presidente – che, in risposta a una richiesta di accesso civico, ha fornito alla Fondazione GIMBE i dati completi relativi alla mobilità sanitaria inviati dalle Regioni al Ministero della Salute, il report si è arricchito di ulteriori analisi rispetto ai precedenti».

In particolare, emerge che più della metà del valore della mobilità sanitaria per ricoveri e prestazioni specialistiche è erogata da strutture private, per un valore di € 1.422,2 milioni (52,6%), rispetto ai € 1.278,9 milioni (47,4%) delle strutture pubbliche.

In particolare, per i ricoveri ordinari e in day hospital le strutture private hanno incassato € 1.173,1 milioni, mentre quelle pubbliche € 1.019,8 milioni. Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità, il valore erogato dal privato è di € 249,1 milioni, mentre quello pubblico è di € 259,1 milioni.

«Il volume dell'erogazione di ricoveri e prestazioni specialistiche da parte di strutture private – spiega Cartabellotta – varia notevolmente tra le Regioni ed è un indicatore della presenza e della capacità attrattiva delle strutture private accreditate».

Infatti, accanto a Regioni dove la sanità privata eroga oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva – Molise (87,2%), Puglia (71,5%), Lombardia (69,2%) e Lazio (62,6%) – ci sono Regioni dove le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità: Umbria (15,2%), Sardegna (14,5%), Valle d'Aosta (11,5%), Liguria (9,9%), Basilicata (8,1%) e nella Provincia autonoma di Bolzano (3,4%).

«Le nostre analisi – conclude Cartabellotta – dimostrano che i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, in particolare verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il Governo per la richiesta di maggiori autonomie.

E che oltre la metà delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale finisce nelle casse delle strutture private, ulteriore segnale d'indebolimento della sanità pubblica.

In ogni caso, è impossibile stimare l'impatto economico complessivo della mobilità sanitaria che include sia i costi sostenuti da pazienti e familiari per gli spostamenti, sia i costi indiretti (assenze dal lavoro di familiari, permessi retribuiti), sia quelli intangibili che conseguono alla non esigibilità di un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-03-16/gimbe-pandemia-frena-migrazione-sanitaria-ma-2020-spostati-333-miliardi-sud-nord-092352.php?uuid=AE0eiR5C&cmpid=nlqf>



la salute è un diritto:
non tagliare, spendere meglio

Con l'autonomia differenziata aumenteranno le disuguaglianze in sanità (Sossanità, Franco Pesaresi)

Franco Pesaresi

/archives/20443

Il 23 marzo 2023 il Governo ha presentato al Senato il Disegno di Legge sull'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario e cioè sull'assegnazione alle regioni che lo richiederanno di ulteriori poteri in vari settori fra cui la sanità. Questa possibilità è prevista dall'articolo 116, terzo comma, della Costituzione che prevede che la legge ordinaria possa attribuire alle regioni **“ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” sulla base di un'intesa fra lo Stato e la regione interessata.**

Nel 2019 tre regioni hanno richiesto di avere i maggiori poteri ed hanno presentato una proposta al Governo. Successivamente l'Emilia Romagna ha ritirato la proposta e sono rimaste a richiederlo la Lombardia e il Veneto.

Il primo comma dell'art. 10 del DDL sull'autonomia differenziata prevede che l'esame [degli atti di iniziativa delle Regioni già presentati al Governo, di cui](#) sia stato avviato il confronto congiunto tra il Governo e la Regione interessata prima dell'entrata in vigore della legge sull'autonomia differenziata, prosegue il suo percorso secondo quanto previsto dalle norme. Siccome Veneto e Lombardia hanno già presentato le loro proposte ed hanno avviato un confronto con il primo governo Conte, tali bozze di accordo saranno valutate dal Governo Meloni. Siccome sono state già presentate siamo in grado sin da ora di conoscere i documenti che riprenderanno il percorso e che saranno poi approvati.

Che cosa chiedono le regioni Veneto e Lombardia nella sanità?

- Una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale. Dovranno però rispettare i vincoli complessivi di bilancio.
- Una maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, ivi incluse la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi e l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale. Per la sola Lombardia, l'autonomia si estende alla determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale.
- Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di specializzazione lavoro
- Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio sull'utilizzo dei medici specializzandi;
- Una maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella regione (Nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)).
- Una maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN
- Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci.
- Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse
- Una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.
- Il Veneto avrà anche: Una maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale. Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate. Fonte: -Dossier Senato 2019

Come si può vedere dalla tab. 1, i maggiori poteri richiesti dalle regioni Lombardia e Veneto si concentrano proprio sul tema della gestione del personale che è oggi il tema decisamente più strategico per la "tenuta" del Servizio Sanitario.

Se il DDL sull'autonomia differenziata delle regioni verrà approvato avremo un'Italia che in sanità non va più a due velocità (che è già un male importante) con le regioni del centro nord da una parte e le regioni del sud, più in difficoltà, dall'altra. Avremo una Italia che in sanità (e in altri settori) vedrà addirittura tre gruppi di regioni.

Quelle super con poteri speciali (Lombardia e Veneto), le altre del centro nord con livelli di funzionamento e di servizi più o meno adeguati e le regioni del sud spesso distanziate e con più possibilità di allontanarsi ancora di più dalle altre regioni.

Prefigurando quindi un sistema dei servizi sanitari da erogare al cittadino sempre più disuguale nel territorio nazionale.

Stesse situazioni si ripeteranno anche in altri settori come quello dell'istruzione. Questo percorso che coinvolge subito due regioni "forti" e potenzialmente anche altre regioni è preoccupante e va fermato.

Quello italiano è un sistema dove il regionalismo ha creato 21 diversi sistemi sanitari e dove le differenze in termini di esiti e di efficacia sono molto diversi. L'attuazione del regionalismo differenziato per queste due regioni che avranno poteri diversi dalle altre tenderà ad aumentare ulteriormente le disuguaglianze all'interno del Servizio sanitario nazionale. Le azioni da intraprendere a livello nazionale dovrebbero invece andare in senso opposto e cioè in direzione della riduzione delle disuguaglianze.

L'autonomia differenziata delle regioni, in un Paese come il nostro, è un grave sbaglio. Non a caso, qualcuno l'ha chiamata la "secessione dei ricchi".

Bibliografia

DDL S 615 del 23/3/2023 ad iniziativa del Governo, "Disposizioni per l'attuazione differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione":

https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/testi/56845_testi.htm Dossier Senato n. 104 del febbraio 2019, "Il processo di attuazione del regionalismo differenziato":

<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01103442.pdf> fonte: <https://francopesaresi.blogspot.com/2023/04/aumenteranno-le-disuguaglianze-in.html>

https://www.academia.edu/100611468/CON_LAUTONOMIA_DIFFERENZIATA_AUMENTERANNO_LE_DISUGUAGLIANZE_IN_SANITA?email_work_card=thumbnail

quotidianosanita.it

"I Lea vanno aggiornati per evitare obsolescenza delle cure e garantire l'eguaglianza nell'accesso alle migliori prestazioni sul territorio nazionale". Il richiamo della Consulta (Quotidiano Sanità)

Lo ha ribadito ieri la presidente della Corte Costituzionale Sciarra nella sua Relazione annuale rimarcando che la "salute" è una delle parole chiave nell'attività della Consulta. Sciarra ha poi sottolineato che "i principi di finanza pubblica devono essere letti in armonia con la tutela dei diritti e il soddisfacimento dei bisogni delle persone, tutela che non può non coinvolgere, nel rispetto delle specifiche sfere di competenza, sia lo Stato sia le Regioni".

14 APR - La "salute" è una delle parole chiave nell'attività della Corte Costituzionale. Lo ha ribadito ieri la presidente della Consulta **Silvana Sciarra** nella sua Relazione annuale sull'attività della Corte che, al tema della salute, ha dedicato diverse riflessioni ricordando alcune delle principali decisioni adottate nel corso del 2022.

Misure restrittive per il Covid e diritti della persona. "Le misure adottate dal legislatore per contrastare il diffondersi della pandemia da COVID-19 – ha detto Sciarra - hanno posto la Corte costituzionale di fronte a complesse decisioni, volte a sindacare il bilanciamento effettuato dal legislatore e ad accertare il rispetto delle garanzie previste dalla Costituzione".

"Nel dichiarare non fondate le questioni sollevate, la Corte ha chiarito che le misure restrittive di carattere generale, come la quarantena obbligatoria, adottate dalle autorità nel contesto pandemico, devono essere ricondotte nell'alveo della disciplina costituzionale relativa alle limitazioni della libertà di circolazione (art. 16 Cost.) e non alle restrizioni della libertà personale (art. 13 Cost.)", ha spiegato, rimarcando che le misure adottate erano "giustificate dall'urgenza di proteggere la salute nell'interesse della collettività, nel rispetto dei criteri di proporzionalità e di adeguatezza, nelle circostanze del caso concreto ([sentenza n. 127](#))".

Test solo in farmacia.

"Su altro versante – ha ricordato poi Sciarra nella sua relazione - si è ritenuta non in contrasto con la Costituzione la normativa che ha consentito solo alle farmacie, in quanto inserite nel Servizio sanitario nazionale, e non anche alle «parafarmacie», l'effettuazione di test e tamponi finalizzati a diagnosticare il contagio". La tutela della salute giustifica, anche nell'ordinamento europeo, restrizioni alla libertà di stabilimento e alla concorrenza ([sentenza n. 171](#))", ha detto.

Il diritto alla salute.

La presidente ha poi ricordato che anche nelle decisioni che attengono a ricorsi in via principale "la persona e la sua salute occupano un posto centrale".

Ad esempio “nel dichiarare incostituzionale una legge regionale pugliese che prevedeva l’erogazione di un test di screening prenatale, in via sperimentale, per la durata di due anni – poiché la regione era sottoposta a un piano di rientro – la Corte costituzionale ha ribadito che il procedimento di definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA – nei quali non era contemplato tale screening – ha lo scopo di temperare la tutela della salute con il complessivo equilibrio finanziario del sistema sanitario ([sentenza n. 161](#))”.

“In un giudizio su altra legge pugliese che ha introdotto un esame genetico, in grado di diagnosticare rare malattie ereditarie con largo anticipo ed esattezza, la Corte ha dichiarato non fondata la questione, fornendo tuttavia una interpretazione estensiva di una prestazione contemplata nei livelli essenziali di assistenza (LEA), idonea a consentire l’accesso al test, anche nel caso di mero sospetto e non solo nell’ipotesi di accertata malattia”, ha ricordato ancora Sciarra.

Aggiornare i Lea.

“In questo contesto ha sottolineato la presidente della Consulta - gli organi politici sono comunque sollecitati ad aggiornare i LEA, al fine di evitare l’obsolescenza delle cure e garantire l’eguaglianza nell’accesso alle migliori prestazioni sul territorio nazionale ([sentenza n. 242](#)). Non si può non sottolineare la centralità di questo adempimento”.

“E ancora – ha poi aggiunto - pur dichiarando contraria alla Costituzione una legge statale non rispettosa del principio di leale collaborazione (120 Cost.), la Corte ha asserito l’importanza di cure personalizzate a tutela della salute delle donne, facendo salvi i procedimenti di spesa in corso ([sentenza n. 114](#))”.

La finanza pubblica e la salute.

E infine un ultimo esempio: “Nel salvare la previsione – operata dal legislatore molisano – del vincolo di destinazione di alcune somme a un Fondo regionale per l’occupazione dei disabili, la Corte ne ha ravvisato la coerenza con i principi fondamentali stabiliti dal legislatore statale e la comune finalità di assicurare tutela a situazioni di particolare vulnerabilità, come quella delle persone con disabilità, cui il disegno costituzionale dedica particolare attenzione, in quanto coinvolge un complesso di «valori che attingono» ai suoi «fondamentali motivi ispiratori» ([sentenza n. 110](#))”.

“I principi di finanza pubblica devono dunque essere letti in armonia con la tutela dei diritti e il soddisfacimento dei bisogni delle persone, tutela che non può non coinvolgere, nel rispetto delle specifiche sfere di competenza, sia lo Stato sia le Regioni”, ha detto Sciarra.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=112924

quotidianosanita.it

Emergenza urgenza. Firmato il manifesto di Firenze: in 20 punti le mosse per riformare il sistema (Quotidiano Sanità)

Il documento condiviso da 18 realtà professionali del sistema dell’emergenza urgenza, in rappresentanza di medici, infermieri, tecnici, soccorritori e autisti soccorritori, punta a tracciare le condizioni necessarie alla riforma del sistema

03 APR -

“Lavorare insieme alla riforma del sistema, ognuno nelle rispettive aree di competenza, per giungere a un disegno di legge adeguato che superi le frammentazioni e le differenze e accolga e declini nel modo più opportuno ed efficace le istanze tecnico- professionali, fornendo alle Regioni un’organizzazione attuabile e sostenibile e ai Cittadini utenti un servizio sanitario che garantisca standard di elevato livello aggiornati alle linee guida e al progresso tecnologico”.

Questa la dichiarazione di intenti di 18 realtà professionali dell’emergenza urgenza - in rappresentanza di medici, infermieri, tecnici, soccorritori e autisti soccorritori – che hanno firmato il **Manifesto di Firenze** alla conclusione del terzo Congresso Nazionale di Emergenza Urgenza alla presenza della Vicepresidente della

Commissione Sanità del Senato **Maria Cristina Cantù** e dell'on. **Marta Schifone** della Commissione Affari Sociali alla Camera.

Il Manifesto di Firenze sarà consegnato nei prossimi giorni al Presidente della Commissione Sanità e Lavoro al Senato **Francesco Zaffini** e al Presidente della Commissione Affari sociali alla Camera **Ugo Cappellacci**, che intervenuto ieri al Congresso, ha annunciato per la prossima settimana l'avvio di un'indagine conoscitiva sul sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria e l'avvio, nei prossimi mesi, di una serie di audizioni.

Il manifesto - firmato da **Aaroi Emac, AcEMC, Aniarti, Anpas, Cives, Coes, Cosmeu, Cnsas, Gft, Hems, Siems, Irc, Siiet, Società italiana medicina di montagna, Simeu, Simeup, Simmed, Sismax** – si muove sul solco della Carta di Riva, documento condiviso due anni fa tra tutti gli attori principali del sistema di emergenza urgenza sanitaria. In 20 mosse punta a tracciare “il futuro di un sistema di emergenza-urgenza sanitaria nazionale equo e sostenibile e al fine di rispondere ai bisogni della cittadinanza in termini di eccellenza, equità del servizio e sua standardizzazione”.

“La firma del Manifesto – ha affermato **Andrea Andreucci**, responsabile scientifico del Congresso – è l'ennesima conferma della coesione degli stakeholder su un modello di emergenza-urgenza che, puntando all'eccellenza, tiene conto della razionalizzazione delle risorse, della valorizzazione delle figure e della sostenibilità del sistema”.

Per i firmatari del documento fattori necessari all'evoluzione del sistema sono:

- Implementare una rete di soccorso gestita per livelli di complessità della risposta sanitaria, creando una reale integrazione tra la rete ospedaliera e la rete territoriale (D.M. 70 e 77);
- Implementare su tutto il territorio nazionale il Numero Unico di Emergenza 112, come già stabilito dalla Legge 124/2015;
- Istituire un coordinamento di livello regionale, con funzione di governo clinico e gestione organizzativa, delle centrali operative sanitarie (PSAP2), con relativo superamento dell'attuale frammentazione a livello nazionale e regionale;
- Inserire nell'ambito del sistema di coordinamento e governo regionale sopra menzionato la risorsa Elisoccorso, prevedendo standard aeronautici, tecnico-logistici, operativi e formativi condivisi, anche in ambito di operatività extraregionale;
- Procedere verso una capillare ottimizzazione dei sistemi tecnologici, oggi estremamente diffusi, al fine di consentire la trasmissione e la condivisione di dati e immagini nonché un'agevole attività di valutazione e monitoraggio dei sistemi e delle relative prestazioni;
- Standardizzare, a livello nazionale, le indicazioni relative alla tipologia di mezzi di soccorso impiegati in emergenza urgenza, le relative dotazioni (apparati tecnologici, dispositivi medicali e farmaci) e la composizione degli equipaggi;
- Individuare e attuare percorsi per ovviare alla grave carenza di personale medico con strategie mirate al reclutamento di specialisti (MEU e ARTID), valorizzando l'identità e la formazione del medico specialista in Medicina di Emergenza Urgenza, attraverso un curriculum omogeneo sul territorio nazionale che si rifaccia alle competenze certificate dalle Società Scientifiche nazionali ed internazionali, anche per l'emergenza urgenza pediatrica;
- Garantire in fase transitoria la presenza su tutto il territorio nazionale delle competenze di cui sopra, anche attraverso interventi formativi mirati su figure professionali di differente derivazione;
- Colmare l'attuale carenza di personale infermieristico attraverso un'attività di programmazione puntuale nell'ambito della Laurea infermieristica e una valorizzazione delle competenze infermieristiche avanzate, istituendo la Laurea Magistrale ad indirizzo clinico in Emergenza Urgenza;
- Contrattualizzare tutto il personale medico e infermieristico nell'alveo del SSN, prevedendo per questi professionisti un sistema specifico incentivante;
- Applicare nelle realtà operative quanto già previsto dalle normative su Triage, Osservazione Breve (OBI) e piani di sovraffollamento;
- Organizzare il lavoro di Pronto Soccorso per percorsi, attivando strategie per velocizzare la gestione intra ed extraospedaliera dei codici minori (Fast Track e See and Treat), valorizzando la funzione e le strutture della Medicina del Territorio;

- Rendere operativo e omogeneo quanto previsto dal D.M. 77/2022 (rispetto PNRR M6) in materia di implementazione del NEA 116117 su tutto il territorio nazionale, al fine di prendere correttamente in carico i bisogni di assistenza non urgente della cittadinanza;
- Riconoscere a livello legislativo le figure del soccorritore e dell'autista soccorritore e stabilirne gli opportuni percorsi formativi, valorizzando ed integrando il ruolo delle reti nazionali del volontariato. Standardizzare l'iter formativo e l'operatività della figura del soccorritore e dell'autista soccorritore e integrare in maniera operativa e omogenea il volontariato nel sistema di emergenza pre ospedaliera;
- Definire a livello legislativo la figura dell'operatore tecnico della centrale operativa, attingendo in via esclusiva a personale dipendente del Ssr;
- Implementare servizi di psicologia dedicati al personale operante nell'area di emergenza urgenza, al fine di prevenire burn out e disturbi da stress lavoro correlati;
- Individuare metodiche standardizzate di risposta a eventi di maxiemergenza, pre ospedaliera, intra ospedaliera e relativa ai grandi eventi;
- Adottare un sistema di finanziamento coerente derivante da criteri uniformi sul territorio nazionale, applicati alla programmazione regionale e delle province autonome;
- Istituire un organismo di verifica e indirizzo, con l'obiettivo di realizzare la riforma del Sistema, in seno al Ministero della Salute, con il concorso di Società Scientifiche di settore e Regioni;
- Individuare per tutto il territorio nazionale, indicatori standardizzati di monitoraggio, sia di esito che di processo.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=112585

quotidianosanita.it

Diritto alla Salute. Papa Francesco: "Il ritorno della 'povertà di salute' sta assumendo proporzioni importanti. Si tutelino i più deboli", (Quotidiano Sanità)

"Ci sono persone che per scarsità di mezzi non riescono a curarsi, per le quali anche il pagamento di un ticket è un problema; e ci sono persone che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari a causa di lunghissime liste d'attesa, anche per visite urgenti e necessarie! Il bisogno di cure intermedie poi è sempre più elevato e per gli anziani c'è il rischio di favorire percorsi poco rispettosi della dignità stessa delle persone". Così Papa Francesco nel suo messaggio ai membri dell'Aris.

13 APR - "Come Chiesa, siamo chiamati a rispondere soprattutto alla domanda di salute dei più poveri, degli esclusi e di quanti, per ragioni di carattere economico o culturale, vedono disattesi i loro bisogni. Questi sono i più importanti per noi, quelli che sono al primo posto della coda: questi. Il ritorno della 'povertà di salute' sta assumendo in Italia proporzioni importanti, soprattutto nelle Regioni segnate da situazioni socio-economiche più difficili".

Così oggi **Papa Francesco** nel suo messaggio ai membri dell'Associazione religiosa istituto socio-sanitari (Aris). "Ci sono persone che per scarsità di mezzi non riescono a curarsi, per le quali anche il pagamento di un ticket è un problema; e ci sono persone che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari a causa di lunghissime liste d'attesa, anche per visite urgenti e necessarie! Il bisogno di cure intermedie poi è sempre più elevato, vista la crescente tendenza degli ospedali a dimettere i malati in tempi brevi, privilegiando la cura delle fasi più acute della malattia rispetto a quella delle patologie croniche: di conseguenza queste, soprattutto per gli anziani, stanno diventando un problema serio anche dal punto di vista economico, con il rischio di favorire percorsi poco rispettosi della dignità stessa delle persone", ha spiegato il pontefice.

"Un anziano deve prendere le medicine, e - prosegue Papa Francesco - se per risparmiare o per questo o quel motivo non gli danno queste medicine, è un'eutanasia nascosta e progressiva. Dobbiamo dire questo. Ogni persona ha diritto alle medicine. E tante volte – penso ad altri Paesi, in Italia non conosco molto questo, in altri Paesi sì, conosco – gli anziani che devono prendere quattro o cinque medicine e riescono solo ad averne due: questa è un'eutanasia progressiva, perché non si dà loro ciò di cui hanno bisogno per curarsi".

"La sanità di ispirazione cristiana - ha aggiunto - ha il dovere di difendere il diritto alla cura soprattutto delle fasce più deboli della società, privilegiando i luoghi dove le persone sono più sofferenti e meno curate, anche se questo può richiedere la riconversione di servizi esistenti verso nuove realtà. Ogni persona malata è per definizione fragile, povera, bisognosa di aiuto, e a volte chi è ricco si trova più solo e abbandonato di chi è povero. Però è evidente che oggi ci sono opportunità diverse di accesso alle cure per coloro che hanno disponibilità economiche rispetto alle persone più indigenti. E allora, pensando a tante congregazioni, nate in diverse epoche storiche con carismi coraggiosi, chiediamoci: cosa farebbero questi Fondatori e Fondatrici oggi?".

"Gli ospedali religiosi hanno soprattutto la missione di prendersi cura di coloro che sono scartati dall'economia sanitaria e da una certa cultura contemporanea. Questa è stata la profezia di tante istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana, a iniziare dalla nascita degli ospedali stessi, creati proprio per curare quelli che nessuno voleva toccare. Sia questa anche oggi la vostra testimonianza, sostenuta da una gestione competente e limpida, capace di coniugare ricerca, innovazione, dedizione agli ultimi e visione d'insieme", ha concluso Papa Francesco.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=112900



Riorientare gli accessi ai pronto soccorso con alternative efficaci (Il Sole 24ore, Alberto Ricci)

Alberto Ricci, Cergas, Sda Bocconi, osservatorio Oasi
27 aprile 2023

Nell'era del post-Covid, la narrazione mediatica sulla sanità restituisce un sistema in affanno. Da un lato, liste di attesa ancora in fase di recupero, e dall'altro cicliche ondate di sovrappienezza al pronto soccorso (Ps). Testimonianze e approfondimenti su questo secondo tema sono spesso accompagnati da fotografie dal forte impatto emotivo.

Altre volte, si accenna al pronto soccorso nel contesto di drammatici episodi di cronaca. Tutto questo, unito al disagio manifestato da molti operatori e alle esperienze dei singoli, incide sull'immaginario collettivo. Probabilmente, a oggi, il Ps è ritenuto il punto debole per eccellenza del nostro Servizio sanitario nazionale, nonostante gli sforzi di tutti i livelli istituzionali. Si cerca qui di ricostruire alcune motivazioni del grande affanno del pronto soccorso, riportando alcuni ordini di grandezza e chiavi di lettura utili a un dibattito ormai aperto.

Quando si parla di pronto soccorso si entra in uno snodo nevralgico dell'ecosistema salute e in una delle principali porte di accesso del Ssn. I numeri degli accessi sono imponenti. Secondo dati nazionali del ministero della Salute, nel pre-Covid (2019) si registravano quasi 22 milioni di accessi: più di uno ogni tre abitanti. Durante la pandemia (2020) gli accessi sono calati di un terzo, scendendo a 14 milioni.

I dati preliminari degli anni successivi suggeriscono un progressivo ritorno ai livelli pre-pandemici. Del resto, la domanda potenziale cresce: negli ultimi 10 anni la popolazione over 65 è cresciuta di 1,6 milioni. Nel frattempo, secondo i dati Simeu (Società italiana di medicina d'emergenza urgenza) 600 medici che hanno deciso di abbandonare il pronto soccorso nei primi 6 mesi del 2022. Il tema dunque è reale, ma per avere un quadro completo bisogna aggiungere alcuni elementi.

In primo luogo, i dati Agenas 2019-2020 che suddividono i pazienti per codici di triage indicano che oltre il 70% degli accessi è costituito da codici bianchi o verdi. Dunque, il sovraffollamento è principalmente da ricondurre a pazienti che necessitano di prestazioni non urgenti o differibili, che potrebbero essere presi in carico altrove.

Si tratta di uno stato di fatto noto agli addetti ai lavori, molto meno all'opinione pubblica.

In secondo luogo, gli stessi dati indicano che sono stati proprio i codici bianchi e gialli a diminuire maggiormente durante la pandemia: -46% per i codici bianchi, -42% per i verdi a fronte di un -22% dei gialli e del -16% dei rossi. I timori del contagio, per un certo periodo, hanno convinto una consistente quota di pazienti con problematiche meno critiche a evitare il Ps.

Questo ovviamente non è un risultato desiderabile in sé, perché non sappiamo se e in che modo i bisogni dei pazienti siano stati presi in carico. Emerge però un'evidenza importante: è possibile orientare la domanda ed evitare gli accessi differibili. La sfida è farlo offrendo qualcosa di alternativo ed efficace.

In terzo luogo, è rilevante la localizzazione dei servizi. Il Rapporto Oasi 2020, elaborando dati pre-pandemia, ha censito 115 ospedali con meno di 100 posti letto e meno di 50 accessi medi al giorno al Ps, al di sotto della soglia minima indicata dagli standard ministeriali. Si tratta di un numero rilevante di presidi (il 18% di tutte le strutture per pazienti acuti) in cui, spesso, al contrario dei grandi ospedali metropolitani, si registra uno scarso afflusso di pazienti. Limitatissimi gli accessi

in codice rosso: in media, 76 all'anno, uno ogni 4,8 giorni. Numeri che pongono dubbi sulla sicurezza oltre che sulla funzionalità di molte di queste strutture.

Alla luce di tutto questo, le risposte al fenomeno non possono esaurirsi in pur condivisibili incrementi retributivi, che sarebbero necessari in buona parte del settore sanitario; e nemmeno concretizzarsi in aumenti di organico generalizzati, che rappresenterebbero una dispersione di risorse preziose se indirizzate ai Ps con un bacino di utenza troppo ristretto. Il rischio è quello di rincorrere senza successo la domanda di servizi, che, senza interventi incisivi, è destinata a crescere ancora nei prossimi anni, a fronte di risorse pubbliche modeste.

L'obiettivo deve essere piuttosto quello di conoscere e governare il bisogno. Anche interventi focalizzati sull'efficienza e la funzionalità dei processi interni al Ps devono essere inquadrati in una cornice più ampia di programmazione sanitaria, come suggerito sia dalla letteratura internazionale di riferimento che dall'analisi nazionale di alcune esperienze maturate durante i frangenti drammatici della pandemia, riportate dallo stesso Rapporto Oasi 2020.

Il primo passo è analizzare e comprendere di più la domanda. Le analisi di sistema si limitano spesso al codice colore, ma qual è il profilo anagrafico, sociale, sanitario dei pazienti dei Ps, a livello nazionale, regionale e locale? Quali sono le determinanti sanitarie e non dell'accesso meno urgente? Qual è il percorso tipico del paziente, prima e dopo la presa in carico? Quanti sono gli accessi ripetuti e a quali cluster di utenti-pazienti corrispondono? Queste informazioni sono in buona parte già raccolte dai sistemi informativi del SSN: andrebbero utilizzate di più e meglio per organizzare la risposta sanitaria. Quali potrebbero essere le emergenze in qualche misura prevedibili ed evitabili?

Ad esempio, secondo i dati riportati dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese (2020), più del 50% dei pazienti in cura con antidiabetici, antidepressivi, ipolipemizzanti e con farmaci per Bpco e asma registra una insufficiente aderenza alle terapie prescritte. La scarsa efficacia nel seguire le cure si riflette in acutizzazioni della malattia e ricorso al Ps. Per questi pazienti cronici, che in teoria il Ssn ha già diagnosticato e preso in carico, la priorità sarebbe quella di monitorare meglio l'assunzione dei farmaci, anche attraverso la telemedicina e la formazione di familiari e caregiver.

Il secondo passo è la revisione dell'offerta e dei meccanismi di accesso. La risposta più logicamente immediata è quella di creare canali di risposta alternativi al Ps: efficaci nel dare una prima risposta, rapidi (indicativamente entro 24 ore o poco più) e gratuiti. Ad esempio, un'indagine della Regione Emilia Romagna estesa nel decennio 2009-2019 ha evidenziato un calo del 16% gli accessi inappropriati al Ps nei territori dove è stata aperta una struttura territoriale multi-professionale come la Casa della salute (ora Case della comunità).

La percentuale sfiora il 26% quando il medico di medicina generale lavora stabilmente nella Casa. Queste evidenze indicano che il rafforzamento del territorio ha un impatto, ma l'entità dello stesso dipende

dall'efficacia modelli organizzativi adottati; in ogni caso non potrà, da solo, azzerare gli accessi inappropriati, soprattutto viste le note carenze di personale. In parallelo, sarà quindi necessario compiere scelte politicamente più difficili, come riconvertire almeno una quota dei Ps con un bacino di utenza troppo ridotto, accorpare personale e risorse; mentre i fondi per la digitalizzazione dei Dipartimenti di emergenza previsti dal Pnrr potranno fornire un impulso importante per la riorganizzazione dei servizi sottoposti a maggiore pressione.

Total general government expenditure on health, 2021, % of GDP

	Health	Medical products, appliances and equipment	Outpatient services	Hospital services	Public health services	R&D Health	Health n.e.c.
EU*	8.1	1.2	2.5	3.4	0.6	0.1	0.3
euro area 19*	8.3	1.3	2.6	3.3	0.6	0.1	0.3
euro area 20*	8.3	1.3	2.6	3.3	0.6	0.1	0.3
Belgium	8.6	0.8	3.0	4.2	0.4	0.0	0.2
Bulgaria	5.8	0.7	0.7	3.9	0.2		0.4
Czechia	9.8	0.9	1.9	4.5	2.1	0.1	0.2
Denmark	9.2	0.5	1.2	6.4	0.4	0.2	0.5
Germany*	8.6	1.9	2.4	2.9	0.7	0.1	0.7
Estonia	6.5	0.7	0.6	4.7	0.3	0.2	0.1
Ireland	5.3	0.6	1.8	2.1	0.4	0.0	0.3
Greece	6.7	1.6	0.7	3.9	0.4	0.1	0.0
Spain*	7.3	1.1	2.7	3.1	0.1	0.3	0.0
France*	9.2	1.5	3.2	3.7	0.5	0.1	0.2
Croatia	8.3	1.2	1.3	4.6	0.7	0.1	0.3
Italy	7.6	1.0	2.7	3.1	0.5	0.1	0.1
Cyprus	6.4	1.0	1.6	3.6	0.2	0.0	0.0
Latvia	6.2	0.6	1.8	3.1	0.5	0.0	0.2
Lithuania	5.9	0.9	1.9	2.7	0.2	0.0	0.2
Luxembourg	5.4	1.7	1.1	2.2	0.2	0.2	0.1
Hungary	5.6	0.7	1.4	2.2	0.7	0.1	0.4
Malta	6.7	0.6	1.1	3.7	0.9	0.0	0.3
Netherlands	8.7	0.7	2.4	3.9	0.9	0.4	0.3
Austria	10.1	1.2	1.6	5.1	1.3	0.5	0.3
Poland	5.8	0.1	1.7	3.5	0.2	0.1	0.1
Portugal*	7.6	0.7	1.9	4.3	0.1	0.2	0.4
Romania	5.5	0.9	0.1	3.1	0.2	0.0	1.2
Slovenia	8.1	1.0	2.3	3.8	0.6	0.1	0.3
Slovakia	7.0	0.9	1.6	3.5	0.6	0.0	0.4
Finland	7.7	0.7	3.4	3.3	0.2	0.1	0.0
Sweden	7.5	0.7	3.3	2.6	0.5	0.2	0.2
Iceland	8.9	0.6	2.1	5.9	0.0	0.0	0.3
Norway	8.6	0.5	2.0	4.9	0.5	0.4	0.3
Switzerland	2.8	0.0	0.2	1.8	0.7	0.1	0.0

Source: Eurostat (gov_10a_exp)

* provisional

eurostat 

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111472

Roberto Polillo e Saverio Proia

Nel nostro paese ancora non ci sono state mobilitazioni generali per il grande senso di responsabilità mostrato dagli operatori durante tutto il periodo pandemico. Non ci sono state proteste, ma il malessere sempre più profondo ha trovato altre vie per manifestarsi in tutta la sua dirompenza: fuga dal pubblico verso il privato, emigrazione all'estero e rifiuto di intraprendere le attività mediche più pesanti e rischiose come quelle legate all'urgenza e emergenza. Per questo è in rinviabile una riforma

27 MAR - La presa di posizione della OMS

Dopo anni di politiche orientate alla compressione dei diritti dei lavoratori e di mercificazione del lavoro sanitario, l'OMS ha rotto il silenzio denunciando le drammatiche condizioni in cui i sanitari di tutti i paesi europei si trovano ad operare e di come, senza immediati correttivi, sia reale il rischio di implosione dei sistemi sanitari.

Per fare fronte a tale situazione nel summit co-organizzato da OMS/Europa e Ministero della Salute rumeno nei giorni 22 e 23 aprile è stata firmata nella stessa capitale della Romania la "[Carta di Bucarest](#)".

Un documento di 11 punti, di cui ci ha ampiamente riferito Cesare Fassari su QS, in cui si denunciano le criticità in essere e in cui si invitano gli stati membri ad adottare politiche orientate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

migliorare il reclutamento e creare le condizioni per il mantenimento in servizio degli operatori sanitari e assistenziali migliorare i meccanismi di offerta di personale sanitario ottimizzare le prestazioni del personale sanitario e assistenziale pianificare meglio il personale sanitario e assistenziale aumentare gli investimenti pubblici nell'istruzione, nello sviluppo e nella protezione della forza lavoro.

La denuncia di JAMA

Quasi in contemporanea su JAMA, la più importante rivista di medicina degli USA, in un editoriale del 24 marzo dal titolo "Burnout, professionalità e qualità dell'assistenza sanitaria statunitense" Dhruv Khullar lanciava un pesante grido di allarme sulla situazione americana. "Più della metà dei medici statunitensi riporta almeno 1 sintomo di burnout, quasi il doppio del tasso della popolazione attiva in generale, e molti soffrono anche di depressione, ansia o ideazione suicidaria". Una condizione di burnout che costerebbe al sistema sanitario almeno 4,6 miliardi di dollari all'anno per gli oneri connessi al maggior turnover e alla riduzione dell'orario di lavoro dei medici di base.

Per l'autore, aldilà di alcuni fattori favorevoli di tipo "personale", tra cui età, sesso, specialità del medico, leadership e cultura sul posto di lavoro sono presenti tre forze di tipo "generale" all'origine del burnout:

- 1) la pressione derivante dal prendersi cura di troppi pazienti in troppo poco tempo e con troppe poche risorse;
- 2) la frustrazione di diversi impegnarsi in attività ritenute meccaniche, irrilevanti o controproducenti;
- 3) l'incapacità di soddisfare le esigenze mediche o sociali dei pazienti.

Ognuno di questi elementi ha come punto di attacco la professionalità dei medici e minaccia la loro capacità di riuscire a fornire cure compassionevoli e di alta qualità. I medici, in altre parole, vivono una condizione di deprivazione motivazionale e di una dolorosa sensazione di inutilità che non ha nulla a che vedere, si badi bene, con aspetti legati alla retribuzione. È il contesto burocratico/ gestionale sovra-saturo di adempimenti amministrativi e di carichi di lavoro incompatibili con una buona pratica clinica e non le questioni economiche che spingono gli operatori in una condizione di grave sofferenza e di disaffezione verso il lavoro.

Un'ondata di scioperi senza precedenti in tutta Europa

La situazione è talmente esplosiva che in ogni stato europeo negli ultimi mesi ci sono state ondate senza precedenti di scioperi del personale sanitario in tutto il vecchio continente.

Nel Regno Unito 100.000 infermieri hanno scioperato scendendo in piazza a gennaio 2023 dopo le analoghe iniziative del mese di dicembre. A marzo è stata la volta dei cosiddetti Junior doctor delle cure primarie che hanno indetto tre giornate di sciopero.

In Francia i medici ospedalieri hanno scioperato a dicembre 2022 contro la proposta di riforma sanitaria mentre i medici di base sono scesi in piazza a marzo contro l'istituzione del terzo pagante.

In Spagna a febbraio c.a. 250.000 operatori sanitari hanno sfilato a Madrid per protestare contro i tagli alla sanità. In precedenza, erano stati i Medici di base della stessa città a scioperare per ben 4 mesi, ponendo fine alla protesta solo dopo la sottoscrizione di un accordo con la Presidente regionale della città. In Portogallo lo sciopero dei medici è iniziato il giorno 8 marzo e si è protratto per due giorni per protestare contro i tagli e dal governo e per il rinnovo del contratto. In Germania lo sciopero della sanità è scattato invece il 14 marzo per il rinnovo del contratto di lavoro e contro una riforma sanitaria che taglierebbe 600 strutture.

La condizione di sofferenza nel nostro paese

Nel nostro paese ancora non ci sono state mobilitazioni generali per il grande senso di responsabilità mostrato dagli operatori durante tutto il periodo pandemico. Non ci sono state proteste, ma il malessere sempre più profondo ha trovato altre vie per manifestarsi in tutta la sua dirompenza: fuga dal pubblico verso il privato, emigrazione all'estero e rifiuto di intraprendere le attività mediche più pesanti e rischiose come quelle legate all'urgenza e emergenza.

In questo quadro falsamente immobile ha fatto grande scalpore la minaccia di 300 medici dei Pronto soccorso toscani dichiaratisi pronti alla dimissione di massa per le condizioni invivibili e pericolose in cui si trovano a operare.

Una condizione di estrema sofferenza che è presente in tutte le strutture sanitarie del paese e che si accompagna all'aumento delle aggressioni da parte di parenti anche essi esasperati dai lunghi tempi di attesa.

Una lunga serie di problemi irrisolti

Il personale sanitario del nostro paese soffre di molteplici contraddizioni che sono sicuramente di tipo economico, considerato il basso livello salariale rispetto agli altri paesi europei, ma soprattutto di ruolo e autonomia nei confronti delle amministrazioni in cui operano.

Un processo di de-professionalizzazione e di perdita di status che nel settore pubblico ha trovato una pesante accentuazione con la riforma Brunetta con cui sono stati aboliti tutti quegli strumenti della concertazione che erano stati il frutto della stagione contrattuale degli anni '90.

Alla perdita di potere e di significato delle rappresentanze sindacali ha fatto buona compagnia la marginalizzazione degli operatori in tutti i processi decisionali che riguardano la vita aziendale.

Il risultato è esattamente sovrapponibile a quello che Dhruv Khullar ha descritto nel contesto americano.

Un paradosso se si considerano le differenze che contraddistinguono i due sistemi sanitari e che pure hanno prodotto un identico risultato.

Le proposte di cambiamento

È evidente come la principale e prima risposta che Governo, Parlamento e Regioni dovrebbero dare per rimotivare professionisti ed operatori della salute sia un forte e discontinuo investimento economico sui loro trattamenti economici in grado di apprezzare e valorizzare realmente il lavoro sanitario e sociosanitario.

Un investimento fondamentale non solo per la tenuta della salute individuale e collettiva ma per lo stesso tessuto economico, sociale e politico dell'intero Paese, come la tragica vicenda della pandemia COVID19 avrebbe dovuto insegnare ai nostri decisori pubblici che purtroppo continuano a mostrare una memoria corta.

Certamente vi è anche la necessità di stabilizzare i precari, rinforzare adeguatamente gli organici, sempre più ridotti e stabilire che l'unica assunzione possibile nel SSN è quella a tempo indeterminato, dipendente o convenzionata che sia, regolata dalla contrattazione collettiva. Definendo anche che qualsiasi altra forma è illegittima perché lesiva della buona organizzazione del lavoro.

Ma vi è diversa e più profonda crisi profonda dei professionisti della salute per il fatto che ormai da decenni subiscono lo svilimento delle loro professionalità, l'autonomia decisionale e capacità di incidere dal basso per creare nuove sinergie indispensabili per trasformare il lavoro individuale in impresa collettiva.

Democratizzare la vita professionale

Per questo riteniamo prioritario che si debba “democratizzare” la vita professionale e di conseguenza l’organizzazione del lavoro all’interno delle Aziende sanitarie superando e riformando profondamente il potere monocratico del Direttore Generale, attraverso forme di partecipazione reali in grado di incidere, proporre, verificare e se del caso correggere le scelte di programmazione e le conseguenti azioni di loro concretizzazione.

Quindi una nuova politica aziendale di condivisione, comprensione, concertazione e perché no cogestione dei professionisti ed operatori della salute da realizzare non solo nelle fasi della contrattazione collettiva aziendale tra parte pubblica e parte sindacale ma anche con la promozione di un nuovo e positivo protagonismo di chi opera in prima linea e nelle retrovie dell’organizzazione del lavoro sanitario e sociosanitario.

Questo si può realizzare riformando e potenziando sia il Consiglio Sanitario Aziendale che i Consigli di Dipartimento e di Distretto elettivi e rappresentativi di tutte le professionalità presenti dando loro poteri reali nelle procedure di programmazione, monitoraggio e verifica delle scelte aziendali, dipartimentali e distrettuali in materia di attuazione del diritto alla salute.

Per garantire realmente lo sviluppo di questo nuovo tessuto democratico e partecipativo aziendale va garantita ai professionisti ed operatori eletti la medesima “non punibilità prevista per i dirigenti sindacali” negli atti esercitati in virtù del loro mandato elettivo, quando esprimono il loro pensiero critico.

Un diverso sistema normativo

Quanto sopra dovrebbe essere la prima pietra di una profonda riforma del personale del SSN, il suo nucleo centrale, costruendo intorno ad esso un nuovo, diverso e discontinuo sistema normativo così articolato:

1) Per il fatto che attua un diritto costituzionalmente garantito il personale del SSN deve divenire una “categoria speciale” che abbia regole proprie, specifiche e diverse dagli altri comparti pubblici tenendo conto anche della sua intrinseca complessità costituita da oltre trenta professioni laureate che vi operano con loro riconosciuta autonomia e competenza professionali.

2) Vanno considerati gli esercenti le professioni mediche, sanitarie e sociosanitarie in rapporto di lavoro con il SSN, parte integrante del processo di programmazione, organizzazione, monitoraggio, verifica e conseguente rimodulazione delle scelte di politica della salute e delle linee di produzione delle stesse in tutti i livelli del SSN stesso, nazionale, regionale e aziendale. Un percorso da realizzare attraverso innovative modalità di effettiva partecipazione che garantisca la concertazione, la comprensione, la condivisione e la cogestione, assicurando anche il diritto alla critica e al dissenso, motivato scientificamente e professionalmente.

3) Le modalità innovative di partecipazione non potranno che essere sia garantite alle rappresentanze sindacali ma anche, a livello aziendale, esercitate dagli stessi professionisti sia riformando democraticamente il Consiglio dei Sanitari che i Consigli di Dipartimento e di Distretto in modo di assicurare la massima partecipazione e garanzia alla critica propositiva, il che significa negare il ruolo monocratico e talora autocratico del Direttore Generale. In tale prospettiva la revisione della governance aziendale con la istituzione di un “consiglio di indirizzo” plurale con reali poteri non solo organismo consultivo può rappresentare uno strumento indispensabile per una gestione aperta al contributo di altri attori sociali.

4) Il Lavoro medico, sanitario e sociosanitario si dovrebbe espletare garantendo e valorizzando al massimo la sua potenzialità, autonomia e capacità intrinseche e proprie del proprio sapere ed agire professionale riducendo al massimo adempimenti non sanitari che potrebbero rientrare nelle competenze di quei professionisti che rivestano incarichi gestionali/apicali o, se di minor rilievo, formando uno specifico profilo di segretario sanitario/clinico sulla base di esperienze europee evolvendo da una parte il segretario di studio di MG o di segretario di reparto ospedaliero, nelle poche, purtroppo, esperienze in essere. Si tratta in altre parole di favorire quel general intellect e quelle capacità inesprese e spesso soffocate dei professionisti da cui nasce cambiamento e qualità delle relazioni.

5) Il rapporto di lavoro del medico come degli altri professionisti della salute, al di là della sua denominazione giuridica se dipendente o convenzionato, dovrebbe essere per obiettivi di “salute” concordati, monitorati e verificati con la conseguente individuazione di una parte della remunerazione legata al loro raggiungimento, ovviamente tenendo conto delle situazioni avverse che non abbiano consentito oggettivamente il pieno

raggiungimento (sottorganico, minore dotazione strumentali, eventi pandemici...). In tale prospettiva da superare il concetto prestazione di lavoro condizionata all'orario di lavoro, come è proprio in ogni rapporto di lavoro sia dirigenziale ma anche professionale, fermo restando la retribuzione distinta per le guardie, la reperibilità, il lavoro notturno e festivo.

Una riforma del rapporto di lavoro per una effettiva tutela della salute

E' una profonda riforma che rende il rapporto di lavoro in grado di esaltare e apprezzare l'essere un professionista non solo nella sua accezione di professione intellettuale e liberale ma di implementare l'intrinsecità e la specificità del tempo di lavoro medico e del professionista della salute con l'unico obiettivo: garantire e rendere la migliore prestazione professionale in scienza e coscienza per la tutela della salute nella prevenzione, nella diagnosi, nella cura e nella riabilitazione.

La specialità della categoria del personale del SSN prevederebbe anche la riformulazione della sua contrattazione prevedendo un "contratto quadro unitario e unificante di filiera" dell'insieme del personale che opera nel SSN, inteso sia quello dipendente delle Aziende Sanitarie Pubbliche ma anche quello dell'insieme degli enti accreditati sanitari e sociosanitari, finanziato anche dal FSN.

Questa novità avrebbe un duplice l'obiettivo da perseguire: il primo contrattuale quello di omogeneizzare i trattamenti del personale nel pubblico e nel privato accreditato, favorendo anche la maggiore unificazione possibile dell'attuale molteplicità dei contratti in quest'ultimo settore; il secondo, strategico, di far partecipare le rappresentanze sindacali nella fase di costruzione del Patto della Salute tra Stato e Regioni nella programmazione, nell'elaborazione delle scelte ma anche nel monitoraggio e nella verifica delle stesse favorendo quindi il protagonismo positivo dei professionisti produttori di salute nelle concertazione, nella comprensione e nella condivisione delle politiche per la salute: quindi un contratto quale strumento attuativo delle scelte programmatiche in sanità; da questo nuovo contratto quadro della filiera sanitaria e sociosanitaria si passerebbe alla negoziazione degli specifici settori: SSN, ospedalità accreditata, terzo settore, RSA, ecc.

Per quanto riguarda il personale "pubblico" del SSN con le innovative e discontinue caratteristiche del rapporto di lavoro medico e del professionista della salute sopra descritte non avrebbe più ragione di esistere la differenza tra le attuali normative del lavoro dipendente e di quello del lavoro parasubordinato o convenzionato che dir si voglia, si potrebbe, quindi, ipotizzare un contratto unitario del rapporto di lavoro medico nel comparto pubblico del SSN sia per l'attuale dirigenza medica che per gli AA.CC.NN. della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale o, se questo non potesse essere possibile mantenere i diversi e preesistenti modelli di contrattazione per la dipendenza e per la convenzionata, però inseriti e derivanti dalle impostazioni e indirizzi del "contratto quadro unitario e unificante di filiera".

Il ruolo del Ministero della Salute e degli operatori del SSN

Questa riforma proposta della contrattazione presupporrebbe che il Ministero della Salute svolga un ruolo da protagonista anche di regista, allentando e superando la subalternità con il MEF, sia nella fase del "contratto quadro unitario e unificante di filiera" che nei successivi contratti di settore pubblico e privato accreditato, avvalendosi o delle capacità tecniche negoziali integrate sia di ARAN che di SISAC oppure dotarsi di una nuova struttura tecnica per la gestione delle procedure e delle fasi contrattuali.

Certamente questo processo riformatore presuppone altre sue articolazioni che indichiamo per sintesi avendo più volte scritto su questo quotidiano:

ribadire che il SSN oltre prevenzione, cura e riabilitazione svolge attività di ricerca sanitarie e di didattica per i professionisti della salute e pertanto partecipa, con pari dignità con gli Atenei, nella formazione universitaria dei medici e degli altri professionisti sanitari;

va riformato lo status giuridico ed economico dello specializzando medico e delle altre professioni sanitarie prevedendo in sostituzione delle borse di studio un vero e proprio rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato di formazione-lavoro regolato da una specifica sezione nel CCNL della dirigenza medica e sanitaria, con la progressiva attribuzione di autonomia professionale in relazione alla verifica positiva delle

competenze acquisite, snellendo le successive procedure concorsuali per il passaggio a tempo indeterminato per lo specialista che voglia rimanere nel SSN;

omogeneizzare la normativa per quanto riguarda gli incarichi, l'esclusività del rapporto di lavoro e l'esercizio della libera professionale tra le professioni della dirigenza sanitaria e le professioni sanitarie di cui alla legge 251/00 prevedendo per esse il riordino della formazione universitaria istituendo nei corsi di laurea magistrale anche indirizzi specialistici:

riformare la formazione e lo status normativo dell'operatore sociosanitario restituendo al SSN la titolarità della formazione e prevedendo la possibilità che possa acquisire ulteriori competenze assistenziali avanzate, concordate e condivise con le rappresentanze professionali interessate, sino alla costituzione di un nuovo profilo professionale di cooperatore sociosanitario, di assistente alla salute, di aiuto-infermiere, come si voglia definire il cosiddetto "Ugo" e che sia in grado di collaborare con gli infermieri e gli altri professionisti della salute, non essere di supporto a loro, perché in sanità nessuno è di supporto a qualcuno bensì ognuno collabora con le proprie competenze e con i propri saperi alla tutela della salute individuale e collettiva.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112372

DEF, NADEF, FINANZIAMENTO DEL SSN

quotidianosanita.it

NADEF. Nel 2023 per la sanità la spesa aumenta di 4,3 mld rispetto alla NADEF 2022
(Quotidiano Sanità)

e si attesta al 6,7% del Pil. Ma dal 2024 confermata la discesa (anche se meno marcata) fino al 6,2% nel 2026

Migliorano nel Documento di Economia e Finanza le previsioni per il comparto rispetto alla [NADEF di novembre](#). Per il 2023 la spesa si attesta a 136,043 mld (6,7% del Pil) in crescita rispetto ai 131,724 mld della NADEF. Nel 2024 però la spesa è destinata a calare a 132,737 mld al 6,3% del Pil a causa delle minori spese per il Covid e al venir meno degli arretrati per il rinnovo del triennio 2019-2021 dei contratti. Nel 2025-2026 la previsione parla di una spesa al 6,2% del Pil.

13 APR - Più risorse per la sanità nel [Def 2023](#) appena [approvato dal Governo](#).

Migliorano infatti le stime di spesa rispetto alla NADEF di novembre 2022. Ma vediamo i numeri.

La spesa sanitaria prevista per il 2023 è pari a 136.043 milioni, con un tasso di crescita del 3,8 per cento rispetto all'anno precedente con un'incidenza sul Pil del 6,7%. Un progresso di 4,3 mld rispetto alla NADEF 2022 che segnalava per il 2023 una spesa a 131,724 mld con un'incidenza al 6,6% del Pil.

Nel 2024 è confermato però un calo della spesa che scenderà a quota 132,737 mld al 6,3% del Pil.

Dato però migliore della NADEF 2022 che segnava una spesa a 128,708 mld e un'incidenza sul Pil al 6,2% del Pil. Nel 2025 il Def prevede una spesa di nuovo in crescita a 135,034 mld ma con un impatto sul Pil del 6,2% (Nella NADEF l'incidenza era del 6,1% e la spesa era di 129,428 mld). Per il 2026 la spesa salirà ancora a quota 138,399 mld ma l'incidenza sul Pil rimarrà costante al 6,2%.

TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2023 – 2026

	2023	2024	2025	2026
Spesa sanitaria	136.043	132.737	135.034	138.399
In % di PIL	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione in %	3,8%	-2,4%	1,7%	2,5%

Valori assoluti in milioni di euro

Previsioni per l'anno 2023

La spesa sanitaria prevista per il 2023 è pari a 136.043 milioni, con un tasso di crescita del 3,8 per cento rispetto all'anno precedente quando la spesa era stata 131,1 mld pari al 6,9% del Pil.

Nel dettaglio, la previsione evidenzia:

- per i redditi da lavoro dipendente un livello di spesa previsto pari a 42.208 milioni, equivalente a una crescita del 4,5 per cento rispetto al 2022. Tale aumento è influenzato dall'ipotesi di perfezionamento del rinnovo contrattuale del personale dirigente degli enti del SSN per il triennio 2019-2021. Sono, inoltre, preordinati a legislazione vigente maggiori costi in termini di assunzioni e miglioramenti economici. L'aggregato è in crescita anche in ragione delle spese previste per l'attuazione della 'Missione 6: Salute' del PNRR. L'incremento è parzialmente attenuato dal venir meno degli arretrati correlati con il perfezionamento nel 2022 del contratto del personale non dirigente relativamente alla tornata 2019-2021;
- per i consumi intermedi un livello di spesa pari a 46.110 milioni, con un incremento del 3,8 per cento rispetto al 2022. L'aumento è imputabile soprattutto ai prodotti farmaceutici per i quali si stima una crescita del 9,2 per cento. Quest'ultima è determinata, oltre che da una generale dinamica in aumento, anche dagli effetti derivanti dalla rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti e dall'ulteriore integrazione del fondo per il concorso al rimborso dei farmaci innovativi. Viene altresì scontata un'ipotesi di minore incasso di pay-back rispetto agli importi contabilizzati nell'ultimo biennio che scontavano ripiani di eccessi di spesa farmaceutica su più annualità. Le altre componenti dei consumi intermedi mostrano un incremento dell'1,6 per cento. La previsione considera un aumento dei costi per il rincaro dei prodotti energetici come già nel 2022, nonché gli oneri associabili all'attuazione delle misure programmate dalla 'Missione 6: Salute' del PNRR. L'andamento dell'aggregato sconta anche l'incasso di pay-back per i dispositivi medici in ragione del superamento dei tetti annuali nazionali e regionali tenendo conto in via prudenziale dei contenziosi amministrativi da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici. La dinamica in aumento è mitigata da una minore incidenza dei costi sostenuti dall'Unità di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022;
- per le prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market un livello di spesa pari a 43.194 milioni, in crescita rispetto all'anno precedente (+3,4%). Con riferimento alle singole componenti dell'aggregato: o per l'assistenza farmaceutica convenzionata è prevista una spesa pari a 7.577 milioni, in crescita dell'1,4 per cento rispetto al 2022. L'aggregato risulta in leggero incremento tenuto conto della costante vigenza delle consolidate misure di governance e della messa a regime della remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie per il rimborso dei medicinali erogati in regime di SSN; o per l'assistenza medico-generica è prevista una spesa pari a 8.076 milioni, in aumento del 15,3 per cento rispetto al 2022. La crescita è dovuta essenzialmente agli oneri, inclusivi di arretrati, preordinati per il rinnovo delle convenzioni relative al triennio 2019-2021. L'incremento è parzialmente attenuato dalla cessazione di alcuni effetti connessi con le spese per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19; o per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori market è prevista una spesa pari a 27.541 milioni, superiore dello 0,9 per cento rispetto al valore registrato l'anno precedente. L'andamento dell'aggregato sconta anche l'onere per il rinnovo, inclusivo di arretrati, delle convenzioni dei professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna relativamente al triennio 2019-2021, supposte perfezionabili nel 2023. La leggera crescita registrata, oltre che a una dinamica supposta in aumento, è attribuibile anche all'ipotesi di maggior ricorso a siffatta tipologia di assistenza per l'implementazione delle misure relative alla 'Missione 6: Salute' del PNRR;
- per le altre componenti di spesa è prevista una quantificazione pari a 4.531 milioni, sostanzialmente in linea con il valore riscontrato nell'anno precedente (+0,2%). Previsioni per l'anno 2024-26

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.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=112891

fanpage.it

Gimbe: "Nel Def il governo non rilancia la sanità pubblica, serve cambio di rotta o Ssn collasserà"(FanPage)

Con la pandemia si pensava che ci sarebbe stato un rilancio della sanità, con maggiori stanziamenti per il Ssn, ma il Def del governo Meloni è la prova che tutto questo non c'è stato. Così il servizio sanitario rischia il collasso, avverte la fondazione Gimbe.

Annalisa Girardi

Il governo non stanziava abbastanza soldi per la sanità e il Def lo dimostra ancora una volta. Nel Documento di economia e finanza firmata dal governo Meloni il rapporto tra la spesa sanitaria e il Pil è inferiore ai livelli che si registravano prima della pandemia. Se non ci sarà una repentina inversione di rotta, si rischia il collasso del sistema sanitario. È l'allarme che lancia la fondazione Gimbe, in un report in cui analizza quanto messo nero su bianco nel Def per quanto riguarda la sanità.

La spesa sanitaria nel 2022 è stata di 131.103 milioni, cioè quasi tre milioni in meno di quanto era stato inizialmente previsto. Secondo Nino Cartabellotta, presidente della fondazione, "il Def certifica l'assenza di un cambio di rotta post pandemia ignorando il pessimo stato di salute del Servizio sanitario nazionale, i cui principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità sono minati da criticità che compromettono il diritto costituzionale alla tutela della salute".

Cartabellotta sottolinea come il pessimo stato in cui versa il Ssn si esprime attraverso interminabili liste di attesa che costringono a ricorrere al privato, facendo sì che molte famiglie si impoveriscano dovendo tirare fuori i soldi di tasca propria per curarsi. Chi non può aspettare i tempi del pubblico e non ha le risorse necessarie, invece, è obbligato a rinunciare alle cure. Ci sono poi le disuguaglianze regionali che in alcuni territori determinano un vero e proprio divario nelle aspettative di vita.

continua su: <https://www.fanpage.it/politica/gimbe-nel-def-il-governo-non-rilancia-la-sanita-pubblica-serve-cambio-di-rotta-o-ssn-collassera/>
<https://www.fanpage.it/>

Il governo Meloni blocca gli aumenti di stipendio per i dipendenti pubblici nel Def (FanPage)

Gimbe, nel suo report, ha anche fatto delle previsioni sia per quanto riguarda il 2023, che il triennio 2024-2026. Rispetto all'anno corrente, si calcola che il rapporto spesa sanitaria e Pil scenda al 6,7%, per un totale 136.043. In termini assoluti, quindi, una cifra più alta dell'anno scorso di circa quattro miliardi. "Tuttavia il roboante incremento di oltre quattro miliardi di euro nel 2023 è solo apparente: sia perché oltre due terzi (67%) costituiscono un mero spostamento al 2023 della spesa sanitaria prevista nel 2022 per il rinnovo contrattuale del personale dirigente, sia per l'erosione del potere di acquisto visto che secondo l'ISTAT ad oggi l'inflazione acquisita per il 2023 si attesta a +5%, un valore superiore all'aumento della spesa sanitaria che, invece, si ferma a +3,8%", ha precisato Cartabellotta.

Per il prossimo triennio Gimbe stima una riduzione della spesa sanitaria anche in termini assoluti, a fronte di un incremento del Pil, nel 2024. Si calcola che il prossimo anno scenda a 132.737 milioni, il 2,4% in meno sul 2023, per poi risalire nel 2025 a 135.034 milioni di euro, cioè l'1,7% in più. Per il 2026 si stima un'ulteriore crescita del 2,5%, pari quindi a una spesa di 138.399 milioni di euro.

"Il risibile aumento medio della spesa sanitaria dello 0,6% nel triennio 2024-2026 non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi, sia per l'erosione dovuta all'inflazione, sia perché l'indice dei prezzi del settore sanitario è superiore all'indice generale di quelli al consumo", ha commentato Cartabellotta. "In altri termini, le previsioni del Def 2023 sulla spesa sanitaria 2024-2026 certificano evidenti segnali di defianziamento: in particolare il 2024, ben lungi dall'essere l'anno del rilancio, fa segnare un -2,4% che dissolve ogni speranza di nuove risorse per la sanità nella prossima Legge di Bilancio", ha proseguito.

Insomma, secondo Gimbe le stime del Def sono la conferma che la sanità resta marginale per la politica. La pandemia, scrive la fondazione, non è stata l'insegnamento che si pensava e i governi continuano a tagliare sulla sanità. "Programmi e numeri del Def confermano che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta una priorità politica neppure per l'attuale esecutivo. La sanità rimane un bancomat per la facile aggredibilità della spesa pubblica e nei rari casi di crescita economica i benefici per il Ssn non sono mai proporzionali, rendendo impossibile rilanciare il finanziamento pubblico", ha aggiunto ancora Cartabellotta.

La fondazione Gimbe ha recentemente presentato un piano di rilancio per il Ssn, in cui sottolineava l'importanza di aumentare i finanziamenti pubblici per il settore in maniera consistente, allineando gli stanziamenti alla media degli altri Paesi Ue. Il Def però, conclude il report, non fa nulla per colmare il divario che persiste con gli altri Paesi europei. Anzi, proseguendo con sempre meno finanziamenti alla sanità, si aumenta la distanza con il resto d'Europa, portando "al collasso del Ssm, compromettendo definitivamente il diritto costituzionale alla tutela della salute delle persone".

continua su: <https://www.fanpage.it/politica/gimbe-nel-def-il-governo-non-rilancia-la-sanita-pubblica-serve-cambio-di-rotta-o-ssn-collassera/>
<https://www.fanpage.it/>

Serve urgente cambio di rotta per evitare il collasso del Ssn”.

Per la Fondazione guidata da Nino Cartabellotta nel Documento di economia e finanza approvato lo scorso 11 aprile dal Governo ci sono “preoccupanti segnali di definanziamento: dal 2025 rapporto spesa sanitaria/pil al 6,2%, inferiore ai livelli pre-pandemia”. “Programmi e numeri del DEF 2023 confermano che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta una priorità politica neppure per l’attuale Esecutivo”.

18 APR - “Rispetto alle previsioni di spesa sanitaria sino al 2026 il DEF 2023 certifica l’assenza di un cambio di rotta post-pandemia ignorando il pessimo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale, i cui principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità sono minati da criticità che compromettono il diritto costituzionale alla tutela della salute”.

È lapidario Nino **Cartabellotta**, presidente di Gimbe che oggi ha presentato un’analisi dettagliata del [primo Def del Governo Meloni](#) per la parte riservata ai conti della sanità.

“Interminabili liste di attesa – sottolinea Cartabellotta - costringono a ricorrere al privato, aumentano la spesa out-of-pocket e impoveriscono le famiglie, sino alla rinuncia alle cure; disuguaglianze regionali e locali nell’offerta di servizi e prestazioni determinano migrazione sanitaria, inaccessibilità alle innovazioni, sino alla riduzione dell’aspettativa di vita”.

Il Def 2023 certifica per l’anno 2022 una spesa sanitaria di € 131.103 milioni, inferiore di quasi € 3 milioni rispetto ai € 133.998 milioni previsti dall’ultima Nota di Aggiornamento DEF 2022.

2023. Il rapporto spesa sanitaria/PIL nel 2023 scende a 6,7% rispetto al 6,9% del 2022, anche se in termini assoluti la previsione di spesa sanitaria è di € 136.043 milioni, ovvero € 4.319 milioni in più rispetto al 2022 (+3,8%).

“Tuttavia il roboante incremento di oltre quattro miliardi di euro nel 2023 – precisa Cartabellotta – è solo apparente: sia perché oltre due terzi (67%) costituiscono un mero spostamento al 2023 della spesa sanitaria prevista nel 2022 per il rinnovo contrattuale del personale dirigente, sia per l’erosione del potere di acquisto visto che secondo l’ISTAT ad oggi l’inflazione acquisita per il 2023 si attesta a +5%, un valore superiore all’aumento della spesa sanitaria che, invece, si ferma a +3,8%”.

2024-2026. Nel triennio 2024-2026, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,6%, il DEF 2023 stima quella della spesa sanitaria allo 0,6%. Il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,7% del 2023 al 6,3% nel 2024 al 6,2% nel 2025-2026. Rispetto al 2023, in termini assoluti la spesa sanitaria nel 2024 scende a € 132.737 milioni (-2,4%), per poi risalire nel 2025 a € 135.034 milioni (+1,7%) e a € 138.399 (+2,5%) nel 2026.

La spesa sanitaria nel DEF 2023: consuntivo 2022 e stime 2023-2026

Spesa sanitaria	2022	2023	2024	2025	2026
In milioni di euro	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
In % di PIL	6,9%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione %	3%	3,80%	-2,40%	1,70%	2,50%

“È del tutto evidente – spiega Cartabellotta – che il risibile aumento medio della spesa sanitaria dello 0,6% nel triennio 2024-2026 non coprirà nemmeno l’aumento dei prezzi, sia per l’erosione dovuta all’inflazione, sia perché l’indice dei prezzi del settore sanitario è superiore all’indice generale di quelli al consumo. In altri termini, le previsioni del DEF 2023 sulla spesa sanitaria 2024-2026 certificano evidenti segnali di definanziamento: in particolare il 2024, ben lungi dall’essere l’anno del rilancio, fa segnare un -2,4% che dissolve ogni speranza di nuove risorse per la sanità nella prossima Legge di Bilancio”.

Complessivamente le stime del DEF 2023, rimarca Gimbe, “confermano che la sanità rimane la cenerentola dell’agenda politica per almeno tre ragioni”.

“Innanzitutto, spiega Gimbe, il rapporto spesa sanitaria/PIL scende dal 6,9% del 2022 al 6,2% nel 2026, un valore [inferiore a quello del 2019 \(6,4%\)](#), confermando che dalla pandemia non è stato tratto alcun insegnamento; in secondo luogo, nel triennio 2024-2026 il DEF stima una crescita media annua del PIL nominale del 3,6%, a fronte dello 0,6% di quella della spesa sanitaria”.

“Infine, il DEF 2023 non f

a alcun cenno alle risorse necessarie per abolire gradualmente il tetto di spesa per il personale sanitario e per approvare il cd. “decreto tariffe” sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di protesica: due priorità assolute per rilanciare le politiche del capitale umano e garantire a tutti i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e l’accesso alle innovazioni”.

“Programmi e numeri del DEF 2023 – continua Cartabellotta – confermano che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta una priorità politica neppure per l’attuale Esecutivo. La sanità rimane un bancomat per la facile aggredibilità della spesa pubblica e nei rari casi di crescita economica i benefici per il SSN non sono mai proporzionali, rendendo impossibile rilanciare il finanziamento pubblico”.

“Il [Piano di Rilancio del SSN](#) recentemente elaborato dalla Fondazione GIMBE – conclude Cartabellotta – rileva l’inderogabile necessità di aumentare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, allineandolo entro il 2030 alla media dei paesi europei, al fine di garantire l’erogazione uniforme dei LEA, l’accesso equo alle innovazioni e il rilancio delle politiche del personale sanitario. Considerato che nel 2021 il gap con la media dei paesi europei era di quasi € 12 miliardi, il DEF 2023 non ha affatto posto le basi per colmarlo. Al contrario prosegue con la strategia di definanziamento pubblico della sanità che aumenterà la distanza dalla media dei paesi europei e porterà al collasso del SSN, compromettendo definitivamente il diritto costituzionale alla tutela della salute delle persone”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113015

quotidianosanita.it

La spesa pubblica nella UE. Italia tra i Paesi con la quota più alta per la “protezione sociale” (Quotidiano Sanità)

ma siamo sempre sotto la media per la “salute”

I dati illustrati oggi da Eurostat. Nel 2021 la spesa pubblica nella UE si è attestata al 51,5% del Pil, una percentuale inferiore a quella del 2020 ma solo perché il Pil è aumentato. La spesa pubblica è infatti cresciuta in valori assoluti del 5,1% rispetto all’anno precedente. Tra le principali funzioni la “protezione sociale” in tutta la UE è rimasta la voce di spesa più importante, con un peso pari al 20,5% del PIL. La “salute” viene subito dopo con un peso dell’8,1% (Italia al 7,6%).

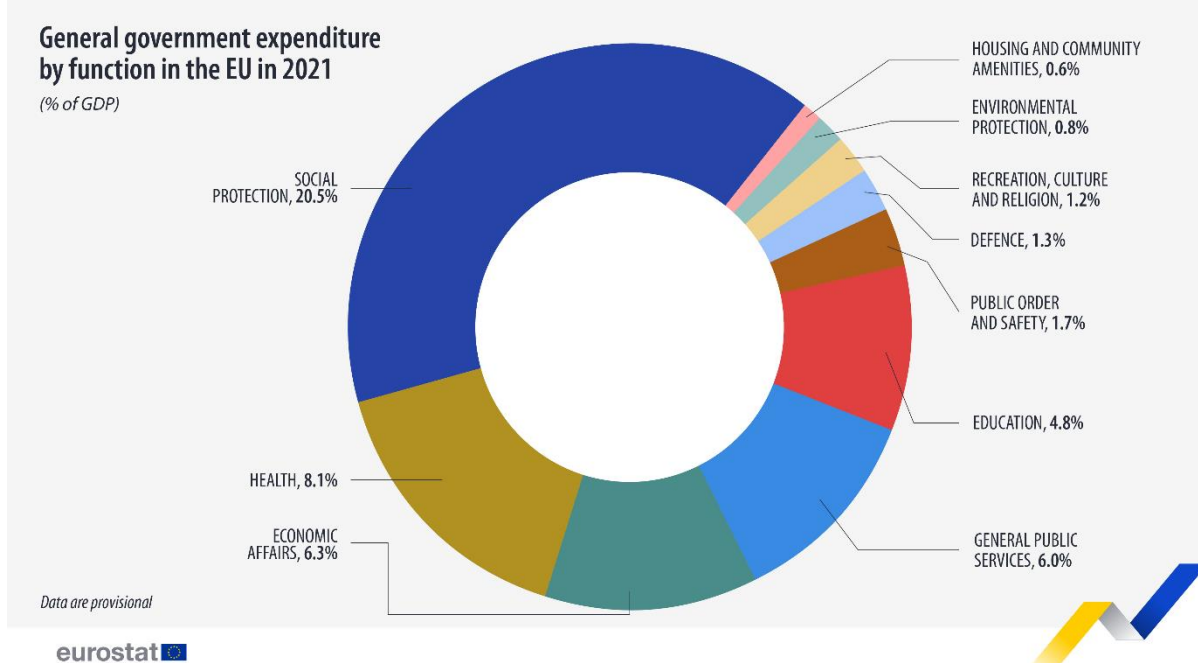
28 FEB -

Nel 2021 la spesa totale delle amministrazioni pubbliche nell’Unione Europea è stata pari al 51,5% del prodotto interno lordo (PIL) ed è stata ancora influenzata dalla pandemia di COVID-19 e dalle misure governative per mitigarne gli effetti.

La diminuzione del rapporto rispetto all’anno precedente (52,8%) è stata principalmente una conseguenza dell’aumento del PIL, mentre è stata ancora osservata una crescita della spesa totale (7.475 EUR nel 2021 rispetto a 7.111 miliardi di EUR nel 2020; un aumento di 364 miliardi, in crescita del 5,1% rispetto al 2020).

Lo sottolinea oggi Eurostat sulla base dei dati recentemente pubblicati sulla spesa delle amministrazioni pubbliche per funzione.

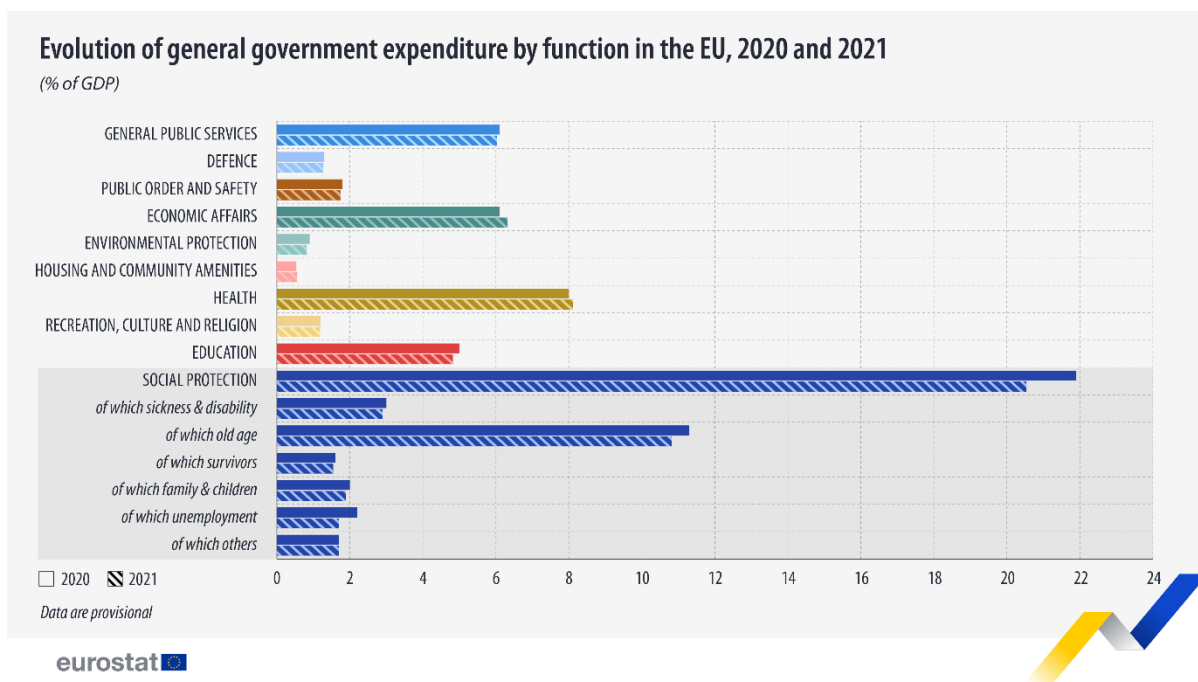
La percentuale più alta della spesa pubblica va alla protezione sociale e alla sanità



Tra le principali funzioni della spesa delle amministrazioni pubbliche nell'UE, la “protezione sociale” è rimasta la più importante nel 2021, con un peso pari al 20,5% del PIL. Le successive aree più importanti sono state la “salute” (8,1%), gli “affari economici” (6,3%) e i “servizi pubblici generali” (6,0%), che comprendo affari esteri e transazioni del debito pubblico, e poi “istruzione” (4,8%).

Le funzioni 'ordine pubblico e sicurezza' (1,7%), 'difesa' (1,3%), 'ricreazione, cultura e religione' (1,2%), 'tutela ambientale' (0,8%) e 'abitazioni e servizi per la collettività' (0,6 %) sono quello con un peso minore.

Forti aumenti della protezione sociale, degli affari economici e della salute guidati dalla pandemia di COVID-19



A livello dell'UE, la spesa totale delle amministrazioni pubbliche è aumentata per tutte le principali funzioni. Tuttavia, gli aumenti si sono concentrati su “salute” (+103 miliardi di euro), “affari economici” (+96 miliardi di euro) e “protezione sociale” (+41 miliardi di euro, con un calo di 50 miliardi di euro per le spese per il contrasto alla “disoccupazione” che sono state riassorbite dall’incremento di altre voci come “vecchiaia” e da altre funzioni dettagliate nell’ambito della protezione sociale).

Rapporto tra la spesa per la protezione sociale più alto in Francia e Finlandia, più basso in Irlanda (Italia sopra la media UE)

La “protezione sociale” ha rappresentato nel 2021 l’area di spesa pubblica più importante per tutti i membri dell’UE. La spesa pubblica per la protezione sociale in percentuale del PIL variava tra gli Stati membri dall’8,7% in Irlanda, 11,0% a Malta, 12,5% a Cipro e 13,1% in Ungheria, a quasi un quarto in Francia (24,8%), Finlandia (24,6%) e Italia (23,4%).

La spesa pubblica per la sanità è più alta in Austria e Cechia (Italia sotto la media UE) per gli affari economici la più alta è in Grecia, per l’istruzione in Svezia

Nel 2021, Austria (10,1%), Repubblica Ceca (9,8%), Danimarca e Francia (entrambe 9,2%) hanno registrato i più alti rapporti tra spesa pubblica e PIL dedicati alla salute tra i membri dell’UE. L’Italia si colloca invece sotto la media UE con una percentuale del 7,6%.

I rapporti più elevati tra spesa pubblica e PIL per gli affari economici nel 2021 sono stati registrati in Grecia (10,7%), Austria (9,3%) e Ungheria (9,2%), davanti a Malta (9,0%).

I rapporti più elevati tra spesa pubblica e PIL per i servizi pubblici generali sono stati osservati in Italia e Finlandia (entrambe 8,1%), Ungheria (8,0%) e Grecia (7,9%).

Per quanto riguarda l’istruzione, i rapporti più elevati rispetto al PIL sono stati registrati in Svezia (6,7%), seguita da Belgio (6,3%) e Danimarca (6,0%).

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111472#:~:text=La%20spesa%20pubblica%20C3%A8%20infatti,Italia%20al%207%2C6%25\).](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111472#:~:text=La%20spesa%20pubblica%20C3%A8%20infatti,Italia%20al%207%2C6%25).)

DIBATTITO SULLE PROSPETTIVE DEL SSN

quotidianosanita.it

I Forum di QS. Sanità pubblica addio? Trimarchi: “La Salute Bene Comune” (Antonino Trimarchi Quotidiano Sanità)

Antonino Trimarchi, Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva Responsabile Centro Studi CARD ITALIA Area dell’Integrazione

Oggi più che mai dobbiamo chiederci in che modo poter uscire dall’oggettività dell’ineluttabile insostenibilità del SSN Pubblico, per partecipare non da Attori ma da Autori alla sua rigenerazione come «Soggetti-parte» della “One Health”

23 MAR - Da tempo ho appreso che le cure palliative fan parte delle cure della vita. Da tempo quel contesto di apprendimento mi ha insegnato che le RIFORME, come le chiama ad alta voce Ivan Cavicchi, possono scaturire proprio quando non c’è più niente da fare.

Scrivo controcorrente, costretto a scrivere perché leggendo, scorgo tra le righe, l’afflato etico di tutto quello che c’è da fare quando non c’è più nulla da fare.

Fuori da ogni conflitto d'interessi è lì, al capezzale del SSN Pubblico, che si intercetta l'essenziale del prendersi cura, di essere Noi stessi la Cura, la necessità di rivedere le strategie e le tattiche organizzative, gestionali ed assistenziali nel promuovere la Salute Universale, Giusta, Inclusiva, Prossimale, di Comunità.

Se vogliamo comprendere - questo è il messaggio che proviene dal trapasso del SSN innanzi agli occhi di tutti - è giunto il momento di smettere di darsi da fare (Elias Canetti) cinicamente e di darci il tempo di contemplare, ritornando a lottare per l'articolo 32 della Costituzione Italiana, innovando il patto della Legge 833/78.

A Milano, a Congresso di CARD Lombardia ho avuto l'occasione di lanciare in tal senso una proposta provocativa, del Profit Pubblico: "Serviamoli noi i ricchi per ottenere le risorse per la salute per tutti".

Rianimiamoci! La Salute Bene Comune, non è né semplicemente l'assenza né il contrario della malattia. È la Qualità della nostra vita, della vita del Pianeta. LA SALUTE È UNA e contiene le mille malattie del mondo, i 1000 disordini. Sta nella sua capienza il "dono" della sua Presenza.

La salute è complessa e per la sua complessità non appartiene alle sole scienze biomediche. La salute è Sociale, è Politica, è Spirituale.

Oggi più che mai dobbiamo chiederci in che modo poter uscire dall'oggettività dell'ineluttabile insostenibilità del SSN Pubblico, per partecipare non da Attori ma da Autori alla sua rigenerazione come «Soggetti-parte» della "One Health".

Siamo corresponsabili di come osserviamo di come valutiamo, di come agiamo quello che osserviamo. Il problema politico odierno non è se il SSN sia sostenibile o meno, bensì come si decide di sostenerlo. Curare la Salute è sempre sostenibile, curare le malattie ex post è una evidence based insostenibile.

I costi della promozione e della tutela della salute sono un investimento non una spesa.

Smettiamola di proferire quel che vediamo come verità quando non ci rendiamo conto che siamo ciechi.

In "Cecità" di José Saramago la profezia di oggi: «Non le era mai accaduto prima, voglio dire, la stessa cosa di adesso, o qualcosa di simile? - Il medico gli domandò - Mai, dottore, io non porto neanche gli occhiali»

Il tema della cecità è quello dell'indifferenza, che esplode con il dilagare del non vedere, ma che era già presente prima degli avvenimenti in questione. «Secondo me non siamo diventati ciechi, secondo me lo siamo, ciechi che, pur vedendo, non vedono» (La moglie del medico).

Saramago, così Cavicchi, ci invita ad uscire dal cinismo ignorante quando, nel discorso fatto in seguito all'assegnazione del Premio Nobel, richiama come la società contemporanea sia cieca poiché si è perso il senso di Società solidale, la solidarietà fra le persone, la Salute per tutti.

Mi preme qui sottolineare l'avviso forte emergente, di rilievo sia alla Destra che alla Sinistra passando per il centro: «Il potere non logora chi non ce l'ha, Il potere logora chi ci crede».

Controriformare significa riaprire l'impossibile al possibile, concepire il rapporto multiverso tra vincoli ed opportunità, tra mente e natura, tra istituzioni e comunità locali, tra sociale e sanità: in queste e da queste connessioni, inter-relazioni complesse, emerge e si deframmenta la Salute. Qui deve agire la Politica pubblica; la Salute in tutte le politiche.

Uscire dal cinismo come invita l'Autore, obbliga noi cittadini a promuovere e a chiedere a viva voce il passaggio dall'EGOLOGIA individualistica della politica all'Ecologia sociale della Salute.

Vi è un must che scorre tra le parole dette e non dette: Frammentare l'ego ideologico per deframmentare e prendersi cura dell'ecosistema vivente patrimonio di tutti.

Quali possibili indicazioni?

Per una ecologia politica dell'emergente vs emerso-sommerso

Sviluppare la sensibilità dei Politici a lavorare sull'emerso, a rendersi conto e comprendere che indica il sommerso; riflettere e apprendere insieme, tecnici e politici, sull'emergenza dell'Unità della Salute - One Health - One Heart - One Earth - inscindibile.

Non stigmatizzare l'emerso, riconoscere che è l'indicazione di un Problema sistemico: purtroppo spesso il Problem Solving nasconde l'ecologia dell'emergente.

Facilitare una conoscenza maieutica, una coscienza etica della complessità, di esser noi stessi parte attiva del problema (Evolving in a Problem).

Avere la coscienza e la competenza politica che la salute che emergerà è co-creata nella relazione responsabile e responsabilizzante

Nella complessità non si ha una relazione lineare di causa ed effetto: si appartiene a relazioni circolari multilivello, spiraliformi. Si cammina sull'orlo del caos dove si può solo, e non si può farne a meno, partecipare ed influenzare, assistere ed essere influenzati.

Sviluppare economie ecologiche (eco-eco) della salute

Se, come diceva Heisenberg, non si può definire un metodo a prescindere dall'oggetto, ECO – ECO è il metodo che connette gli oggetti conflittuali del pensiero riduzionista e ricomponi l'assioma diritti-economia-ambiente-salute. A noi, esserci. Grazie Ivan.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112033

quotidianosanita.it

Gimbe: “Tra liste d’attesa, rinunce alle cure e disuguaglianze il Ssn è in codice rosso”
(Cartabellotta, Quotidiano Sanità)

Cartabellotta:

“L'emergenza COVID-19 ha ulteriormente indebolito il SSN, specialmente sul fronte del personale e il netto aumento del finanziamento pubblico negli ultimi anni è stato interamente assorbito dall'emergenza, tanto che ora le Regioni rischiano di tagliare i servizi. Senza contare che il DdL sull'autonomia differenziata potrebbe dare il colpo di grazia al SSN”.

28 MAR - “La crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – sta raggiungendo il punto di non ritorno tra l'indifferenza di tutti i Governi che negli ultimi 15 anni, oltre a tagliare o non investire in sanità, sono stati incapaci di attuare riforme coraggiose per garantire il diritto alla tutela della salute. Con l'aggravante di ignorare tre incontrovertibili certezze: che la sanità pubblica è una conquista sociale irrinunciabile e un pilastro della nostra democrazia; che il livello di salute e benessere della popolazione condiziona la crescita economica del Paese; infine, che la perdita di un SSN universalistico porterà ad un disastro sanitario, sociale ed economico senza precedenti”.

“L'emergenza COVID-19 ha ulteriormente indebolito il SSN, specialmente sul fronte del personale e il netto aumento del finanziamento pubblico negli ultimi anni è stato interamente assorbito dall'emergenza, tanto che ora le Regioni rischiano di tagliare i servizi. Senza contare che il DdL sull'autonomia differenziata potrebbe dare il colpo di grazia al SSN. E se durante la fase più drammatica dell'emergenza – sottolinea il Presidente – tutte le forze politiche convergono sulla necessità di potenziare la sanità pubblica, ben presto è ritornata nell'oblio. E i professionisti sanitari continuano ad essere ringraziati solo con la “retorica degli eroi””.

“Oggi i pazienti – chiosa il Presidente – vivono ogni giorno le conseguenze di un SSN ormai in codice rosso per la coesistenza di varie malattie: imponente sotto-finanziamento, carenza di personale per assenza di investimenti, mancata programmazione e crescente demotivazione, incapacità di ridurre le disuguaglianze, modelli organizzativi obsoleti e inesorabile avanzata del privato. Un SSN gravemente malato che costringe i pazienti ad attese infinite, migrazione sanitaria, spese ingenti, sino alla rinuncia alle cure”.

Liste di attesa.

Il ritardo delle prestazioni sanitarie accumulato durante la pandemia ha determinato un ulteriore allungamento delle liste di attesa che le Regioni non riescono a smaltire nonostante le risorse stanziare dal Governo. “Così le persone sono costrette a rivolgersi al privato se ne hanno le possibilità economiche – spiega Cartabellotta – oppure attendere gli inaccettabili tempi di attesa delle strutture pubbliche sino a rinunciare alle prestazioni, con conseguenze imprevedibili sulla loro salute”. Secondo una [recente audizione dell'ISTAT](#) la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie è passata dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020, sino all'11,1% nel 2021. E se nel 2022 le stime attesterebbero un recupero con una riduzione al 7%, l'ostacolo principale rimangono le lunghe liste di attesa (4,2%) rispetto alle rinunce per motivi economici (3,2%).

La spesa privata.

Nel 2021 la spesa sanitaria in Italia ha raggiunto i € 168 miliardi, di cui € 127 miliardi di spesa pubblica (75,6%), € 36,5 miliardi (21,8%) a carico delle famiglie e € 4,5 miliardi (2,7%) sostenuti da fondi sanitari e assicurazioni ([dati ISTAT](#)). Secondo il recente [Rapporto CREA Sanità](#) nel 2021 la spesa privata è in media € 1.734 per nucleo familiare, ovvero il 5,7% dei consumi totali. E nel 2020 oltre 600 mila famiglie hanno dovuto sostenere spese “catastrofiche”, ovvero insostenibili rispetto ai budget, e quasi 380 mila famiglie si sono impoverite per spese sanitarie, in particolare nelle Regioni meridionali. “La chiave di lettura – chiosa Cartabellotta – è chiarissima: la politica si è sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica per la sanità, scaricando oneri iniqui sui bilanci delle famiglie”.

Diseguaglianze.

Il monitoraggio del Ministero della Salute sugli adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) spiega il Presidente «documenta enormi diseguaglianze regionali con un gap Nord-Sud ormai incolmabile, che rende la “questione meridionale” in sanità una priorità sociale ed economica». Infatti, guardando ai punteggi LEA nel decennio 2010-2019, tra le prime 10 Regioni solo due sono del centro (Umbria e Marche) e nessuna del sud; nel 2020 solo 11 Regioni risultano adempienti ai LEA, di cui solo la Puglia al Sud; eccetto Basilicata e Sardegna sono in Piano di rientro tutte le Regioni del centro-sud, con Calabria e Molise commissariate; e nel 2020 Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto attraggono il 94,1% della mobilità sanitaria.

“Esistono poi – spiega Cartabellotta – altre diseguaglianze meno note: tra aree urbane e rurali, tra uomini e donne, oltre che correlate al grado di istruzione e di reddito. Ovvero, il SSN garantisce una “salute diseguale” che si riflette anche sugli anni di vita perduti”. Infatti, il recente [report dell’Eurostat](#) documenta che in Italia si vive più a lungo nelle Regioni del Centro-Nord, con la Provincia autonoma di Trento in testa (84,2 anni), rispetto a quelle del Sud, con la Campania fanalino di coda (80,9 anni). “Un inaccettabile gap di oltre 3,3 anni – commenta Cartabellotta – che dimostra come la qualità dei servizi sanitari regionali produca effetti evidenti sull’aspettativa di vita, vanificando quel vantaggio che le Regioni meridionali avevano conquistato nei decenni scorsi grazie a favorevoli condizioni ambientali e climatiche e alla dieta mediterranea”.

Mancato accesso alle innovazioni.

L’ultimo aggiornamento dei LEA risale al gennaio 2017, ma per mancanza di risorse non è mai stato approvato il cd “Decreto Tariffe” relativo a specialistica ambulatoriale e protesica. “Di conseguenza – puntualizza il Presidente – innovazioni quali la procreazione medicalmente assistita, lo screening neonatale esteso, ausili e dispositivi all’avanguardia (es. apparecchi acustici digitali, protesi di ultima generazione, carrozzine basculanti) oggi possono essere erogate solo dalle Regioni non in Piano di rientro con risorse proprie, generando ulteriori diseguaglianze e tenendo in ostaggio i diritti dei pazienti. Intanto, il “continuo aggiornamento dei LEA al fine di mantenerli allineati all’evoluzione delle conoscenze scientifiche” rimane solo un vuoto slogan, visto che i LEA non vengono aggiornati da oltre 6 anni rendendo numerose innovazioni diagnostico-terapeutiche inaccessibili a tutti i pazienti che ne avrebbero diritto”.

Privatizzazione.

L’[annuario statistico del SSN](#) pubblicato il 23 marzo restituisce l’entità dell’offerta delle strutture sanitarie private accreditate, ovvero rimborsate con il denaro pubblico. Nel 2021 risultano private accreditate: il 48,6% delle strutture ospedaliere (n. 995); il 60,4% di quelle di specialistica ambulatoriale (n. 8.778); l’84% di quelle deputate all’assistenza residenziale (n.7.984) e il 71,3% di quelle semiresidenziali (n. 3.005), ovvero le due tipologie di RSA; il 78,2% di quelle riabilitative (n. 1.154). “Inoltre esiste un vero e proprio “cavallo di Troia” – aggiunge il Presidente – che erode risorse pubbliche dirottandole ai privati: il connubio tra fondi sanitari e assicurazioni, sostenuto dalle politiche del welfare aziendale”. I fondi sanitari, che godono di consistenti agevolazioni fiscali, erano nati per integrare le prestazioni non offerte dal SSN (odontoiatria, long term care), ma di fatto per circa il 70% erogano prestazioni già incluse nei LEA tramite la sanità privata accreditata. E siccome le assicurazioni sono divenute veri e propri gestori dei fondi sanitari, puntualizza Cartabellotta “i presunti vantaggi del welfare aziendale per i lavoratori iscritti ai fondi sono una mera illusione, perché il 40-50% dei premi versati non si traducono in servizi in quanto erosi da costi amministrativi e utili delle

compagnie assicurative. Ovvero, i beneficiari delle risorse pubbliche provenienti dalla defiscalizzazione dei fondi sanitari sono le assicurazioni che generano profitti, la sanità privata che aumenta le prestazioni erogate e le imprese che risparmiano sul costo del lavoro”.

“Nel marzo 2013 – conclude Cartabellotta – la Fondazione GIMBE ha lanciato la campagna “Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale”, con il monito che la perdita del SSN non sarebbe stata annunciata dal fragore di una valanga, ma dal silenzioso scivolamento di un ghiacciaio, attraverso anni, lustri, decenni. Che lentamente, ma inesorabilmente, avrebbe eroso il diritto costituzionale alla tutela della salute. E dopo 10 anni di battaglie GIMBE per la sanità pubblica, nell’indifferenza di tutti i Governi, le evidenze dimostrano che siamo vicini al punto di non ritorno. Se un SSN pubblico, equo e universalistico rappresenta ancora una priorità del Paese Italia e un pilastro della nostra democrazia è necessario un repentino cambio di rotta, indicato dalla Fondazione GIMBE con il “Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale” che sarà presentato a Bologna il 31 marzo, in occasione della 15a Conferenza Nazionale”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112415

quotidianosanita.it

I Forum di QS. Sanità pubblica addio? Agnetti: “Come possiamo evitare di arrivare al punto di non ritorno?” (Bruno Agnetti, Quotidiano Sanità)

Bruno Agnetti, CSPS (Centro Studi di Programmazione Sanitaria)

La sanità privata è ormai un sistema molto potente in tutte le regioni ed in tutte le provincie. E’ molto complesso pensare ad una sua revisione radicale. Sarebbe come affrontare le problematiche sorte con il finanziamento pubblico della Fiat ad iniziare dagli anni ’70 aggravato da fatto che, oggi, gli occupati nella così detta sanità privata sono molto superiori al numero dei dipendenti della Fiat e la diffusione logistica del privato è capillare in tutto il paese.

05 APR – Molti colleghi erano lì, nei primi anni 80, quando la riforma sanitaria (833 del 23 dicembre 1978) iniziava il suo iter applicativo. Da allora si è passati dall’iniziale entusiasmo al disincanto rassegnato tanto che pensare a qualche cambiamento può apparire addirittura velleitario. Gli storici sanitari “boomer” sono passati dall’essere clinici attivi ed operativi a utenti se non pazienti. Mantengono tuttavia un patrimonio di conoscenze che li rende esperti perché “conoscitori dei fatti accaduti” sia nell’ambito dei professionisti delle cure che nell’area variegata degli assistiti.

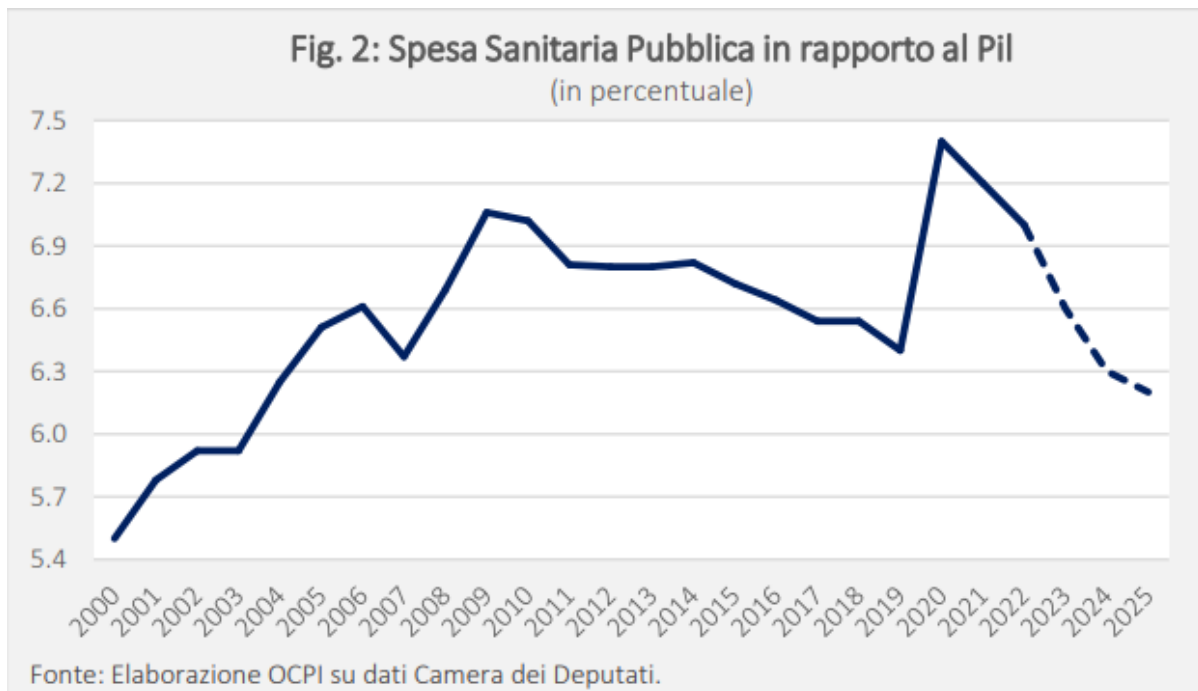
Durante questo tribolato periodo numerosi medici e operatori sono stati quasi presi per mano dalle numerose pubblicazioni del Prof. Ivan Cavicchi che hanno così favorito formazione e approfondimenti in merito ai temi più critici della politica sanitaria italiana.

L’ultima fatica del Prof. Ivan Cavicchi ha nel titolo (Sanità Pubblica Addio) un termine definitivo, “addio” appunto.

Il sottotitolo riporta però una frase che tenta di individuare “la causa prima” che ha provocato la sconcertante rottura: il cinismo delle incapacità. A leggere il testo questa incapacità pare poter essere associabile ad una profonda ignoranza, soprattutto da parte dei decisori, sui fondamentali di una disciplina molto complessa come la medicina.

Nella controcopertina riemerge comunque lo spirito indomito del Prof. Cavicchi quando sostiene: “non è vero che sia impossibile o inconcepibile una sanità che funzioni, adeguata ai bisogni delle persone, giusta”.

L’analisi inesorabile e a tutto campo presentata nel testo del Prof. Cavicchi è già più che bastevole. Sono state lette su QdS ulteriori riflessioni e studi generali colti e minuziosi. È superfluo quindi esporre altre considerazioni complessive affidando quindi questo compito ad una sola immagine.



In considerazione della esperienza accumulata nel tempo si farà soprattutto riferimento al capitolo 14 del libro del Prof. Cavicchi: Medicina Generale.

In effetti il Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di cui il sottoscritto fa parte, si è dedicato, in questi anni, allo studio "operativo" e "di base" di quanto la Politica Sanitaria ha prodotto in merito all'organizzazione sanitaria territoriale (ACN, AIR, DM77, Metaprogetto, PNRR, delibere, intese, documentazioni, iniziative o coordinamenti ecc.).

L'attività della Medicina Generale, più correttamente, l'operatività dell'insieme degli attori che agiscono sulla scena delle Cure Primarie si svolge per la gran parte in modalità "periferica" e di conseguenza sviluppa una cultura specifica di "confine" in quanto, a questo livello, avviene il contatto diretto con le persone, le loro peculiarità ed i loro bisogni espressi e non espressi. In questo ambito le richieste bio-psico-sociali sono molto forti.

Tuttavia è proprio a livello del territorio che si potrebbero intravedere interessanti spinte riformiste foriere di una nuova cultura sanitaria assistenziale, originale e specifica, spesso spontanea, che potrebbe affondare le proprie radici nelle integrazioni (co-operazioni) tra operatori professionali e cittadini (<https://youtu.be/KtDb05WbtFI>).

Il nuovo clima intellettuale riformista che originerebbe nel perimetro delle cure primarie sarebbe in grado di misurarsi con sistemi complessi rappresentati dal contesto (bisogni delle persone ed esigenze degli operatori). Si formerebbero così modelli di leadership riconosciuti che si pongono come punto di riferimento e di servizio per l'intera comunità di appartenenza.

La leadership di comunità si distinguerebbe non solo per la mancanza di strutture gerarchiche, per la flessibilità verso forme collettive o collegiali del modello, per la trasparenza e la capacità di mettersi in gioco; per la gestione serena della responsabilità condivisa; per il ruolo di testimonianza; per la valorizzazione della meritorietà (criterio del merito) al posto della tanto decantata meritocrazia (governo della meritocrazia), per la totale gratuità.

A tutt'oggi la "libera scelta" che caratterizza in modo unico la medicina generale e il medico di base (finché questo istituto verrà mantenuto) rappresenta una legittimazione quasi politica (non partitica) che facilita la co-operazione e la co-responsabilità tra sanitari e cittadini. Il prof. Cavicchi, nel suo scritto, liquida definitivamente il tema della dipendenza del mmg ("stupidaggine").

Questa cultura riformista che da tempo si sta sviluppando silenziosamente a livello territoriale, resta sempre una constatazione inaspettata da parte delle Alte Dirigenze regionali e locali in quanto spesso la loro efficacia non coincide con i protocolli o con le normative istituzionali e le esigenze amministrative/economiche di

controllo. Si tende quindi a scotomizzarla o riassorbirla in complicati sistemi burocratici che ne soffocano l'originalità innovativa.

Al chiacchiericcio che recentemente è nato intorno al PNRR (missione 6), alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità partecipano troppi soggetti autoreferenziali ("che di base non hanno niente"). Non si considerano le esperienze che non siano perfettamente allineate ma si sommano stucchevoli esposizioni che poco hanno a che fare con gli operatori che svolgono la loro attività quotidianamente in prima linea. Nessuna iniziativa e nessun coordinamento è riuscito ancora a eguagliare quella "vera riforma" delle cure primarie rappresentata dalla storica delibera della Regione Emilia-Romagna sulle Case della Salute (GPG/2010/228) con la quale si normava la realizzazione di queste strutture.

La reale azione riformatrice riguardava solo la così detta casa della salute "Grande" in quanto ipotizzava la creazione in ogni quartiere o in ogni territorio di un complesso logistico-architettonico che potesse offrire un "contenuto" in grado di mettere a disposizione di una comunità l'intera gamma dei servizi territoriali sanitari, sociali, assistenziali, riabilitativi, di strutture intermedie, di assistenza diurna, di integrazione tra operatori e terzo settore.

Un reale servizio per i cittadini che avrebbe garantito anche la prossimità, la domiciliarità e la continuità delle cure. Le normative, i coordinamenti e le iniziative che si stanno muovendo intorno alla questione del PNRR sanitario restano tutt'ora una "mistificazione" che "non hanno niente a che fare con la comunità" (termine ormai inflazionato) e sono funzionali solo ad un ruolo prefettizio dei distretti che grazie alla narrazione collegata al PNRR tentano di recuperare una competenza da tempo evaporata.

Il fallimento dell'esperienza Case della Salute non è da attribuire a questioni economiche ma piuttosto al mancato coraggio di portare fino in fondo quel progetto che avrebbe potuto dare forma a quel clima intellettuale e culturale territoriale innovativo ed autonomo già ricordato ma poco controllabile a livello istituzionale.

Da questo punto di vista può essere molto istruttivo analizzare la Delibera GPG/2016/2253 della Regione Emilia-Romagna dove, probabilmente, può essere evidenziato un esempio plastico di contro-riforma estremamente contorto che nella pratica ha bloccato ogni possibile evoluzione innovativa delle Case della Salute "Grandi".

L'esito negativo di questa stagione ha lasciato dietro sé profonde cicatrici individuabili in una aumentata sfiducia degli operatori nei confronti delle istituzioni e in un incremento delle differenziazioni (eufemismo) professionali ed assistenziali. Anche i recenti documenti che vanno per la maggiore dimostrano una intricata "assenza di pensiero", la mancata semplificazione che offusca la trasparenza, un serpeggiante contro-riformismo, una evidente inapplicabilità delle norme operative ("il mmg segato in due per fare due mezzi medici"), soprattutto l'incapacità di comparazione con altri concetti e altre esperienze palesata dalla numerosa produzione "potestativa" di normative cogenti.

(<https://www.brunoagnetti.it/2022/05/17/cosa-fa-oggi-e-cosa-dovrebbe-fare-oggi-e-domani-il-medico-di-medicina-generale/>).

Già nel lontano 27 giugno 2012 la stessa SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati) evidenziava alcune criticità evidenziate nella stesura dei documenti ufficiali dove si confondono periodi temporali; difficoltà nella comprensione delle disposizioni; farraginosità, contraddittorietà, ambiguità... ma da allora a tutt'oggi non sembra che siano cambiate le cose.

Anche il fenomeno delle liste d'attesa e la regolamentazione amministrativa delle priorità (UBDP) desta qualche criticità e probabilmente deriva da una mancanza di fiducia istituzionale nei confronti dei professionisti. Un collega medico di base ha raccontato il seguente episodio: nel mese di gennaio 2023 ha diagnosticato ad un assistito occasionalmente una severa Insufficienza renale (in relazione ai dati di laboratorio). Ha immediatamente provveduto a impostare una terapia adeguata associata a dieta e ad attività fisica.

Contestualmente ha provveduto personalmente, in considerazione del caso clinico, a prenotare una visita specialistica nefrologica urgente. L'appuntamento nel pubblico necessario anche per ufficializzare l'E.T. e poter ricevere i prodotti alimentari apoteici è stato fissato per metà maggio del 2023. Le liste d'attesa rappresentano la prima barriera all'accesso alle cure (quasi 4 milioni di cittadini hanno rinunciato alle cure nel 2022 e ancora nel 2023 pare che circa 2 milioni di persone siano senza medico di base).

Modelli e idee alternative per una vera riforma radicale delle Cure Primarie ve ne sono molte e lo stesso Prof. Cavicchi ne sintetizza alcune tra queste (terza via):

- coerenza con i “valori” di riferimento (è possibile elencarne alcuni: non maleficità, beneficenza, giustizia, autonomia, equità, qualità, trasparenza, sostenibilità, trasmissibilità, complessità, co-operazione, co-responsabilità collegiale...)
- “abolizione delle aziende” (invece che accorparle in mega-aziende) e ritornando ai consorzi per governare meglio la complessità dei malati spendendo molto meno.
- “modificazione del sistema retributivo” degli operatori puntando su gli esisti. Il sistema del governo clinico dovrebbe essere completamente scollegato da sistemi amministrativi/burocratici/economicistici; gli obiettivi verrebbero scelti, in accordo con le esigenze del SSN, anno per anno dagli stessi professionisti/operatori (clinici, assistenziali, organizzativi, relazionali, co-operativi...) incrementando così il senso di appartenenza e la condivisione delle responsabilità all’interno di una aggregazione professionale territoriale
- “produzione di salute” perché questo crea quella ricchezza in grado di bilanciare i costi della sanità.
- trasformazione del mmg in medico “autore” in grado di attuare una nuova prassi (“opera”).
- rendere il mmg “azionista della sanità pubblica” affidandogli responsabilità dirette sul processo decisionale e sulla gestione del SSN

Come possiamo evitare di arrivare al punto di non ritorno?

La sanità privata è ormai un sistema molto potente in tutte le regioni ed in tutte le provincie. È molto complesso pensare ad una sua revisione radicale. Sarebbe come affrontare le problematiche sorte con il finanziamento pubblico della Fiat ad iniziare dagli anni '70 aggravato da fatto che, oggi, gli occupati nella così detta sanità privata sono molto superiori al numero dei dipendenti della Fiat e la diffusione logistica del privato è capillare in tutto il paese. Vi sono precise responsabilità da attribuire ai decisori e alle forme di consociativismo. Alcune città dell’Emilia-Romagna, regione dove la narrazione ufficiale o i luoghi comuni porterebbero ad immaginare una maggiore diffusione del servizio sanitario pubblico, presentano una densità di strutture private sovrapponibile a quella della Lombardia.

Ciò che invece ha effettivamente condotto al capolinea di un binario morto sono stati i limiti culturali che si sono accumulati nel tempo e hanno interiorizzato un pensiero “privatocratico” generatosi proprio all’interno del Servizio Sanitario Pubblico. Da questa “regressività” è verosimile che nessuna regione e nessuna azienda può chiamarsi fuori. E’ quindi impossibile uscire da questo flusso di torrente in piena per ricostruire una “titolarità del pubblico” con chi, in questi anni, ha coltivato un pensiero unico e debole così monotono e ripetitivo (ossessivo?) da non permettere nemmeno un minimo di autocritica. Persistono infatti deliberazioni e narrazioni decontestualizzate ed antistoriche anche sul PNRR. Secondo la Corte dei Conti c’è un forte ritardo nella sua attuazione.

Le strutture in conto capitale sono progettate e deliberate senza mai coinvolgere nel processo decisionale (es.: sulla struttura/disegno architettonico) ex ante i professionisti che dovrebbero renderle efficienti ed anche efficaci. L’obiettivo delle aziende è molto orientato alla formazione “amministrata” degli operatori tanto che si prospetta una obbligatorietà fallimentare (“il mmg segato in due per avere a disposizione due mezzi medici”) per svolgere una parte del monte ore professionale tra le costruende Case della Comunità e gli ambulatori singoli o di proprietà.

Sembra che non esista la minima consapevolezza della realtà operativa quotidiana che impegna gli operatori territoriali (mmg, altri sanitari, servizi...). Il rovinoso impianto orario ipotizzato dal DM 77 diventa impossibile da realizzare pena un ulteriore declassamento valoriale dell’assistenza di base. Il diritto alla salute come “meta-valore” in questo modo non viene rispettato.

Quale giudizio diamo delle nostre esperienze riformatrici e contro-riformatrici?

A parte la già citata Riforma del 1978/ 833 le azioni riformatrici sembrano appartenere ad esperienze isolate e nascoste a causa di una qual diffidenza tra convenzionati innovativi e istituzioni. Chi riesce realizzare qualche aspetto creativo e riformatore, anche se non strutturato, desidera poter continuare ad operare silenziosamente per non rischiare di diventare oggetto di una invadenza amministrativa sapendo bene che l’esperienza pratica non potrà mai essere accolta così come viene applicata. Invece l’attività contro-riformatrice è molto attiva. È talmente pervasiva che nasce il sospetto che non vi sia nei decisori una piena

consapevolezza di come le situazioni vengano ingarbugliate così da causare la lenta erosione della sanità pubblica. Anche la pandemia (già dimenticata) e la questione del PNRR sembrano aver prodotto ora un fastidioso ed estraneo rumore di fondo che distrae gli operatori dal compito di affrontare ogni giorno la “complessità del nostro tempo”.

Che giudizio diamo del nostro macroscopico anti riformismo?

Inevitabilmente questa tendenza è molto forte, apparentemente inarrestabile. La globalizzazione (anche se attualmente potrebbe subire modificazioni profonde) e la finanza vincono sulla intelligibilità e sulle persone. La rassegnazione, l'individualismo, il singolarismo e il conseguente relativismo fa accettare, quasi passivamente, ogni forma di anti riformismo. Inoltre le logiche aziendali continuano ad essere concentrate su aspetti economicistici che vengono assunti come parametri meritocratici per distinguere i buoni dai cattivi clinici (sic!).

Per quale ragione le cose in sanità restano saldamente invariati?

Le sovrastrutture di potere gerarchico non possono essere modificate. È noto a tutti che un bilancio regionale per un 70-80% interessa la sanità. È un potere enorme... qualche volta capita che incroci anche il bene comune. Il mercato, la governance, l'economicismo sono diventati sinonimo di equità, giustizia, universalità, libertà ed hanno uniformato sotto questo ombrello qualsiasi modello culturale. Il mercato rappresenta un potente impatto ma crea anche amnesie immediate. Le norme e le circolari devono avvicinarsi velocissimamente così sono in grado di catturare l'attenzione.

Non importa se sono riforme o contro riforme. Come la circolare della Sisac pare suggerire più i testi sono contraddittori più creano infinite “chiacchiere”, finte attenzioni, spirali senza fine e giochi retorici. Ogni interpretazione è possibile. Quella che vince tuttavia è sempre la più forte. Che non significa che sia la più giusta.

Leggi gli altri interventi al Forum:

[Cavicchi](#), [L.Fassari](#), [Palumbo](#), [Turi](#), [Quartini](#), [Pizza](#), [Morsiani](#), [Trimarchi](#), [Garattini e Nobili](#), [Anelli](#), [Giustini](#), [Cavalli](#), [Lomuti](#), [Boccaforno](#), [Tosini](#), [Angelozzi](#).

Ivan Cavicchi

Per cambiare il destino della sanità pubblica oggi bisogna trovare un luogo, una sede, un momento di confronto, un pensiero, da condividere per discutere come fare, e buttare giù almeno una piattaforma di lotta che richiami in piazza la gente con l'obiettivo esplicito di voltare pagina e dare avvio ad un negoziato sul futuro tanto del diritto alla salute che della sanità pubblica. In passato la CGIL ha fatto questo e molto altro. Forse oggi essa è l'unica in grado di offrire quanto meno uno spazio dove pensare tutti insieme il cambiamento che ci serve.

26 APR – Mi è sembrato politicamente molto significativo l'articolo di [Daniela Barbaresi](#), la segretaria confederale della CGIL nazionale, che per conto del più grande sindacato del paese ha la responsabilità, tra le altre cose, della sanità.

Il suo intervento si inquadra in un programma di mobilitazione generale della CGIL contro le politiche del governo nel quale, come proprio il suo articolo dimostra, la questione del diritto alla salute e della difesa della sanità pubblica è certamente questione politica centrale.

Meta-valore e emancipazione

Solo se il sindacato farà propria la grande questione della salute la battaglia contro le politiche, insisto "darwiniane", di questo governo, potrà essere vinta ([QS 18 aprile 2023](#)).

Ricordo che la salute, in particolare per la CCIL, non è mai stata una questione solo tecnico-sanitaria ma è sempre stata una primaria questione politica di emancipazione dei cittadini dei lavoratori, delle donne, dei soggetti sociali deboli, dalle ingiustizie, dalle diseguaglianze, dagli svantaggi, di questa società capitalista che ricordo essendo per definizione "capitalista" è una società a priori diseguale e ingiusta che va cambiata.

La salute è un "meta-valore" perché la sua affermazione implica l'emancipazione dei cittadini cioè la necessità vincolante di cambiare le ingiustizie di questa società.

La salute come meta-valore è un diritto anti-retorico perché senza riforme (quelle vere) esso rimarrebbe una petizione di principio. Infatti la salute (la famosa prevenzione della 833) nel nostro sistema pubblico nonostante le premesse di legge è rimasta una petizione di principio e nulla di più.

Il diritto alla salute come meta-valore rappresenta un inevitabile critica a questo sistema definito, prima di tutto dall'economia, quindi non in modo ideologico come "capitalistico".

Capitalismo e Costituzione

Non mi si fraintenda. Se parlo di "capitale" è solo ricordare tre cose che ci siamo dimenticati:

nella Costituzione l'art. 32 rappresenta il tentativo di rendere "compossibile" (non compatibile) l'idea di diritto dentro comunque una società capitalistica data come tale.

l'art. 32 si riaggancia di fatto a quei tentativi anche teorici di conciliare in qualche modo l'idea di liberalismo a quella di socialismo (Rosselli, Bobbio, ma anche Rawls, Amartya Sen e perché no lo stesso Maccacaro e in qualche modo la stessa CGIL se pensiamo alla sua storica esperienza della salute in fabbrica).

la legge di riforma sanitaria del '78 fu definita da molti, e non a torto, una "legge socialista" perché essa non solo nazionalizzava la sanità pubblica istituendo il SSN, ma soprattutto perché la salute, come diritto, in essa aveva un innegabile significato "socialista" quindi "anti-capitalistico".

All'ombra dell'Ulivo

I guai sono iniziati quando questo significato innegabilmente "socialista" della legge 833 fu cancellato:

negli anni '90 con l'avvento "dell'Ulivo" cioè con la ben nota alleanza di centro- sinistra,

quindi con le ben note controriforme che esso ha prodotto (aziendalizzazione e privatizzazione).

L'Ulivo, da cui sono nate queste controriforme, era un minestrone ideologico con dentro praticamente di tutto. È grazie all'Ulivo che prima è affogato l'art. 32 della Costituzione e poi il processo di riforma sanitaria del '78.

Se la sanità fosse rimasta “socialista” (mi si passi la battuta) come era scritto sia nell’art. 32 che nella 833, oggi, probabilmente non avremmo il problemone della “grande marchetta”. Ma io per primo conosco le fallacie dei ragionamenti controfattuali.

L’antifatalismo della CGIL

La cosa che ho apprezzato dell’articolo di Daniela Barbaresi, oltre il taglio critico sulle politiche finanziarie del governo e sul ministro della salute è il suo inequivocabile anti-fatalismo politico.

Il fatalismo come è noto è una filosofia secondo la quale il mondo è governato da una necessità ineluttabile del tutto estranea alla volontà e all’impegno dell’uomo.

Al contrario Daniela Barbaresi afferma una cosa importante: “Il destino del SSN è da riscrivere e vogliamo farlo con il mondo del lavoro, con i pensionati, con l’associazionismo civico e con tutte le donne e gli uomini che si riconoscono nei principi fondanti il SSN: universalità, uguaglianza ed equità”.

Come dire è possibile cambiare ciò che fino ad ora pensavamo irreversibile. Personalmente la penso come lei.

Idee movimento e riforma

Ma riscrivere il destino, come ci insegna la mitologia, non è proprio una passeggiata per questo ritengo che l’anti-fatalismo contro il governo di destra, abbia bisogno, se vuole diventare pratica politica sicuramente di due cose:

- di idee per promuovere un movimento di idee, quello in grado di riempire le piazze e che per ovvie ragioni deve essere di natura “socialista” nel senso prima detto dell’art. 32 e della 833.
- di definire una contro-prospettiva, un “contro destino” chiaro semplice fattibile, quindi una riforma del contro-riformismo dell’Ulivo, che sia la meno generica possibile e la più praticabile.

Il ruolo delle piazze

Le piazze servono per convincere il governo ma esse non si riempiono con le ragioni di coloro che hanno messo in ginocchio la nostra sanità. Tutti gli appelli o le proposte che si limitano a chiedere al governo più finanziamenti ma per rifinanziare le contro-riforme fatte, sono visibilmente farlocche quindi, per quanto mi riguarda, inaccettabili. E sono farlocche non per ragioni ideologiche ma per ragioni molto concrete. Esse per prime oggi nella super crisi sono finanziariamente impossibili

Proprio la CGIL mi ha insegnato, che non si va mai allo scontro politico su degli obiettivi impossibili. Anche se hai un esercito non si vince mai né con le proposte sbagliate né con le chiacchiere né con gli inganni e meno che mai chiedendo la Luna. Come diceva Gramsci si vince se la tua prassi è quella della verità e del realismo.

Cosa si chiede e cosa si propone?

Un mese circa dopo la nascita del governo di destra la Cgil varò una piattaforma “Per uno Stato Sociale forte, pubblico e universale” nella quale un grande spazio era riservato alla questione sanità.

In essa tutti i sacri principi della 833 e dell’art. 32, nonostante le controriforme fatte dall’Ulivo, erano tutti ribaditi, anche se solo purtroppo solo come petizioni di principio.

Quella importante piattaforma, se al momento funzionò come una prima risposta politica al governo di destra, facendo semplicemente un inventario oggettivo dei problemi della sanità, non si poneva però, almeno esplicitamente, l’obiettivo di “cambiare il destino” della sanità, anche perché a quel tempo non era proprio chiaro che questo destino fosse, grazie al governo di destra, automaticamente in pericolo.

Alla fine, per quella piattaforma, il destino della sanità era già stato deciso dalle politiche che erano state fatte prima della Meloni per cui questo destino si trattava semplicemente di rifinanziarlo.

Oggi se proprio volessimo cambiare il destino della sanità quella piattaforma secondo me quanto meno dovrebbe essere riformulata.

Due punti deboli

In essa c’erano due punti politici deboli che dobbiamo per forza aggiustare:

in essa erano certamente elencati tutti i principali problemi della sanità ma erano ignorate tutte le grandi contraddizioni politiche e finanziarie che nacquero con le controriforme dell'Ulivo quindi con l'uccisione dell'albatros ([QS 8 aprile 2023](#)).

in essa la logica era quella classica della rivendicazione sindacale: io sindacato chiedo soldi e tu governo me li dai, ma oggi un sindacato serio, come indubbiamente è la CGIL, non può in una super crisi che per prima pone un problema oggettivo di risorse, chiedere i soldi che non ci sono e senza avere garanzie sulla loro reperibilità e spendibilità.

Come spendere, prima ancora di quanti soldi

Cioè oggi non si possono chiedere soldi senza un negoziato su come spenderli ma solo perché i soldi fino ora usati per la sanità sono stati davvero spesi male molto male e perché in un accordo sulla loro spendibilità l'accordo in sé è già un finanziamento.

Non c'è alcun dubbio che sarebbe una buona cosa togliere soldi alla guerra per darli alla sanità o mettere una patrimoniale per rifinanziare la sanità quindi fare una riforma fiscale, ma campa cavallo che l'erba cresce. E anche se togliessimo i soldi alla guerra e facessimo una riforma fiscale il problema resta: come spendiamo i soldi che ci servono?

Tra passato e futuro

Ribadisco che nella piattaforma della CGIL i soldi che si chiedevano al governo servivano non per riformare il destino della sanità ma per ribadirlo nonostante esso implicasse la fine della sanità pubblica e del diritto alla salute.

Quindi chiedo: i soldi che la Meloni dovrebbe darci servono per rifinanziare il "passato" a contraddizioni invariante come ci propone la Bindi e il "movimento per la sanità pubblica" e i tanti riformatori farlocchi? O i soldi che ci servono, al contrario, li dobbiamo usare per finanziare il "futuro" cioè una sanità pubblica altra, diversa, da quel pasticcio fallimentare fatto dall'Ulivo negli anni '90 e che oggi ci ha portato alla rovina?

E con la questione sostenibilità come la mettiamo?

Ricordo a tutti che il sistema mutualistico è crollato per ragioni di sostenibilità e che oggi il nostro SSN sta facendo la stessa fine non solo perché il problema ereditato delle mutue non siamo riusciti a risolverlo ma anche perché quel problema lo abbiamo aggravato e esasperato. Con la "grande marchetta" il problema di sostenibilità si è amplificato indicando alla destra come unica strada di uscita non la soluzione pubblica come sostiene la CGIL ma una ancora più estesa privatizzazione.

Siccome il "passato" della sanità dal punto di vista economico, a causa delle sue enormi contraddizioni privato/pubblico è oggettivamente insostenibile, chiedo: quale futuro per la CGIL è al contrario sostenibile? La contraddizione quindi della "grande marchetta" non illudetevi, lo ha detto anche l'Ocse con chiarezza, non è più possibile rimuoverla.

Oggi la sanità per il governo Meloni nella super crisi è insostenibile ma solo perché nella super crisi è la sua privatizzazione a carico del fisco che la rende tale.

Oggi la sanità per essere sostenibile deve tornare ad essere pubblica e il privato deve tornare ad essere privato quindi, come diceva chiaramente la 833, a spese proprie non a spese del fisco. La 833 non ha mai detto che il privato non è ammesso ma ha sempre detto che il privato, a parte quello convenzionato, se lo paga il privato. Oggi il privato almeno in parte è pagato dallo Stato. Questa è "la grande marchetta".

Un mucchio di gente a sinistra chiede senza rendersi conto di andar contro la 833 contro la 833 di rifinanziare la "grande marchetta", ma se dovessimo rifinanziare solo il costo equivalente all'out of pocket, la Meloni ci dovrebbe dare 37 mld. E dove si trovano oggi 37 mld sull'unghia?

Negoziare il cambiamento

E poi un mucchio di gente, sempre a sinistra, chiede soldi ma a invarianza di contraddizioni cioè senza mai riformare niente. La Cgil mi ha insegnato che per avere bisogna negoziare e che negoziare significa spesso fare delle transazioni. La transazione ha due significati: quello dello scambio e quello dell'accordo. Cosa siano disponibili a scambiare? E su cosa siamo disponibili ad accordarci?

Chiedo: quali sono le transazioni che siamo disposti a fare per avere indietro l'art. 32, l'albatros che l'Ulivo ha fatto fuori con le sue controriforme e che ora il governo di destra ci ripropone tout court?

Un unico grande diritto una sola grande piattaforma

Quindi la vera grande partita secondo me anche per la CGIL alla fine resta l'art. 32: è possibile o no recuperare la "natura socialista" di cui parlavo prima del diritto alla salute, quella natura cancellata inopinatamente dall'Ulivo quando con i suoi ministri comandava sulla sanità e sulla sinistra?

Credo che sia impossibile cambiare il destino della sanità se l'albatros, cioè l'art. 32, non ritornasse in vita.

Se si continua a privatizzare la sanità quindi a speculare sullo sfruttamento delle malattie per il diritto alla salute non ci sarà mai la possibilità per il diritto alla salute di diventare una meta-valore.

Quindi chiedo: quali sono le condizioni negoziabili con il governo per avere indietro l'art. 32?

Sfruttare le malattie o la salute?

Anziché "sfruttare" le malattie è possibile "sfruttare" la salute? E' possibile o no anche in questa società capitalistica riformare le convenienze dell'economia? Cioè agire la mia idea, che a molti appare bislacca, di compossibilità?

Secondo me è possibile. Me ne sono reso conto proprio quando in CGIL (anni '90) dirigevo il dipartimento "Ambiente e salute". Allora scrissi un libro "La nuova previsione" con la prefazione di Bruno Trentin con il quale spiegavo che la fabbrica e l'ambiente sono compossibili solo se la loro relazione è senza contraddizioni quindi se entrambi condividono una comune idea di salute. Un comune diritto.

Allora non era facile sostenere la tesi dell'unificazione in un solo diritto della salute e dell'ambiente e solo di recente il diritto all'ambiente è stato ammesso in Costituzione ed è diventato un diritto di quarta generazione.

Oggi con queste modifiche unificare il diritto è possibile e come. Oggi è possibile dire che ambiente e salute insieme producono ricchezza e che questa ricchezza è la prima garanzia di sostenibilità del sistema sanitario pubblico.

La Bindi ci ha spiegato che la "grande marchetta" era necessaria per rendere la sanità pubblica sostenibile, ([QS 23 gennaio 2023](#)). Cioè che la sanità pubblica non era autosufficiente e che solo il privato poteva salvarla. Una grande fesseria che oggi è possibile smascherare in tutta la sua falsità e in tutta la sua strumentalità ma alla quale anche molta gente di sinistra e della CGIL ha creduto.

Conclusione

Per cambiare il destino della sanità pubblica oggi bisogna trovare un luogo, una sede, un momento di confronto, un pensiero, da condividere per discutere come fare, e buttare giù almeno una piattaforma di lotta che richiami in piazza la gente con l'obiettivo esplicito di voltare pagina e dare avvio ad un negoziato sul futuro tanto del diritto alla salute che della sanità pubblica.

In passato la CGIL ha fatto questo e molto altro. Forse oggi essa è l'unica in grado di offrire quanto meno uno spazio dove pensare tutti insieme il cambiamento che ci serve.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113205

la Repubblica

Bill Gates: "Non siamo pronti per prevenire il prossimo incendio" (Bill Gates, Quotidiano Sanità)

Bill Gates

Dopo il Covid, il filantropo teme che stiamo commettendo gli stessi errori. Ma non è tardi per impedire che la storia si ripeta

Provate a immaginare che nella vostra cucina scoppi un piccolo incendio. Suona l'allarme e avvisa del pericolo chiunque si trova nei dintorni. Qualcuno chiama il 911 (il numero per le emergenze negli Usa, ndr). Cercate di spegnere le fiamme da soli, forse avete addirittura un estintore sotto il lavandino. Se non ci riuscite, sapete già come mettervi in salvo senza problemi. Quando uscite, vedete che è già in arrivo il camion dei vigili del fuoco che usano l'idrante di fronte a casa vostra e spengono le fiamme prima che la casa di uno qualsiasi dei vostri vicini corra il rischio di prendere fuoco.

Dobbiamo prepararci a combattere l'insorgere delle malattie proprio come ci prepariamo a combattere gli incendi. Se si lascia che divampi e vada fuori controllo, un incendio rappresenterà un pericolo non soltanto per una casa, ma per una comunità intera. Lo stesso vale per le malattie infettive, tranne che queste possono espandersi su una scala di gran lunga più grande. Come abbiamo imparato fin troppo bene dal [Covid](#), un focolaio in una città può diffondersi rapidamente a un Paese intero e poi a tutto il mondo.

Quando per la prima volta ha definito il Covid-19 una pandemia, poco più di tre anni fa, l'Organizzazione mondiale della sanità ha mostrato il culmine del fallimento collettivo nella preparazione nei confronti delle pandemie, malgrado molteplici segnali di avvertimento. Temo che stiamo commettendo di nuovo gli stessi errori. La comunità internazionale non ha fatto granché per prepararsi alla prossima pandemia come speravo. Ma non è troppo tardi per impedire che la Storia si ripeta. Il mondo ha bisogno di un sistema ben finanziato pronto a entrare in azione non appena si presenta un pericolo. Ci serve un dipartimento di vigili del fuoco per i focolai delle pandemie.

Sono ottimista in relazione alla rete denominata Global Health Emergency Corps che l'Oms e i suoi partner stanno creando. Si tratta della compagine dei massimi responsabili delle emergenze sanitarie di tutto il mondo, che lavoreranno insieme per essere pronti per la prossima pandemia. Proprio come i vigili del fuoco conducono esercitazioni per impratichirsi nella risposta a un incendio, così l'Emergency Corps sta programmando di esercitarsi per intervenire in caso di focolaio. Queste esercitazioni garantiranno che tutti – governi, operatori sanitari, personale sanitario addetto al pronto intervento – sappiano esattamente cosa fare in presenza di un possibile focolaio.

Uno dei compiti fondamentali di questa unità sarà passare rapidamente all'azione per fermare la diffusione dell'agente patogeno. La velocità d'intervento esige che i Paesi abbiano la capacità di condurre analisi su vasta scala per poter individuare prima possibile le eventuali minacce. Fondamentale è la vigilanza ambientale, per esempio con le analisi sulle reti fognarie, perché nei rifiuti organici umani possono comparire molti patogeni. Qualora il campione d'analisi su un prelievo fognario risultasse positivo, dovrebbe subito intervenire e dispiegarsi nell'area colpita una squadra di pronto intervento, incaricata di individuare chi è contagiato, realizzare un piano operativo e far partire le indispensabili istruzioni per insegnare alla collettività come prestare la massima attenzione e restare al sicuro dal contagio.

Come il [Covid-19](#) ha dimostrato, una pandemia è un problema da migliaia di miliardi di dollari, e attenuare il pericolo non dovrebbe dipendere da volontari. Quel che serve è un corpo formato da professionisti di ogni Paese e regione, e la comunità internazionale deve scoprire come retribuirli per il tempo che trascorrono preparandosi e reagendo alle minacce transnazionali. Dovranno essere in grado di dispiegare squadre di professionisti pronti all'azione per dare una mano a controllare i focolai là dove scoppieranno.

Per avere successo, l'Emergency Corps dovrà fare tesoro delle reti di esperti già esistenti, e nella sua risposta all'epidemia dovrà essere guidato dai responsabili delle agenzie sanitarie pubbliche nazionali e dai loro contatti. È difficile per qualsiasi Paese impedire da solo che una malattia si diffonda. Molti degli interventi

più significativi richiedono infatti sincronismo ai più alti livelli di governo. Il mondo deve prepararsi a un allarme d'incendio multiplo, del tipo che richiede l'intervento di numerose squadre di vigili del fuoco e di dipartimenti diversi.

Questi tipi di incendi sono rari, ma quando scoppiano non c'è tempo da perdere. Le autorità locali devono sapere di poter contare su una moltitudine di vigili ben addestrati e in grado di lavorare insieme senza problemi. Non potranno arrivare dove è scoppiato l'incendio e scoprire soltanto allora che le loro manichette non si adattano all'idrante più vicino o di avere un approccio completamente diverso da quello delle altre unità di pompieri. L'Emergency Corps si accerterà che i vari Paesi e i vari sistemi sanitari siano coordinati prima di un'emergenza, così che durante la crisi tutto funzioni benissimo.

Ed è qui che la pratica porta alla perfezione. Conducendo esercitazioni e simulazioni, l'Emergency Corps scoprirà le aree in cui i Paesi e le autorità non sono pronti e aiuterà fin da subito a metterli in condizione di lavorare bene. È anche importante esercitarsi per vari tipi di patogeni diversi. Le malattie respiratorie umane sono molto preoccupanti, perché possono diffondersi rapidamente in tutto il globo. (Basti pensare a quanto velocemente si è diffuso il Covid.) Ma non sono l'unico pericolo. E se il prossimo patogeno in grado di far scoppiare un'altra possibile pandemia si diffondesse dai droplet? E se invece fosse trasmissibile sessualmente come l'Hiv? E se fosse il risultato di bioterrorismo? Ogni scenario richiede una risposta diversa, e l'Emergency Corps può contribuire a far sì che la comunità internazionale si prepari nei confronti di tutti.

Non possiamo permetterci di essere presi ancora alla sprovvista. La comunità internazionale deve agire adesso per far sì che quella del Covid-19 sia l'ultima pandemia, e una delle decisioni più importanti che possiamo prendere per sostenere i massimi esperti sanitari mondiali – l'Oms – è investire nel Global Health Emergency Corps, così che possa lavorare al meglio delle potenzialità.

Questo esigerà due cose: primo, dovranno prendervi parte i leader della sanità pubblica di tutti i Paesi. La prossima pandemia potrebbe scoppiare in un posto qualsiasi, e quindi l'Emergency Corps dovrà contare sull'esperienza di ogni angolo del pianeta, comprese le agenzie nazionali di ricerca e lotta alle malattie come il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie e l'Istituto sanitario nazionale degli Stati Uniti. Secondo, è indispensabile che i Paesi più ricchi facciano un passo avanti e forniscano i finanziamenti per trasformare tutto questo in realtà.

Credo che l'Oms rimanga uno degli strumenti migliori a nostra disposizione per aiutare i Paesi a spegnere i focolai delle malattie, e credo che il Global Health Emergency Corps rappresenterà un progresso apprezzabile verso un futuro esente da pandemie. La vera domanda è se abbiamo la lungimiranza per investire in quel futuro adesso, prima che sia troppo tardi.

https://www.repubblica.it/esteri/2023/03/22/news/bill_gates_pandemie_del_futuro-393300838/?ref=RHLF-BG-P4-S2-T1

la Repubblica

Il permafrost dell'Artico è una bomba a orologeria (Sandro Iannaccone, Quotidiano Sanità)

Sandro Iannaccone

I ghiacci artici – in via di scioglimento a causa del riscaldamento globale – sono contaminati con materiali radioattivi, metalli pesanti, insetticidi e altri veleni. E presto verranno tutti alla luce

Una bomba inesplosa dorme sotto il permafrost Artico. Ce l'abbiamo sepolta noi, naturalmente: è il risultato di decenni di operazioni minerarie, trivellazioni alla ricerca di petrolio e gas, costruzioni di basi militari e industriali. Ed è fatta di materiali radioattivi, metalli pesanti, insetticidi, combustibili e veleni vari: la classica spazzatura nascosta sotto al tappeto, insomma. Ma purtroppo il tappeto sta per essere alzato, perché il riscaldamento globale sta disgelando rapidamente il permafrost, dissotterrando così tutto ciò che ci abbiamo nascosto. Uno studio appena pubblicato su [Nature Communications](#) ha svelato le proporzioni del problema: secondo gli autori del lavoro, esperti della Permafrost Research Section all'Alfred Wegener Institute Helmholtz Centre for Polar and Marine Research di Potsdam e di altri istituti di ricerca, il permafrost artico ospiterebbe tra 13mila e 20mila siti contaminati, e quasi 5mila di essi saranno soggetti a disgelo entro la fine

del secolo. Una stima che potrebbe addirittura essere al ribasso, dal momento che l'Artico si sta riscaldando quattro volte più velocemente del resto del pianeta e il disgelo potrebbe ulteriormente accelerare.

"Il presupposto, per lungo tempo, è stato che il permafrost fosse una barriera idrogeologica destinata a rimanere per sempre così com'era", ha spiegato Moritz Langer, esperto dell'Alfred Wegener Institute e della Vrije Universiteit Amsterdam e primo autore del lavoro. "Ed è durato per tutti gli anni Settanta, Ottanta e parte dei Novanta, un periodo in cui il riscaldamento globale e il problema del disgelo del permafrost non erano ancora così studiati". Oggi sappiamo che non è così, ma potrebbe già essere troppo tardi (come ci avrebbe dovuto insegnare il [disastro di Norilsk](#)): stando allo studio di Langer e colleghi, il 70% dei siti contaminati si trova in Russia, e la maggior parte dei rimanenti in Alaska, Canada e Groenlandia; alcuni di essi sono afferenti a strutture ancora operative (e dunque ancora inquinanti), e molti sono di difficile accesso (e dunque di difficile bonifica).

Quando il permafrost si scioglie, i contaminanti si sversano nei fiumi e nei laghi, compromettendo la salute degli ecosistemi locali e, in alcuni casi, anche le sorgenti di acqua potabile - il che "rappresenterà uno scenario molto pericoloso per le persone che vivono nell'estremo nord", aggiunge Langer - e infine finiscono nell'oceano, arrivando praticamente ovunque. "Il nostro studio mostra che incidenti come quello di Norilsk potrebbero essere sempre più frequenti", dice ancora l'esperto, "ed è assolutamente necessario studiare il fenomeno più in dettaglio, per comprendere qual è la reale portata del rischio. Finché non avremo a disposizione dati più estensivi, la nostra scoperta dovrebbe essere considerata una stima piuttosto 'conservativa': la scala reale del problema potrebbe essere molto più grande".

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/04/21/news/disgelo_permafrost_artico_sostanze_tossiche-396933989/?ref=RHVB-BG-I271182744-P3-S4-T1

Programme of the European Union: European State of the Climate Summary 2022 (ECMEF)





Giornata della Terra, Petrini: "Inizia un'epoca ecologicamente più saggia" (La Repubblica, Carlo Petrini)

Carlo Petrini

Cambiamo rotta rispetto ai nostri stili di vita e di produzione, ma anche rispetto al rapporto con la terra e con i mari per costruire un futuro più verde e più equo. Solo così possiamo proteggere salute, famiglie e natura. Come ogni 22 aprile, anche quest'anno si celebra la giornata mondiale della Terra. Il tema quest'anno è "Invest in our Planet", investi nel nostro pianeta.

L'invito è a governi, imprese, cittadini a investire nel pianeta e nelle generazioni future. È necessario cambiare rotta rispetto ai nostri stili di vita e di produzione, rispetto al rapporto con la terra e i mari e costruire un futuro più verde e più equo invitando tutti a fare la propria parte.

Non abbiamo tempo da perdere, occorre attivarsi subito per proteggere la salute, le famiglie, l'ambiente e la giustizia sociale: perché tutto è connesso. Infatti, per meglio onorare il Pianeta in cui viviamo, è doveroso assumere come postulato di base il concetto di ecologia integrale.

Il primo a parlarne è stato Papa Francesco, il quale ha impostato l'interezza delle sue rivoluzionarie tesi - espresse nella Laudato Si' - proprio su questo paradigma. Il valore che lo stesso pontefice riconosce dietro a questo binomio è uno solo: non è più possibile pensare e approcciarsi all'ambiente come fosse un'entità distinta da noi stessi.

La Terra siamo noi. Sebbene ritenga che questo concetto non sia ancora passato del tutto sia all'interno della società civile (sia essa di matrice credente o no) sia, soprattutto, all'interno delle alte sfere politiche; in questa giornata di celebrazione voglio evidenziare alcuni segnali positivi emersi nelle ultime settimane.

Mi sto riferendo in maniera particolare alla richiesta mossa dall'Assemblea delle Nazioni Unite alla Corte Internazionale di Giustizia al fine di stabilire gli obblighi dei singoli Stati in materia di cambiamento climatico. O alla netta posizione presa all'unanimità dal Parlamento Europeo affinché venga riconosciuto all'interno della legislazione comunitaria il reato di ecocidio.

Sempre in ambito europeo, per la prima volta la Corte Europea dei diritti dell'Uomo è stata chiamata a decidere sulle misure con cui uno Stato dovrà ridurre in maniera effettiva le emissioni di gas serra al fine di tutelare i diritti umani della propria popolazione.

Che la situazione climatico-ambientale sia arrivata a uno stadio di irreversibilità è ormai sotto gli occhi di tutti. E forse risulta essere un po' troppo tardi per studiare delle contromosse - la prima richiesta di riconoscimento dell'ecocidio arrivata a livello internazionale è di oltre 50 anni fa. Tuttavia, queste notizie dello scorso marzo sembrano andare proprio nella direzione indicata da Bergoglio.

Anche se circoscritti all'ambito giuridico legislativo, questi segnali possono rappresentare una boccata d'ossigeno (mai espressione fu più giusta). Quello che ne emerge infatti è la grande responsabilità che come esseri umani abbiamo nella salvaguardia della salute del Pianeta.

Non si dovrebbe arrivare al punto di disciplinare il comportamento dei singoli o delle imprese attraverso doveri e sanzioni per evitare il perpetrarsi di azioni che, arrecando danni alla salute degli ecosistemi, danneggiano la vita di tutti gli esseri viventi, ma purtroppo, vista la situazione, è necessario.

Dunque, stiamo forse uscendo da una situazione di totale inazione e la cosa più confortante è che questi provvedimenti creano un precedente assoluto anche a livello politico; ovvero quello che incredibilmente è mancato sino a oggi.

Il mio auspicio più grande è che questo rappresenti il vero inizio di un'epoca più ecologicamente saggia: non possiamo proprio più permetterci un'ulteriore falsa partenza.

La Terra ci porta in grembo, ci nutre, e noi ne siamo parte integrante. Come la nostra Terra Madre è in grado di ricompensare ogni nostra fatica attraverso la biodiversità di prodotti che è in grado di donarci. Così noi dobbiamo iniziare a dimostrare di saper avere cura e rispettare ogni singola forma di vita con cui conviviamo. Solo sentendoci parte di una grande comunità ecologica possiamo risanare un rapporto con la natura ormai fortemente compromesso. E solo glorificando in maniera effettiva e continuativa gli ecosistemi che coabitiamo possiamo tornare a godere del vero gusto della vita.

https://www.repubblica.it/il-gusto/2023/04/22/news/giornata_della_terra_petri_nizia_unepoca_ecologicamente_piu_saggia-396556146/?ref=RHRM-BG-P5-S1-T1



Impatto del cambiamento climatico sulla salute e sulle malattie infettive (IOZ, Alice Matone et al.)

Alice Matone, PhD, freelance journalist, researcher and medical writer

Lara Tavoschi, Dipartimento di Ricerca traslazionale e Nuove tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

David Rocchi, medico chirurgo, specializzando in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Ricerca traslazionale e delle Nuove tecnologie in Medicina, Università di Pisa

Marco Verani, professore associato di Igiene generale e applicata - Dipartimento di Biologia - Università di Pisa

Valentina V. Ebani, professore associato di Malattie infettive degli animali, Dipartimento di Scienze veterinarie, Università di Pisa

Luigi Sanita' di Toppi, professore ordinario di Botanica generale - Professor of General Botany, Dipartimento di Biologia, Università di Pisa

Alessandro Massolo, Ethology Unit, Dipartimento di Biologia, Università di Pisa

La nostra salute risente gravemente del cambiamento climatico, in molti e diversi modi: è questo il tema a cui è dedicata la terza giornata della Settimana europea della salute pubblica (European Public Health Week – EPHW 16-20 maggio 2022), intitolata Climate change affects our health.

Il cambiamento climatico minaccia gli elementi essenziali per la nostra vita, come l'aria pulita, l'acqua potabile e l'approvvigionamento alimentare, e rischia di inficiare su decenni di progressi nella salute globale tramite fenomeni diretti e indiretti, fra cui gli eventi meteorologici estremi sempre più frequenti, l'interruzione dei sistemi alimentari, l'aumento delle malattie trasmesse dal cibo, dall'acqua e dai vettori. In un clima che cambia stanno cambiando anche la frequenza e la distribuzione di molte malattie infettive: le condizioni climatiche stanno diventando sempre più adatte alla trasmissione di molteplici agenti patogeni, influenzando direttamente le loro caratteristiche biologiche (come crescita, sopravvivenza e virulenza) e dei loro vettori, e favorendo indirettamente la trasmissione attraverso la modifica degli ecosistemi e i cambiamenti nel comportamento umano. L'aumento delle temperature e delle precipitazioni possono promuovere una serie di infezioni, da quelle trasmesse da vettori, a infezioni enteriche, alle malattie parassitarie (The Lancet Microbe, 2021).

Gli effetti dei cambiamenti climatici sulla trasmissione e diffusione dei parassiti

Circa il 60% delle malattie infettive sono zoonosi (i.e. vengono trasmesse dagli animali all'uomo), e di queste oltre il 70% ha come serbatoi gli animali selvatici (K. E. Jones et al., 2008). Tra i patogeni zoonotici, molto comuni sono i parassiti (i.e. organismi che per riprodursi necessitano di altri organismi 'ospiti') ospitati dalla fauna selvatica normalmente presente in ambienti naturali (parchi) e seminaturali (parchi urbani e aree agricole). I cambiamenti climatici alterano le comunità animali e le reti ecologiche cui essi appartengono attraverso una varietà di effetti più o meno diretti come il cambiamento delle condizioni di temperatura e umidità che rendono i territori più o meno adatti alla presenza di alcune specie, oppure la riduzione o aumento degli habitat idonei (riduzione o aumento di certe categorie di boschi o di aree a prevalenza erbacea naturale) e quindi anche della disponibilità di risorse alimentari loro disponibili (i.e. le prede per i predatori, certi tipi di vegetazione per gli erbivori). Questi cambiamenti, alterando la

composizione delle reti ecologiche, facilitano alcune specie a discapito di altre. Attraverso l'alterazione delle reti ecologiche, vi sono effetti a caduta (sia facilitatori, sia inibitori) anche sui parassiti che sono presenti in queste reti (negli ospiti) e che sfruttano le loro interazioni (p.es. predazione) per la loro trasmissione (V. Medoc et al., 2017).

Oltre agli effetti indiretti mediati dall'alterazione delle comunità, i cambiamenti climatici possono agire anche direttamente sulla sopravvivenza dei parassiti quando questi presentino degli stadi di sviluppo all'esterno degli ospiti. In queste fasi, le condizioni microclimatiche di temperatura e umidità possono determinare o meno la sopravvivenza di questi 'propaguli' parassitari. È proprio questo effetto combinato dei cambiamenti climatici sulle comunità di ospiti e sulla sopravvivenza dei propaguli parassitari che ha potenziali conseguenze sulla diffusione dei parassiti zoonotici, con risultati non sempre prevedibili. Alcuni parassiti con cicli complessi sono di grande interesse come, per esempio, le specie del genere *Echinococcus*: alcune specie del complesso *E. granulosus* s.l. e *E. multilocularis* sono gli agenti eziologici di due delle più rilevanti malattie parassitarie di origine alimentare al mondo, l'Echinococcosi Cistica e l'Echinococcosi Alveolare (P. Deplazes, 2017).

È quindi fondamentale studiare gli effetti di tali cambiamenti sulle reti ecologiche, sulla loro composizione e funzionamento, per predire come si riverberino sulla trasmissione di patogeni zoonotici, e pianificare possibili azioni di prevenzione e mitigazione di questi effetti.

Infezioni e altre malattie idrotrasmesse

I cambiamenti climatici sono alla base negli ultimi anni dell'aumentata incidenza di malattie infettive idrotrasmesse. Gli eventi estremi, come le frequenti ed intense piogge, possono causare direttamente l'aumento della concentrazione di agenti patogeni a seguito del fenomeno dell'overflow (straripamento) dei reflui negli impianti di depurazione con conseguente contaminazione delle acque superficiali, e indirettamente, incidendo sull'efficienza degli stessi impianti, della rete fognaria e della distribuzione di acqua potabile. Gli agenti virali enterici, quali Enterovirus, Norovirus, Adenovirus, Virus delle epatiti A ed E, e Rotavirus, sono i principali microrganismi associati alla contaminazione idrica legata a tali eventi data la maggior resistenza ai trattamenti depurativi rispetto ai batteri (A. Carducci, M. Verani, 2013) che tuttavia sono stati segnalati responsabili di epidemie (*E. coli*, *Campylobacter*, *Salmonella*) (M. Islam et al., 2021).

Un ulteriore fattore climatico estremamente importante è rappresentato dall'innalzamento della temperatura che può determinare a livello delle acque potabili l'aumento della sopravvivenza delle cisti di protozoi patogeni, come *Cryptosporidium* spp., e della concentrazione di batteri (es. *Vibrio* spp.) storicamente responsabili di sindromi gastroenteriche anche per contaminazione di prodotti alimentari legati alle acque naturali (molluschi, crostacei) (A. Greer et al., 2008).

Inoltre, gli effetti dei cambiamenti climatici hanno una ripercussione sulla diffusione di specie di cianobatteri produttori di tossine che possono contaminare la filiera di potabilizzazione e la catena alimentare, a causa del loro trasporto, attraverso le forti piogge, negli impianti di acquacoltura costiera. L'aumento delle temperature del mare influenza anche il fenomeno delle fioriture algali tossiche (*Ostreopsis* spp.), intensificate sia temporalmente che per estensione geografica. Le tossine prodotte da queste microalghe oltre a causare irritazione cutanea, disturbi respiratori e stati febbrili per esposizione durante attività ricreative o per ingestione accidentale, possono accumularsi in prodotti ittici e rappresentare un ulteriore pericolo per la salute umana (E. Funari et al., 2012).

Malattie trasmesse da artropodi ematofagi

Le malattie infettive trasmesse da artropodi ematofagi, o Arthropod-borne diseases, sempre più frequentemente diagnosticate nell'uomo e negli animali, sono sostenute da batteri, virus e protozoi e trasmesse da zecche, zanzare, pulci, pidocchi. I cambiamenti climatici, caratterizzati in alcune aree soprattutto da aumento delle temperature e dell'umidità, hanno causato una maggiore presenza di artropodi ematofagi con conseguente maggiore circolazione degli agenti infettivi da loro trasmessi e la comparsa di nuovi patogeni in aree dove prima non erano presenti.

Un tipico esempio ci è dato dalle rickettsiosi. Mentre fino ad alcuni anni fa la tipica rickettsiosi presente in Italia era la febbre bottonosa del Mediterraneo sostenuta da *Rickettsia conorii*, oggi sono numerose le segnalazioni di infezioni sostenute da altre rickettsie tra cui la malattia TIBOLA (Linfadenopatia trasmessa da zecche) o DEBONEL (Linfadenopatia eritema e necrosi trasmessi da *Dermacentor*) da *Rickettsia*

slovaca (Selmi et al., 2008). Le zecche, non più diffuse solo nelle aree boschive, ma comunemente presenti anche in parchi e altre aree urbane, possono veicolare anche altri patogeni zoonotici come *Borrelia burgdorferi*, agente della Malattia di Lyme, *Coxiella burnetii*, causa della Febbre Q, bartonelle responsabili di diverse tipologie di infezioni (Ebani, 2019). Le arbovirosi, come West Nile e USUTU, sostenute da Flavivirus e trasmesse da zanzare, in origine erano tipiche delle zone umide africane presso, rispettivamente, i fiumi Nilo e Usutu, mentre oggi sono divenute un rilevante problema in medicina umana e veterinaria anche in Italia, come in altre parti di Europa, per i casi di encefalite diagnosticati in persone e cavalli e mortalità nei merli (Grottola et al., 2017; Riccò et al., 2021; Musto et al., 2022).

Inquinanti atmosferici

Negli ultimi decenni i fattori ambientali, come ad esempio le condizioni meteorologiche e l'inquinamento atmosferico, hanno dimostrato di avere un forte effetto sulla mortalità. L'inquinamento atmosferico in particolare è considerato la causa ambientale di malattia più significativa, avendo causato 4.2 milioni di morti premature nel solo 2016 (Murtas and Russo, 2019). È stato stimato infatti che l'inquinamento derivante da particolato atmosferico aerodisperso è responsabile per circa il 3% della mortalità per cause cardiopolmonari nella popolazione adulta.

Gli autori dello studio europeo ESCAPE, stimando gli effetti dell'inquinamento cronico sulla salute, hanno inoltre individuato una relazione tra mortalità ed esposizione ad alti livelli di particolato atmosferico e composti dell'azoto, una delle sostanze che caratterizza le zone inquinate, in relazione all'insorgenza di tumori polmonari. Il ruolo di questi due inquinanti nell'insorgenza di malattie è legato sia a un danno diretto contro le cellule polmonari, che a un aggravamento della sintomatologia delle principali malattie infettive riguardanti l'apparato respiratorio. Le sostanze coinvolte nell'aumento delle malattie polmonari, sia infettive che croniche, e nel loro aggravamento, sono il particolato aerodisperso e i composti dell'azoto e dello zolfo, che possono essere individuati sia all'aperto, rilasciati per esempio dagli scarichi delle auto, o anche al chiuso, per esempio come effetto della combustione all'interno di stufe a gas (Chauhan and Johnston, 2003). È stato dimostrato come questo tipo di sostanze provochi sia un aumento dell'incidenza di asma e bronchite cronica, che un aumento di patologie infettive a trasmissione umana, come la croup (una malattia respiratoria che colpisce i bambini piccoli). Le epidemie di influenza inoltre colpiscono di più e in maniera più grave le regioni dove la presenza di questi inquinanti atmosferici è più alta, correlandosi in maniera molto stretta all'inquinamento atmosferico, con un aumento della mortalità fino al 2,3% per ogni incremento di 10µg/m³ di PM10 (particolato atmosferico formato da particelle con dimensioni minori di 10 µm).

Cambiamento climatico e possibile ruolo nella pandemia da Covid-19

Il livello di inquinamento dell'aria è stato messo in relazione con l'incidenza di malattie respiratorie, anche virali (Mirsaeidi et al, 2016). Nello specifico, secondo alcuni scienziati lo stress ossidativo generato dall'inquinamento atmosferico, e in particolare dal PM, può avere effetti sull'efficacia della risposta immunitaria, modulando negativamente le difese antivirali del nostro organismo. In questo senso, alcune ricerche supportano il fatto che l'esposizione agli inquinanti atmosferici sia in grado di ridurre la capacità dei macrofagi di fagocitare i patogeni, anche virali, e di diminuire l'espressione o l'azione di particolari proteine protettive nei confronti delle infezioni virali (Ciencewicky & Jaspers, 2007).

Inoltre, alcuni studi preliminari hanno fornito vari spunti di riflessione sulle possibili correlazioni tra PM e diffusione nuovo coronavirus (SARS-CoV-2), causante la attuale malattia pandemica COVID-19 (Setti L. et al., 2020). Questi studiosi hanno infatti evidenziato "una relazione tra i superamenti dei limiti di legge delle concentrazioni di PM10 registrati nel periodo 10 febbraio-29 febbraio 2020 e il numero di casi infetti da COVID-19 aggiornati al 3 Marzo 2020". In sostanza, il PM potrebbe aver agito (e continuare ad agire) come vettore del coronavirus, andando a incrementarne la diffusione.

<https://www.infezioniobiettivozero.info/8-infezioni/154-impatto-del-cambiamento-climatico-sulla-salute-e-sulle-malattie-infettive>

A Glasgow è iniziata il 31 ottobre la COP26, la conferenza sul clima delle Nazioni Unite che rappresenta secondo gli scienziati l'ultima spiaggia contro il cambiamento climatico.

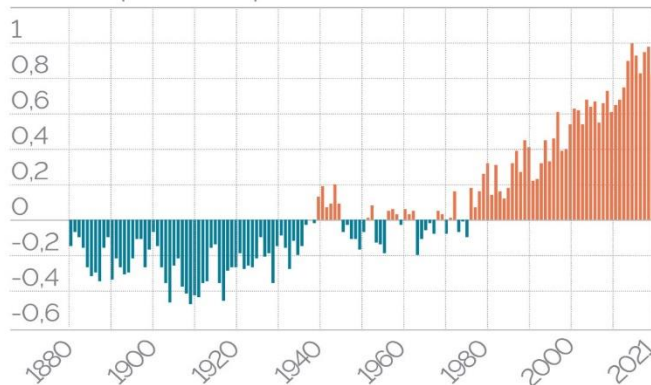
Perché non è più possibile tergiversare sulle politiche ambientali? Verso quale scenario catastrofico si sta dirigendo il mondo e quali paesi hanno le maggiori responsabilità nell'evitarlo? La risposta a queste e altre domande in 10 grafici su alcuni veri e falsi miti legati al cambiamento climatico.

Ci sono stati periodi caldi per il pianeta anche nel passato, le temperature di oggi non sono nulla di speciale

Dal periodo preindustriale (tra il 1850 e il 1900), si stima che le attività umane abbiano aumentato la temperatura media globale della Terra di circa 1 grado Celsius. Un numero che continua a crescere di 0,2 gradi Celsius per decennio. Secondo l'ultimo rapporto dell'UNFCCC, senza ulteriori misure di mitigazione il mondo è su una traiettoria di aumento della temperatura di 2,7°C entro la fine del secolo, ben superiore al target il più possibile vicino agli 1.5°C stabilito negli accordi di Parigi.

**Riscaldamento globale:
1,5 gradi in più nel 2030?**

Variazione (in °C) della temperatura media annua della superficie terrestre rispetto ai livelli pre-industriali



Fonte:
NOAA

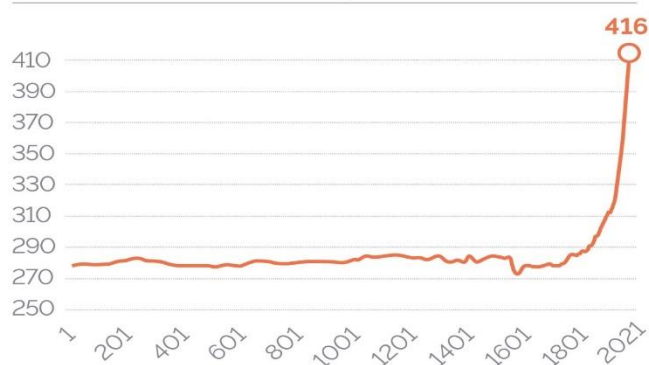
Grazie agli sforzi di questi anni la concentrazione di gas serra nell'atmosfera sta diminuendo

Il rallentamento economico causato dal COVID-19 non ha avuto alcun impatto visibile sui livelli atmosferici dei gas serra e sui loro tassi di crescita, sebbene si sia verificato un calo temporaneo delle nuove emissioni.

La concentrazione di gas serra nell'atmosfera sta seguendo un andamento esponenziale che non mostra segni di cedimento e crea seri rischi per la salute. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'inquinamento atmosferico è responsabile di 7 milioni di decessi ogni anno, rappresentando così la quarta causa di morte a livello globale.

Inquinamento globale: aumento esponenziale

Concentrazione media annua di CO₂ (ppm) nell'atmosfera



Fonte: NOAA

ISPI

Anche in passato si inquinava così tanto

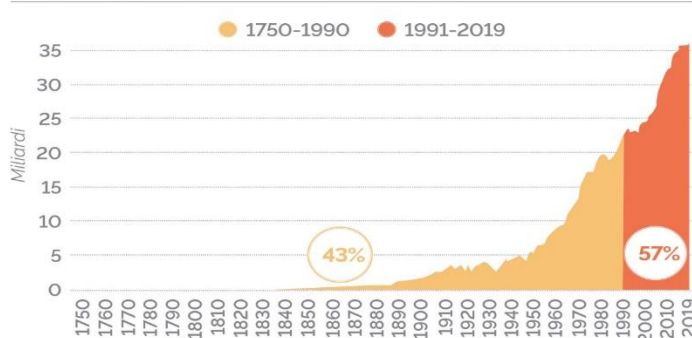
In *Hard Times*, Charles Dickens descriveva una città fittizia chiamata Coketown, fatta di palazzi di mattoni che sarebbero stati rossi se non fosse per il fumo delle fabbriche. Condizioni non lontane da quelle della Londra dell'epoca in piena rivoluzione industriale.

Ma a ben guardare rispetto al passato oggi inquiniamo molto di più, complice uno sviluppo industriale che da Londra ha raggiunto tutti gli angoli del mondo.

E così solo negli ultimi 30 anni nell'atmosfera sono state immesse 871 gigatonnellate di CO₂: una media di 29 all'anno. Per dare un'idea il peso dell'intera popolazione mondiale considerata come un'unica massa ammonta a circa mezza gigatonnellata.

Ultimi 3 decenni più inquinanti dei 200 anni prima

Emissioni globali di CO₂ in miliardi di tonnellate



Fonte: OWID

ISPI

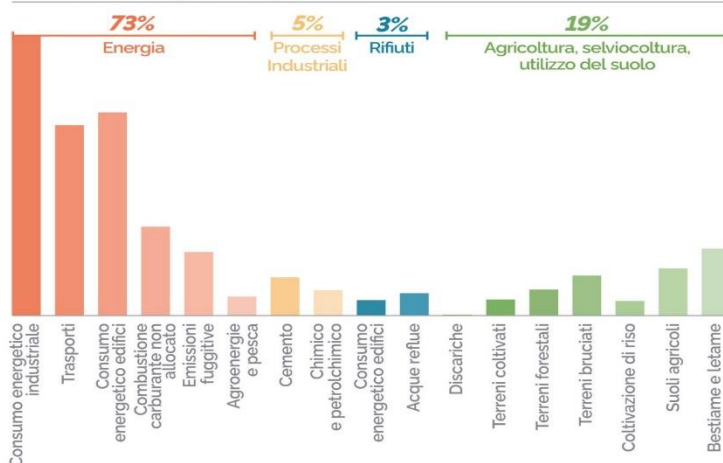
Basterebbe fare meno viaggi in aereo e in macchina

Il settore dei trasporti, responsabile per circa il 16% delle emissioni globali di CO₂ dovute alla combustione del carburante, è uno dei settori più inquinanti ma non quello maggiormente responsabile per l'emissione di gas climalteranti. Peggio fa ad esempio il consumo energetico legato ad edifici commerciali o residenziali ovvero la generazione di elettricità per l'illuminazione, gli elettrodomestici, e il riscaldamento.

Tuttavia, negli ultimi anni si intravede un leggero miglioramento con un aumento delle emissioni dei trasporti globali di meno dello 0,5% nel 2019 (vs l'1,9% medio annuo dal 2000) grazie alla migliore efficienza dei motori, all'elettrificazione e al maggiore utilizzo di biocarburanti.

Quale settore inquina di più?

Quota emissioni globali di gas serra



Fonte: Climate Watch e WRI

ISPI

Il mondo dipende ancora troppo dai combustibili fossili

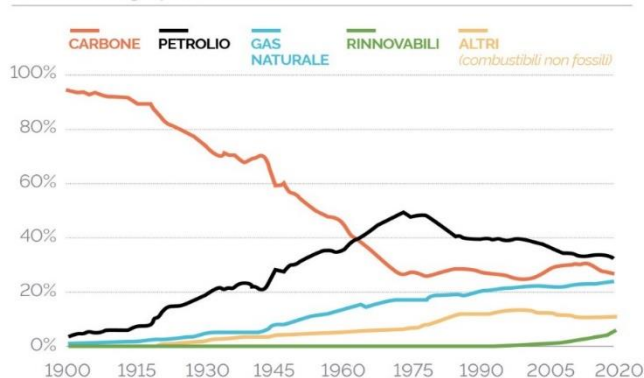
Attualmente l'approvvigionamento energetico globale continua a essere basato sui combustibili fossili, la cui combustione produce circa il 75% delle emissioni globali.

Nel mix energetico globale i combustibili fossili nel loro insieme (carbone, petrolio e gas naturale) hanno un peso dell'81%, in leggera discesa rispetto all'86% di quarant'anni fa.

La quota delle fonti rinnovabili si ferma all'11%, ma è destinata ad aumentare se si considera la strategia di molti paesi di raggiungere la neutralità climatica entro il 2050 e la costante decrescita del costo dell'energia prodotta attraverso di esse.

Quanto si usano i combustibili fossili?

Quota di energia primaria mondiale



Fonte: BP

ISPI

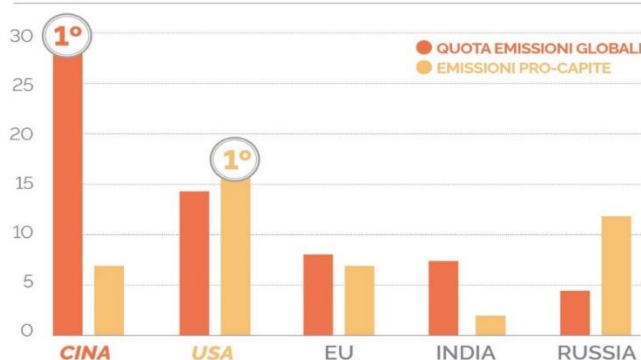
La colpa è principalmente della Cina

A fronte di una popolazione di circa 1,4 miliardi di persone, la Cina è il primo consumatore di energia del pianeta. Inevitabilmente è anche al primo posto per quota di emissioni totali col 28%, il doppio rispetto agli

Stati Uniti e tre volte l'Unione Europea. Ma se si guarda al dato pro capite la musica cambia con l'americano medio che produce il doppio di tonnellate di CO2 rispetto al suo corrispettivo cinese.

Cina e USA campioni dell'inquinamento

Quota (%) delle emissioni annue globali di CO2 e tonnellate di emissioni pro-capite



Fonte: OWID

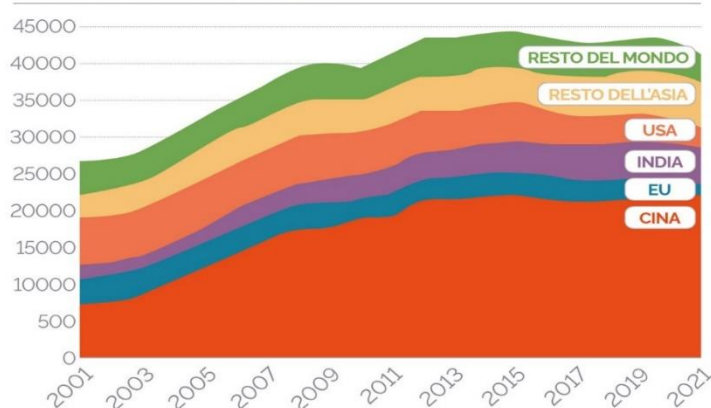
ISPI

La Cina consuma più carbone del resto del mondo

Poco meno del 60% dell'energia consumata in Cina deriva dal carbone. In media il paese brucia ogni anno circa metà del carbone utilizzato a livello globale. Nel corso del 2021 ne ha estratte quasi 4 miliardi di tonnellate, toccando i massimi dal 2015. Questo aspetto convive però con un altro dato: la Cina è diventata il mercato leader a livello globale per pannelli solari, turbine eoliche, veicoli elettrici e produce circa due terzi delle celle solari installate in tutto il mondo.

Carbone: le diverse responsabilità del mondo

Consumo di carbone in Terawattora



Fonte: BP

ISPI

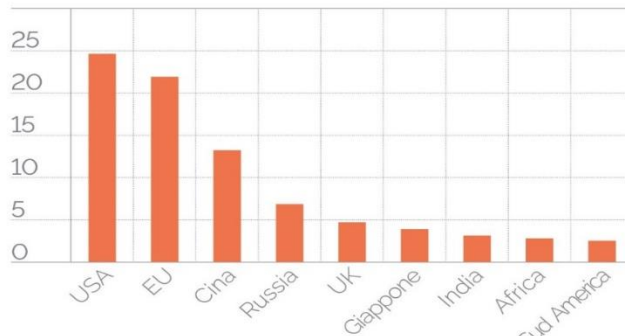
I paesi sviluppati hanno responsabilità maggiori perché hanno inquinato più a lungo

La questione di che peso dare alle emissioni storiche rispetto alle emissioni attuali ricopre un ruolo centrale nei negoziati internazionali sul clima. Su di essa si basa infatti tutta la discussione riguardo alla distribuzione tra paesi delle responsabilità per la mitigazione del cambiamento climatico e dei relativi costi.

Economie in via di sviluppo come, l'India, si sentono penalizzate a dover ridurre le proprie emissioni in una fase di piena crescita industriale, avendo inquinato molto meno nel corso del tempo rispetto ad economie dove la maturità industriale è stata raggiunta da decenni. Da qui la richiesta di questi paesi a quelli avanzati di 100 miliardi annui per favorire la propria transizione energetica.

Chi ha contribuito di più all'inquinamento?

Quota (%) delle emissioni globali cumulative di CO₂ tra il 1750 e il 2019



Fonte: OWID

ISPI

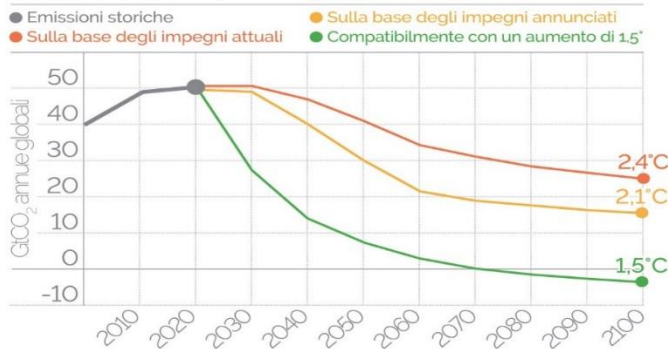
Sono sufficienti le attuali promesse dei paesi G20

Rappresentando più dell'80% del PIL mondiale, circa i due terzi della popolazione del pianeta e quasi l'80% delle emissioni di gas serra, i paesi del G20 possono – e dovrebbero – svolgere un ruolo di primo piano nel limitare il riscaldamento globale a 1,5°C.

Tuttavia, numerosi studi indicano come gli impegni da loro indicati nei piani di riduzione delle emissioni previsti dall'accordo di Parigi porterebbero verso un riscaldamento globale di 2,4°C. E anche prendendo in considerazione gli annunci fatti in previsione della COP26 si resterebbe sopra quota 2°C.

Andamento delle emissioni globali in tre scenari

Impatto delle politiche del G20 su emissioni di gas serra annue e aumento della temperatura globale



Fonte: WRI

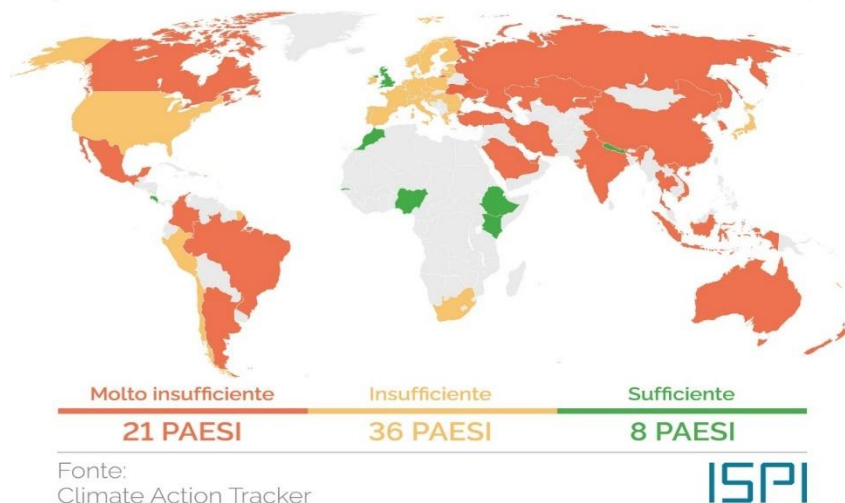
ISPI

I paesi stanno attuando politiche sufficienti a rispettare gli accordi di Parigi

Di fronte alla crisi energetica che sta colpendo il mondo in ripresa dalla pandemia, molti paesi hanno cercato sollievo nei combustibili fossili. La Cina ha incrementato la propria produzione, domanda e consumo di gas e carbone. Ma anche l'Europa si è rivolta al gas russo per provare a porre fine alle proprie carenze energetiche. Non sorprende quindi che a uno sguardo mondiale siano solo 8 i paesi che stanno adottando politiche e investimenti ambientali tali da poter pensare di raggiungere gli obiettivi degli accordi di Parigi. La speranza è che dalla COP26 il mondo e questa mappa diventino un po' più verdi.

Lotta al cambiamento climatico: chi fa meglio?

Valutazione basata su politiche, azioni, target e finanziamenti



https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/fact-checking-i-cambiamenti-climatici-10-grafici-32170?gclid=Cj0KCQjw27mhBhC9ARIsAIFsETF5IQb-OgmBxf7Ug-zqNlyECwr8smfQaiKKhArLMuH67LPHtnV8f5waAkQtEALw_wcB

quotidianosanita.it

Emissioni gas-serra. In aumento in UE. Ispra: "In Italia gli 'obiettivi 2050' saranno raggiunti nel 2220" (Quotidiano Sanità, Fabiola Zaccardelli)

Fabiola Zaccardelli

Il 22 aprile si celebra la 53esima Giornata Mondiale della Terra con il tema "Invest in our Planet", ma gli ultimi dati sulle emissioni di gas serra raccontano di un peggioramento significativo e destinato a proseguire negli anni a venire, in Ue come in Italia.

21 APR - 2220: è questo l'anno in cui, proseguendo di questo passo, l'Italia azzererà le proprie emissioni di gas serra, secondo le stime contenute nella 4ª edizione del Report 10 Key Trend sul clima in Italia elaborato da Italy for Climate, il centro studi sul clima della Fondazione per lo sviluppo sostenibile, in occasione della Giornata Internazionale della Terra 2023.

"Investi nel nostro pianeta". È questo il tema scelto dalla Nazioni Unite per l'Earth Day di quest'anno, ormai alla sua 53esima edizione.

L'obiettivo: incoraggiare governi, business e singoli cittadini a riconoscere la "responsabilità collettiva" e la necessità di agire per il raggiungimento di "una transizione economica che sia per tutti equa, prospera e sostenibile".

Ma guardando ai dati, il 2220 è una data troppo lontana rispetto a quel 2050 stabilito in sede UE con il Green Deal europeo entro cui tutti i Paesi membri dovrebbero raggiungere la "neutralità climatica" con quota zero emissioni di CO2.

Che la riduzione di inquinamento ambientale in Italia come in gran parte d'Europa proceda troppo lentamente lo confermano anche gli ultimi dati di recente pubblicati dall'European Environment Agency (EEA) nell'"Annual EU greenhouse gas inventory 1990-2021 and inventory report 2023".

Secondo quanto mostrato dal report, le emissioni di gas-serra in Ue nel 2021 sono aumentate del 6,2% rispetto al 2020.

Sebbene come si legge dal report EEA, l'Italia, insieme a Germania, Romania e Francia è stata responsabile dei due terzi della riduzione netta delle emissioni UE negli ultimi 31 anni, stando al Censimento Ue 2021, è stata anche tra i "maggiori emettitori di gas a effetto serra nell'Ue" con il 12% di emissioni.

Le ragioni principali della significativa e preoccupante crescita registrata dopo un'apparente diminuzione legata al lockdown, scrive l'EEA, sono da ricondurre alla ripresa economica complessiva dopo la pandemia da Covid-19, quindi all'aumento nell'uso di carbone nel settore energetico e della domanda di trasporti

In particolare, stando a quanto riportato dall'ISPRA nel National Inventory Report 2023 - rendicontazione delle emissioni di gas serra previsto nell'ambito della Convenzione Quadro sui Cambiamenti Climatici delle Nazioni Unite (UNFCCC), e del Meccanismo di Monitoraggio dei Gas Serra dell'Unione Europea – nel 2021 l'Italia ha registrato un +8,1% di emissioni di gas serra rispetto al 2020, pari a "11 milioni di tonnellate al di sopra dell'obiettivo stabilito per il 2021".

Emissioni destinate a crescere se non si inverte subito il trend, avvertono dall'Istituto Superiore che per il 2022 hanno stimato un +5,5% nelle emissioni di gas serra legate al settore trasporti e un +9,6% provenienti dalla produzione di energia (mentre si stima una riduzione delle emissioni da riscaldamento pari a -11.3% e un -5.9% proveniente dall'industria).

"Per il periodo dal 2013 al 2020, l'Italia ha rispettato gli obiettivi di riduzione assegnati, risultato dovuto sia alle politiche e misure adottate, sia ai diversi cicli di crisi economica, connessi alle dinamiche economiche globali – proseguono dall'ISPRA - Ma nello stesso periodo i settori trasporti e civile non mostrano riduzioni emissive significative. Sebbene in questi settori negli anni a venire sono attese alcune riduzioni, queste risultano ancora troppo contenute portando l'Italia a rimanere al di sopra degli obiettivi per tutto il decennio 2021-2030".

Entro il 2030 infatti concludono gli esperti, "le emissioni Effort sharing di gas serra dovrebbero ridursi del 43.7% rispetto ai livelli del 2005, mentre i nostri scenari ci indicano una riduzione di meno del 30%".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=113147

quotidianosanita.it

Epidemie, antibioticoresistenza, sicurezza alimentare e cambiamenti climatici.

(Quotidiano Sanità)

Oms, Fao, Unep e Woah lanciano una call to action per potenziare l'approccio 'One Health'

Quello One Health è visto come come l'approccio principale per affrontare queste sfide urgenti e complesse che la nostra società deve affrontare. Nel loro primo incontro annuale, i vertici delle organizzazioni quadripartite che lavorano su One Health hanno lanciato un appello senza precedenti per un'azione globale rafforzata. Ecco le azioni prioritarie che i diversi Paesi dovrebbero intraprendere per avere sistemi sanitari pronti e resilienti.

27 MAR - Le recenti emergenze sanitarie internazionali come la pandemia di Covid, l'mpox, le epidemie di Ebola e le continue minacce di altre malattie zoonotiche, la sicurezza alimentare, le sfide della resistenza antimicrobica (Amr), nonché il degrado degli ecosistemi e i cambiamenti climatici dimostrano chiaramente la necessità di sistemi sanitari resilienti e di un'azione globale accelerata. One Health è visto come l'approccio principale per affrontare queste sfide urgenti e complesse che la nostra società deve affrontare.

Nel loro primo incontro annuale, i vertici delle organizzazioni quadripartite che lavorano su One Health hanno lanciato un appello senza precedenti per un'azione globale rafforzata. Il quadripartito mira a realizzare insieme ciò che nessun settore può ottenere da solo, ed è composto da quattro agenzie principali: l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), il Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (UNEP), l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e l'Organizzazione mondiale per la salute animale (WOAH).

Invito all'azione

Sottolineando la necessità di una maggiore collaborazione e impegno per tradurre l'approccio "One Health" in azioni politiche in tutti i paesi, i leader quadripartiti esortano tutti i paesi e le principali parti interessate a promuovere e intraprendere le seguenti azioni prioritarie:

1. Dare priorità a One Health nell'agenda politica internazionale, aumentare la comprensione e sostenere l'adozione e la promozione della governance sanitaria intersettoriale rafforzata. L'approccio "One Health" dovrebbe fungere in particolare da principio guida nei meccanismi globali; anche nel nuovo strumento per le pandemie e nel fondo per le pandemie per rafforzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie;

2. rafforzare le politiche, le strategie e i piani nazionali One Health, calcolati in termini di costi e prioritari in linea con il piano d'azione congiunto quadripartito One Health (OH JPA), per promuovere una più ampia attuazione in tutti i settori pertinenti e a tutti i livelli;

3. Accelerare l'attuazione dei piani One Health, compreso il sostegno alla governance nazionale One Health e ai meccanismi di coordinamento multisettoriale, lo sviluppo di analisi della situazione, la mappatura delle parti interessate, la definizione delle priorità e le metriche per i quadri di monitoraggio e valutazione One Health;

4. Costruire una forza lavoro intersettoriale One Health che abbia le competenze, le capacità e le capacità per prevenire, rilevare, controllare e rispondere alle minacce per la salute in modo tempestivo ed efficace, rafforzando la formazione congiunta pre-servizio e continua per la forza lavoro sanitaria umana, animale e ambientale;

5. rafforzare e sostenere la prevenzione delle pandemie e delle minacce per la salute alla fonte, concentrandosi su attività e luoghi che aumentano il rischio di ricaduta zoonotica tra gli animali e gli esseri umani;

6. incoraggiare e rafforzare la creazione e lo scambio di conoscenze scientifiche e prove One Health, la ricerca e lo sviluppo, il trasferimento tecnologico e la condivisione e l'integrazione di informazioni e dati e facilitare l'accesso a nuovi strumenti e tecnologie;

7. Aumentare gli investimenti e il finanziamento delle strategie e dei piani One Health garantendo un'implementazione su larga scala a tutti i livelli, compresi i finanziamenti per la prevenzione delle minacce per la salute alla fonte.

"Per costruire un pianeta più sano abbiamo bisogno di un'azione urgente per galvanizzare impegni politici vitali, maggiori investimenti e collaborazione multisettoriale a tutti i livelli".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=112393



Cambiamento climatico e salute (Salute Interazionale, Michele Innocenzio)

Michele Innocenzio, Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva alla Sapienza di Roma.

Gli allarmanti messaggi inviati dalla comunità scientifica sui catastrofici effetti dei cambiamenti climatici sembra che si perdano in un rumore di fondo che non ci permette di capire fino in fondo la gravità della situazione. Forse gli scienziati stanno utilizzando le parole sbagliate, ma sorge il dubbio che all'interno della comunità stessa vi sia alla base una fondamentale inerzia.

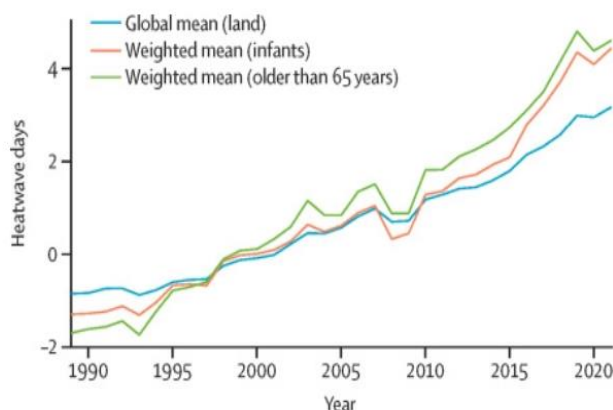
Verso la fine di Ottobre 2022, Lancet pubblica l'imponente e coinvolgente settima edizione del "Report of the Lancet Countdown on health and climate change" riassumendo in completezza drammatica la situazione attuale, a livello globale e regionale per singolo continente, tra salute e cambiamento climatico [1].

Il report del 2022 è probabilmente il più negativo mai prodotto da quando Lancet ha introdotto l'iniziativa nel 2015. Il dato introduttivo maggiormente esemplificativo è rappresentato dal fatto che a causa dell'attività umana la temperatura superficiale globale media è aumentata di 1.1°C; la soglia di 1.5°C dettata dall'accordo di Parigi verrà probabilmente superata entro 5 anni e per la fine del secolo raggiungeremo un aumento stimato pari a 2.4-3.5°C [2].

Tale dato che apparentemente potrebbe ingannarci nell'essere poco comunicativo in realtà cela, neanche più troppo misteriosamente come alcuni anni fa, enormi conseguenze a livello globale: l'aumento di condizioni meteorologiche e di fenomeni climatici estremi come alluvioni, incendi e ondate di calore sta determinando effetti stimabili e quantificabili in tutta la popolazione mondiale.

Nel 2021 popolazioni vulnerabili come bambini al di sotto di 1 anno e anziani maggiori di 65 anni sono stati esposti rispettivamente a 600 milioni e 3.1 miliardi di person-days di giorni di ondate di calore in più rispetto al periodo 1986-2005 (vale a dire 4.4 giorni in più per i bambini e 3.2 giorni in più per gli anziani) – Figura 1. Le conseguenze dirette sono state di un aumento del 68% di morti correlate al calore nel quadriennio 2017-2021 rispetto al 2000-2004 a livello globale.

Figura 1



Un'altra conseguenza degli effetti del cambiamento climatico che sono state stimate quantitativamente dal report è la trasformazione repentina di alcune aree climatiche: si sta instaurando un processo di adattabilità alla trasmissione di alcune malattie infettive in aree dove precedentemente non ve ne era mai stata opportunità. Il tasso di riproduzione (RO) calcolato per Dengue (Figura 2), Chikungunya e Zika (proxy per la loro trasmissibilità) è aumentato sensibilmente a livello globale.

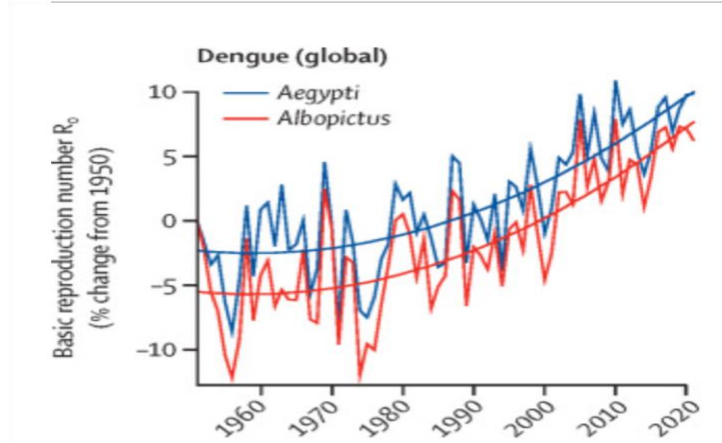
Stesso discorso per quanto riguarda i mesi adatti alla trasmissione della malaria. Similmente, le aree di costa adatte alla sopravvivenza di batteri tipo Vibrio sono in media raddoppiate in tutto al mondo a causa dei cambiamenti delle concentrazioni di sale e delle temperature del mare, fenomeni sempre ascrivibili all'attività umana. Siamo di fronte ad un cambiamento significativo nel pattern di trasmissibilità di molte malattie infettive proprio a causa del cambiamento climatico le cui conseguenze avranno certamente un impatto in termini di salute pubblica.

Altre conseguenze estremamente sconvolgenti sono quelle legate alla produzione e distribuzione del cibo: l'aumento delle temperature sta diminuendo i giorni di crescita di molte colture ed eventi meteorologici estremi come alluvioni, incendi e siccità hanno dimostrato di poter seriamente mettere a repentaglio la distribuzione e disponibilità di cibo, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito che hanno meno risorse per gestire o prevenire scarsità di generi alimentari [3].

Il cambiamento climatico sta avendo – non sorprendentemente – un impatto non egualitario tra i paesi ad alto reddito ed i paesi a reddito medio-basso.

Da qualche anno in letteratura si è introdotto il concetto di global carbon inequality: il 10% della popolazione appartenente ai paesi più ricchi emette circa il 48% delle emissioni di carbonio da gas serra mentre la metà più povera del pianeta è responsabile solo del 12% delle emissioni totali [4].

Figura 2



A fronte di tale disuguaglianza, i paesi a reddito medio-basso si trovano però in una posizione di più difficile gestione di tutte le problematiche correlate al cambiamento climatico.

Saranno proprio loro a soffrire più drammaticamente le conseguenze di un problema creato dai paesi ricchi altamente industrializzati; conseguenze che si manifesteranno in termini di aumento di disastri naturali, perdita di vite umane, rallentamento dello sviluppo socioeconomico e aumento del livello di povertà.

Emblematico il dato legato agli incendi spontanei: tra il 2001-2004 e il 2018-2021 i giorni di esposizione a rischio di incendio molto alto o estremamente alto sono aumentati del 61%.

Tale dato è stato osservato nella maggior parte dei paesi a basso HDI (Human Development Index), probabilmente a causa di differenze nella prevenzione e gestione degli incendi.

Uno struggente ma realistico reportage del New Yorker [5] ci racconta delle conseguenze della peggiore ondata di calore mai registrata nel 2022 in India (fino a 45 °C a New Delhi): ha paralizzato il paese e determinato enorme pressione sul sistema sanitario registrando innumerevoli casi di heatstroke (colpo di calore), spesso fatali in neonati e anziani.

Ha colpito sproporzionatamente le fasce più marginalizzate e quindi fragili della popolazione che non hanno accesso ad aria condizionata ed in molti casi nemmeno ad un ventilatore.

Inoltre, il 26 aprile 2022 Balshwa, un'enorme discarica a cielo aperto fuori Delhi, circondata da slums dove abitano migliaia di persone che proprio nella gestione, organizzazione e riciclo dei rifiuti lì immagazzinati trovano il proprio sostentamento economico, ha preso fuoco.

Fumi tossici hanno invaso l'aria e messo a repentaglio la salute di migliaia di persone per più di due settimane, il tempo necessario per domare l'incendio scoppiato tra 50 acri di rifiuti non differenziati della discarica.

Le scuole intorno alla discarica hanno dovuto chiudere e l'impatto in termini di malattia e morte provocati dalla nube tossica rimane difficile da calcolare.

L'ultima conferenza COP27 dell'UNFCCC (United Nations Framework Convention on Climate Change) ha avuto sede in Egitto, un paese appartenente proprio ad un continente, l'Africa, che sta subendo e subirà sproporzionatamente gli effetti della crisi climatica nonostante abbia partecipato minimamente a causarla [6]. Sempre per fornire un dato quantitativo, Europa e America del Nord hanno contribuito al 62% delle emissioni di diossido di carbonio dall'inizio della rivoluzione industriale mentre l'Africa ha prodotto solo il 3%. Molti attivisti hanno introdotto il termine di giustizia climatica proprio per sottolineare l'incoerenza del danno che i paesi ad alto reddito stanno determinando in termini climatici e ambientali ai paesi a basso reddito [7].

L'impatto meno ovvio, ma comunque non così sorprendente della crisi climatica, è quello che possiamo rilevare anche analizzando le conseguenze in termini di salute mentale.

È stata chiaramente dimostrata la cruda relazione tra aumentato rischio di suicidio e temperature elevate [8] come anche la relazione tra crisi climatica e flussi migratori [9].

Stiamo addirittura introducendo neologismi per esprimere questa nuova condizione di ansia, fragilità e impotenza di fronte ai cambiamenti climatici: parole come eco-anxiety, ecological grief e forse la più rappresentativa solastalgia (definizione Treccani, "stato di angoscia che affligge chi ha subito una tragedia ambientale provocata dall'intervento maldestro dell'uomo sulla natura" [10]).

Sono tutti tentativi umani di dare un nome al nuovo trauma globale legato a tali meccanismi violenti di improvviso laceramento del tessuto sociale, ambientale e comunitario nel quale viviamo.

Altra conseguenza più pragmatica della crisi climatica è legata all'impatto economico che essa avrà per tutti i paesi a livello globale.

Eventi climatici estremi si traducono in aumento dei costi della sanità, perdita di produttività lavorativa e danno diretto a edifici, infrastrutture ed altri insediamenti umani.

Sempre il report di Lancet ha calcolato una perdita di 669 miliardi di dollari nel 2021 per diminuzione della capacità lavorativa dovuta a temperature elevate nonché un costo pari a 144 miliardi di dollari (il reddito di circa 12.4 milioni di persone) relativo alla mortalità legata alle ondate di calore sempre nel 2021.

Lo Swiss RE Institute tramite il World Economic Forum ha già stimato che il cambiamento climatico potrebbe determinare una diminuzione di circa il 18% del PIL globale entro il 2050 (quindi fra meno di 30 anni) [11]. L'impatto inoltre sarà sproporzionatamente maggiore per i paesi asiatici e africani a basso e medio reddito che rischiano di vedere il proprio benessere eroso in modo significativamente maggiore rispetto a quello dei paesi occidentali, seppure, ricordiamolo, quest'ultimi siano maggiormente imputabili come responsabili della crisi climatica.

Interessante notare come dal report e dalla più recente letteratura legata a salute e cambiamento climatico, si possano isolare alcune parole, concetti e definizioni che vengono ripetute in maniera costante e assidua. Sono parole come minimizzare, resilienza e adattamento.

Non è forse allora banale sottolineare che in questo momento storico non stiamo più discutendo se il cambiamento climatico e le conseguenze dello stesso siano reali, quanto cosa dobbiamo fare per adattarci alla crisi climatica, cosa dobbiamo fare per mettere in atto tutte quelle pratiche ed interventi che potranno permettere la sopravvivenza nel modo meno traumatico possibile per tutte quelle persone che in questo momento vedono la propria vita già concretamente minacciata.

La paura reale è che di fronte all'ennesimo pur autorevole report tecnico-scientifico la reazione generale sia nuovamente pacata, blanda e flebile, come è successo ripetutamente negli ultimi anni. Per usare un'immagine dello scrittore islandese Andri Magnasson nel libro "Il tempo e l'acqua", sembra che tutti i messaggi inviati dalla comunità scientifica, concreti per quanto catastrofici, si perdano in un rumore di fondo, un ronzio assordante che non ci permette di capire a fondo la gravità della situazione [12].

Forse gli scienziati stanno utilizzando le parole sbagliate, ma sorge il dubbio che all'interno della comunità stessa vi sia alla base una fondamentale inerzia.

Sempre Magnasson nota come informazioni che dovrebbero suscitare a livello globale isteria collettiva stanno invece determinando apatia di massa.

Non è certo di isteria quello di cui abbiamo bisogno, ma di reale consapevolezza delle conseguenze totalizzanti che le azioni umane avranno su salute, vita, ambiente e società. L'impatto del cambiamento climatico sul pianeta e sulla salute è già stato irrevocabilmente calcolato. Ora dobbiamo minimizzarne il danno.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/04/cambiamento-climatico-e-salute-2/>

Giovanni Di Guardo

05 APR – Gentile Direttore,

sono oramai trascorsi sei anni da quando il Dr James T. Carlton ed i suoi collaboratori descrissero su Science l'inedita dispersione nell'Oceano Pacifico di decine di organismi acquatici, in larga misura invertebrati, per effetto dello tsunami occorso in seguito al sisma del Marzo 2011 lungo le coste orientali giapponesi. Ad amplificare notevolmente tale fenomeno intervennero le micro-nanoplastiche, che operarono in qualità di "zattere" nei confronti dei succitati organismi (1).

Nella complessa ed articolata disamina dell'interazione di questi ultimi con gli innumerevoli frammenti di materiale plastico presenti in mare, particolare attenzione andrebbe prestata ai microorganismi patogeni, numerosi dei quali sarebbero in grado di esercitare un consistente impatto sulla salute e sulla conservazione dei Cetacei (2), sempre più minacciati peraltro dalle attività antropiche.

Un esempio paradigmatico è rappresentato, a tal proposito, da *Toxoplasma gondii*, un agente protozario dotato di comprovata capacità zoonosica (3) e la cui infezione sarebbe in grado di determinare la comparsa di gravi ed estese lesioni encefaliche nei delfini della specie "stenella striata" (*Stenella coeruleoalba*) - un comune abitante delle acque mediterranee, così come di quelle temperate e tropicali di tutti i mari e gli oceani del pianeta -, con conseguente spiaggiamento e morte degli esemplari colpiti (4).

Sebbene vi sia un sostanziale accordo fra i membri della comunità scientifica in merito alla possibilità che un "flusso terra-mare" costituisca il meccanismo biologicamente più plausibile attraverso cui le oocisti di *T. gondii* riescano a trasferirsi dall'ambiente terrestre a quello marino ed oceanico (analogamente a molti altri microorganismi, protozoi e non, a trasmissione oro-fecale), rimane tuttavia da spiegare come le stesse possano raggiungere ed essere pertanto acquisite dalle stenelle striate, così come da tutte le altre specie cetologiche *T. gondii*-sensibili che vivono in mare aperto, a fronte della più che comprensibile azione diluente esercitata dal mezzo acquatico nei loro confronti (5).

In altre parole, se appare facile intuire, da un lato, come una specie "costiera" quale il "tursiope" (*Tursiops truncatus*) - il delfino comunemente ospitato nei delfinari, così come negli oceanari e nei parchi acquatici - possa sviluppare l'infezione da *T. gondii*, la comprensione di una siffatta evenienza risulta assai meno agevole, dall'altro lato, in presenza di una specie "pelagica" quale *S. coeruleoalba*.

Varie le ipotesi formulate per spiegare tale fenomeno, ivi compresa l'esistenza di un ciclo biologico "marino", esclusivo o complementare rispetto a quello terrestre di *T. gondii* (5). A onor del vero, tuttavia, non essendo mai stata dimostrata l'esistenza in natura di cicli vitali del parassita alternativi o comunque differenti da quello terrestre, sarebbe davvero interessante studiare in dettaglio se gli tsunami, gli eventi sismici sottomarini e, più in generale, il moto delle correnti acquatiche possano rendersi responsabili del trasferimento, anche a lunghe distanze, di *T. gondii* così come di altri microorganismi patogeni a trasmissione oro-fecale.

Degna di nota è, in un siffatto contesto, la segnalazione relativa alla presenza in più specie ittiche d'interesse commerciale di *T. gondii*, che potrebbe esser stato veicolato alle medesime dai frammenti di materiale plastico ingeriti in mare (6). Ciò fa il paio con la recente descrizione, in mare aperto, di *T. gondii* e di altri due importanti agenti protozoi - *Cryptosporidium parvum* e *Giardia enterica* -, che sono stati giustappunto rilevati in stretta associazione con microsferi di polietilene e, soprattutto, con microfibre di poliestere (7).

Alla luce di quanto sin qui esposto, mentre il presunto "sinergismo di azione patogena" fra *T. gondii* e micro-nanoplastiche appare meritevole di ulteriori studi ed approfondimenti, non vi è dubbio al contempo che un approccio "integrato", basato sul salutare principio/concetto della "One Health" - la salute unica di uomo, animali ed ambiente -, rappresenti la conditio sine qua non per investigare al meglio i complessi quanto affascinanti rapporti intercorrenti fra il parassita ed i suoi ospiti nell'ambito delle catene trofiche e degli ecosistemi marini.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=112671

COVID-19 E VARIANTI

Il Sole **24 ORE**

Covid/ Flash survey Iss: variante Kraken al 45,3%, Cerberus al 9,7% (Il Sole 24ore)

In Italia il 4 aprile scorso il lignaggio XBB.1.5 (Kraken) aveva una prevalenza stimata al 45,3%, con il BQ.1 (Cerberus) al 9,7%. Sono questi i risultati dell'indagine rapida condotta dall'Iss e dal ministero della Salute insieme ai laboratori regionali e alla Fondazione Bruno Kessler.

La classificazione tiene conto delle nuove indicazioni di Ecdc e Oms, che considerano in maniera indipendente i lignaggi derivanti da Omicron.

Per l'indagine è stato chiesto ai laboratori delle Regioni e Province Autonome di selezionare dei sottocampioni di casi positivi e di sequenziare il genoma del virus.

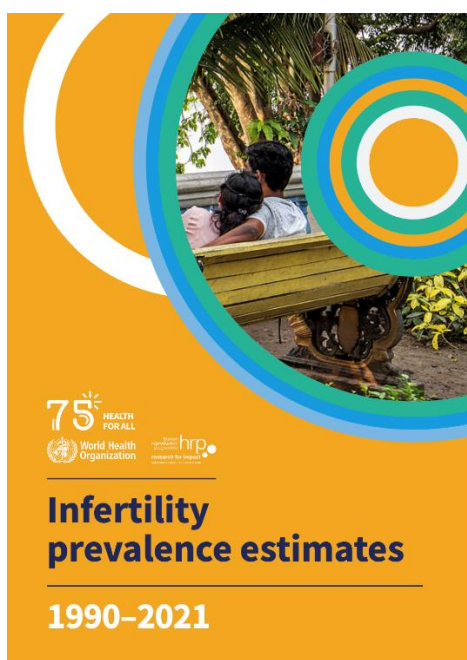
Il campione richiesto è stato scelto dalle Regioni/PPAA in maniera casuale fra i campioni positivi garantendo una certa rappresentatività geografica e, se possibile, per fasce di età diverse. In totale, hanno partecipato all'indagine tutte le Regioni/PPAA, ad eccezione della Valle d'Aosta, e complessivamente 85 Laboratori Regionali ed il Laboratorio di Sanità Militare.

Queste le prevalenze stimate:

- BA.2.75 e relativi sottolignaggi (la cosiddetta 'Centaurus') 6,3% (0-21,4%)
- BQ.1 e relativi sottolignaggi (cd 'Cerberus') 9,7% (range: 0% -100,0%)
- XBB e relativi sottolignaggi (escluso XBB.1.5) 36,1% (range: 0% -70,8%)
- XBB.1.5 e relativi sottolignaggi (cd 'Kraken') 45,3% (range: 0,0% - 66,7%)

<https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2023-04-14/covid-flash-survey-iss-variante-kraken-453percento-cerberus-97percento-140133.php?uuid=AETDBTHD&cmpid=nlqf>

WHO INFERTILITY 2023



Contents

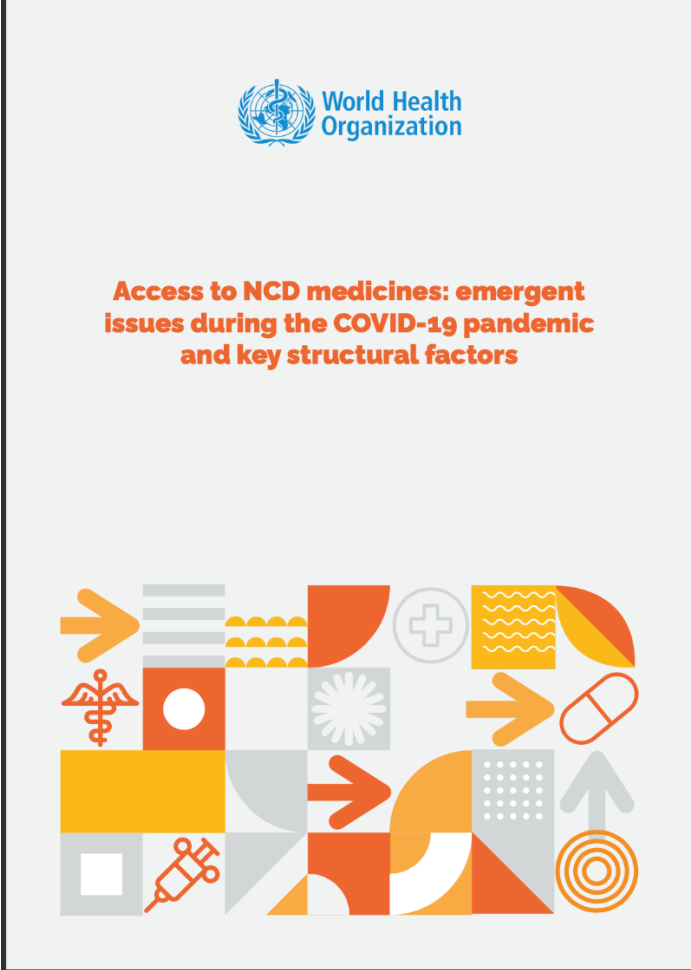
Foreword	v
Acknowledgements	vi
Abbreviations	viii
Executive summary	ix
1. Introduction	1
2. Methods	3
2.1 Data sources and identification of relevant studies	3
2.2 Data extraction	5
2.3 Data analysis	5
2.3.1 Risk of bias assessment	5
2.3.2 Descriptive analysis	5
2.3.3 Meta-analysis and meta-regression	6
2.3.4 Sensitivity analyses	6
2.3.5 Rating certainty of evidence	6
3. Results	7
3.1 Description of studies	9
3.2 Methodological approaches for estimating infertility prevalence	11
3.3 Definitional characteristics	16
3.3.1 Type of prevalence	16
3.3.2 Numerator	16
3.3.3 Denominator	16
3.4 Study population characteristics	17
3.4.1 Sample type	17
3.4.2 Sex of respondents	17
3.4.3 Income level	17
3.4.4 Regional availability of studies	18
3.4.5 Ranges of reported estimates	18
3.5 Pooled 12-month infertility estimates	19
3.5.1 Pooled primary and secondary infertility	20
3.5.2 Sensitivity Analyses	21
3.5.3 Pooled infertility estimates stratified by region	22
3.5.4 Pooled infertility estimates stratified by income, population, and sex of respondents	22
3.5.5 Pooled infertility estimates stratified by methodological approach	23
3.5.6 Meta-regression results by period and lifetime	23
3.6 Certainty of the evidence	23
4. Discussion	25
4.1 Research gaps and measurement challenges	27
4.1.1 Lack of sufficient studies from some regions or studies with male participants	27
4.1.2 Variation in definitions and in inclusion and exclusion criteria in studies estimating infertility	27
4.1.3 Numerous study designs and methods of estimating infertility	27
4.1.4 Certainty of estimates and other limitations	28
4.2 Implications for research	28
4.3 Policy and programmatic implications	29
4.4 Conclusion	29
References	30
Annexes	32

Infertility prevalence estimates, 1990–2021

ISBN 978-92-4-006831-5 (electronic version) ISBN 978-92-4-006832-2 (print version)

© World Health Organization 2023

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).



Access to NCD medicines: emergent issues during the COVID-19 pandemic and key structural factors
ISBN 978-92-4-006944-2 (electronic version) ISBN 978-92-4-006945-9 (print version)
© World Health Organization 2023

Donatella Zorretto

Scoperta in due allevamenti di visoni: è imparentata con la mutazione B.1.1.307, circolata oltre due anni fa nell'uomo. Gli esperti: "È pericolosa perché in grado di creare futuri focolai con nuovi ceppi"
Una nuova variante Covid che sfugge alla vista degli esperti: che riesce a camuffarsi, e perciò particolarmente pericolosa perché in grado di creare futuri focolai con nuovi ceppi.
L'ultima di una lunga serie di varianti SARS-CoV-2 è stata scovata in Polonia, identificata in due allevamenti di visoni. La variante ha caratteristiche che la rendono peculiare: è infatti imparentata con una versione del virus responsabile di Covid rilevata per l'ultima volta negli esseri umani tra la fine del 2020 e l'inizio del 2021. È perciò probabile che sia circolata a lungo negli animali.

Colpiti tre allevamenti di visoni

La scoperta, fatta dall'Istituto nazionale di ricerche veterinarie di Pulawy, in Polonia appunto, e da ricercatori dell'Erasmus University Medical Centre di Rotterdam è stata illustrata su [Eurosurveillance](#), rivista dello European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc).
Tra settembre del 2022 e gennaio del 2023, riportano i ricercatori, sono state rilevate infezioni da SarsCoV2 in tre allevamenti di visoni in Polonia situati a pochi chilometri l'uno dall'altro. E l'analisi del genoma dei virus ha concluso che quelli identificati in due dei tre allevamenti erano imparentati con con la variante B.1.1.307, circolata oltre due anni fa nell'uomo. Ma rispetto a quest'ultima, la nuova versione del virus, presentava circa 40 mutazioni aggiuntive.

Nessun lavoratore contagiato

Una nota positiva comunque c'è: nessuno dei lavoratori negli allevamenti in questione, né i membri delle loro famiglie, per il momento è risultato positivo al virus. I ricercatori nel frattempo stanno cercando di ricostruirne l'origine: "Potrebbe provenire - scrivono - da un luogo sconosciuto o da un serbatoio animale non rilevato".
In questa vicenda, però, c'è un aspetto che preoccupa in particolar modo: il fatto che gli animali risultati positivi non mostravano segni della malattia. La conseguenza di ciò, spiegano gli esperti, è questa: "Si crea la possibilità di un'evoluzione indipendente del virus, che può rendere gli stessi animali una sorgente per futuri focolai con nuovi ceppi". Perciò i ricercatori sottolineano la necessità di intensificare la sorveglianza estendendola anche ad animali selvatici.

Intanto Arturo cresce

Nel frattempo, tra le varianti Covid che si susseguono incessantemente, [Arturo \(Arcturus\)](#), la più recente, si rafforza. Lo testimonia l'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) nell'ultimo bollettino sulla pandemia, sostenendo: "Dato il suo stimato vantaggio di crescita e le caratteristiche di evasione immunitaria, XBB.1.16 (Arturo, appunto) potrebbe diffondersi globalmente e contribuire ad un aumento nell'incidenza dei casi".
Al momento, su scala globale, la variante XBB.1.5 (Kraken) si conferma dominante e nella settimana tra il 27 marzo e il 2 aprile rappresentava il 50,8% delle sequenze depositate nel mondo. XBB.1.16 sta però guadagnando terreno. È al 4,2% ed è stata identificata in 31 Paesi. In India sembra essere legata a un forte aumento dei contagi delle ultime settimane. E il 17 aprile scorso, l'Oms l'ha inserita tra le varianti di interesse, insieme a XBB.1.5. Al momento, tuttavia, chiarisce l'Oms, "non ci sono segnali di un aumento della severità".

Negli Usa raggiunge Los Angeles

Il trend disegnato da Arturo preoccupa gli Stati Uniti, dove i contagi aumentano. Il primo avvenuto con l'ultima [mutazione Covid XBB.1.16](#) è stato registrato a Los Angeles, causando allerta tra i responsabili della salute pubblica locale. Gli esperti si aspettano che Arcturus diventi la mutazione più presente in America, anche se al momento a dominare è ancora XBB.1.5. Nell'ultima settimana - riportano i Centri per il controllo

e la prevenzione delle malattie - le infezioni causate da XBB.1.1.6 hanno rappresentato il 7.2% dei nuovi casi: l'aumento rispetto alla settimana precedente è stato del 3.9%. Secondo i Cdc, la variante in questione è già presente in 20 Stati dell'Unione. I virologi Usa, come quelli dell'Oms, ritengono che Arturo sia una variante "di interesse", ossia da tenere sotto controllo attentamente. Anche se non ci sono ancora indicazioni che provochi sintomi più gravi delle mutazioni precedenti.

Il Giappone teme la nona ondata

Non è tranquillo nemmeno il Giappone, che addirittura teme una nona ondata pandemica, cosa che potrebbe portare a un aumento dei decessi, principalmente tra le persone anziane. Lo indica lo studio redatto da quattro esperti del ministero della Salute nipponico, che fa riferimento alla recente impennata delle infezioni in 33 delle 47 prefetture del Paese, dopo l'allentamento delle restrizioni deciso dall'esecutivo, che ha declassato lo status legale del Covid alla stessa categoria delle comuni malattie infettive.

Gli esperti citano un sondaggio condotto tra febbraio e marzo, che mostra come solo il 32,1% della popolazione giapponese sia stata infettata dal virus e abbia sviluppato gli anticorpi. Una dinamica che suggerisce come la nona ondata potrebbe essere più pericolosa dell'ultima registrata lo scorso inverno. Il ministro della Salute, Katsunobu Kato, ha detto che il numero di nuovi contagi evidenzia una crescente proporzione della sottovariante XBB.1.5 della Omicron. "C'è la possibilità che le infezioni si diffondano ulteriormente questa estate", ha spiegato Kato, precisando che i decessi potrebbero riguardare molte persone anziane, dato che la popolazione del Giappone sta rapidamente invecchiando.

In Italia rialzo delle infezioni

E in Italia? Al 23 aprile, secondo il monitoraggio settimanale curato dall'Iss (Istituto superiore di sanità) la curva dei contagi Covid risulta in lieve crescita. L'incidenza sale a 48 casi ogni 100.000 abitanti rispetto ai 37 della precedente rilevazione. Quanto agli ospedali, l'occupazione dei letti è lieve salita delle Terapie intensive: a livello nazionale il tasso è all'1% rispetto allo 0,8% della scorsa settimana.

Sale anche il numero dei pazienti in area non critica, che si attesta al 4,5% rispetto al 4,2% della settimana precedente. Scende invece l'indice Rt, che si attesta a 0,93 rispetto allo 0,97 della precedente rilevazione. Infine un'occhiata alle regioni: dieci sono a rischio alto, tutte a causa di molteplici allerte di resilienza; undici sono a rischio moderato e nessuna classificata è a rischio basso.

https://www.repubblica.it/salute/2023/04/24/news/covid_varianti_polonia_contagi-397386179/?ref=RHLF-BG-I397435060-P5-S1-T1

idealista/news

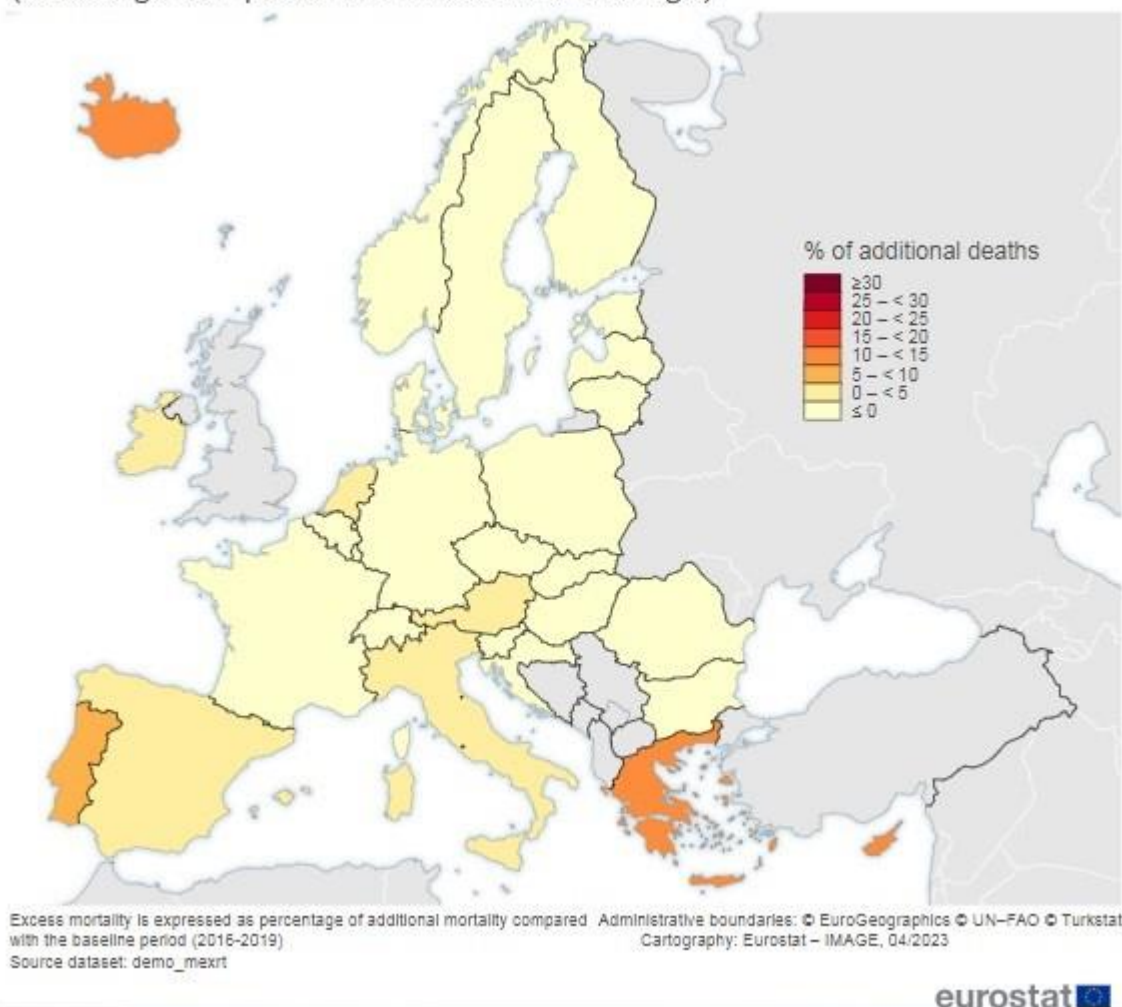
Dalla mappa d'Europa sparisce la mortalità in eccesso (idealista/news)

[Commenti: 0](#)

Per la prima volta da febbraio 2020 (periodo pre-pandemia di COVID-19), **non si è registrato un eccesso di mortalità nell'UE** nel suo complesso poiché l'indicatore è sceso al di sotto del valore di riferimento (numero medio di decessi per lo stesso periodo nel 2016-2019) a -2% nel febbraio 2023. In confronto, il tasso di mortalità in eccesso era dell'8% nel febbraio 2022 (39.000 decessi aggiuntivi), del 6% nel febbraio 2021 (26.000 decessi in eccesso) e di quasi -3% nel febbraio 2020.

Il tasso di mortalità in eccesso si è mantenuto elevato nell'ultimo trimestre del 2022, raggiungendo +12% in ottobre, +9% in novembre e +19% in dicembre, il valore più alto registrato del 2022. Gennaio 2023 ha registrato un calo significativo a +3% da mese precedente e poi ha continuato a scendere fino al valore negativo di febbraio. Queste informazioni provengono dai dati sull'eccesso di mortalità pubblicati oggi da Eurostat, sulla base della raccolta settimanale di dati sui decessi. L'articolo presenta una manciata di risultati dagli articoli più dettagliati di Statistics Explained sulla mortalità in eccesso e sui decessi settimanali.

Excess mortality in February 2023 (% change compared with 2016-2019 average)



Eurostat Autore Redazione 18 Aprile 2023, 11:10

Nel febbraio 2023, **due terzi dei paesi dell'UE non hanno registrato morti in eccesso**. Tra i paesi che hanno registrato valori positivi, Grecia e Cipro hanno registrato i tassi di mortalità in eccesso più elevati (entrambi +12% sopra la media mensile nazionale per il 2016-19), seguiti da Portogallo con +6%, Paesi Bassi e Francia, entrambi al 4%, Malta con il 2% e Italia, Irlanda e Austria, tutte con +1%. I maggiori picchi di decessi in eccesso nell'UE sono stati registrati nell'aprile 2020 (+25%), nel novembre 2020 (+40%), nell'aprile 2021 (+21%) e nel novembre 2021 (+27%).

https://www.idealista.it/news/immobiliare/internazionale/2023/04/18/173366-dalla-mappa-d-europa-sparisce-la-mortalita-in-eccesso?at_campaign=1299&at_variant=IT&at_medium=display&at_channel=outbrain_outbrain.com&at_general_placement=ITALY_IT_Traffic_DK_News&at_detail_placement=IT_La+Repubblica_RepGrouop_Gedi+Network+%28GEDI+DIGITAL%29&utm_medium=display&utm_campaign=1299&utm_source=outbrain_outbrain.com&utm_content=migrated&dicbo=v4-4tqlv1q-1078740534

Donatella Zorretto

Ricombina due versioni di Omicron

La nuova forma virale nata dalla ricombinazione di due versioni di Omicron ha causato un aumento del 251% di contagi in 28 giorni. Il primo caso accertato in Cina: ora è diffusa in altri 17 Paesi. In Europa resiste la barriera immunitaria creata dai vaccini

Covid non è finito. Anzi, in alcune aree del mondo sta dando il meglio di sé. Ne sa qualcosa l'India, con il suo +251% di casi in 28 giorni e una variante, la XBB.1.16, chiamata Arturo, che pare irrefrenabile e preoccupa le autorità. Non credono ai loro occhi i vertici governativi: "Il virus è lontano dall'essere sconfitto", ha commentato il primo ministro indiano Narendra Modi.

E in Europa? Arturo sembra non aver ancora scalfito la barriera immunitaria che le vaccinazioni stanno garantendo. E pure in Italia per ora la situazione non preoccupa. Anche se le distanze - e l'esperienza di questi ultimi tre anni l'ha dimostrato - per il virus SARS-CoV-2 non sono un problema.

I casi Covid nel mondo

Qualche dato per fare chiarezza sulla situazione pandemica che stiamo vivendo. Dal 20 febbraio al 19 marzo scorsi, sono stati segnalati oltre 3,7 milioni di nuovi casi Covid nel mondo e più di 26.000 decessi, con un calo rispettivamente del 31% e del 46% se si guarda ai 28 giorni precedenti. Ma in questo quadro l'India va in controtendenza, perché, nello stesso arco di tempo, nel Paese la variante Arturo ha generato numeri da paura: un'impennata di contagi di oltre il 250% e del 56% di decessi.

Lo testimonia il nuovo [bollettino settimanale dell'Oms](#) (Organizzazione Mondiale della Sanità), che aggiorna a 760 milioni di casi confermati di infezione da Sars-Cov-2 da inizio pandemia e a oltre 6,8 milioni di decessi.

Sud est asiatico sotto pressione

In particolare, spicca l'aumento nella regione del sud-est asiatico, che ha riportato oltre 18.000 nuovi casi, con un aumento del 70% rispetto a precedenti 28 giorni. A trainarlo sono gli incrementi in India (con 10.503 casi rispetto ai 2.996 nuovi; +251%), Bhutan (32 contro 17 nuovi casi; +88%) e il Maldive (26 rispetto 16 nuovi casi, +62%). Il numero più alto di nuovi contagi è stato segnalato, appunto, dall'India, seguita da Indonesia (7.139 nuovi casi, +16%) e Thailandia, (651, -51%).

Il numero di nuovi decessi a 28 giorni in Regione è diminuito del 24%, e il maggior numero è stato registrato in Indonesia (85 nuovi deceduti; -19%) e India (42 nuovi decessi, +56%). E l'Europa? Ha riportato oltre 1,5 milioni di nuovi casi, con un aumento del 9%: il numero più alto arriva da Russia (339.564 nuovi casi, +25%), Germania (281.468, -18%) e Austria (139.925, +33%). Mentre il numero di nuovi decessi in 28 giorni è diminuito del 15%: il dato più elevato si registra nel Regno Unito: 2.474 (-9%).

Dove si diffonde la variante Arturo

Tornando alla nuova variante Arturo, si è visto che si sta diffondendo nello stato indiano del Maharashtra e in altri quattro Stati. Ma l'India non è l'unico Paese in cui la XBB.1.1 si sta facendo strada. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, il primo caso accertato è stato rilevato in Cina, e al momento altri 17 Paesi, tra cui Canada e Singapore, sono sotto osservazione. In India, in particolare, per la prima volta nel 2023 si sono superati i 1.100 casi giornalieri, anche se rimane sostanzialmente invariato il numero dei ricoveri e della mortalità derivata dalla XBB.1.16.

La variante Arturo, secondo un rapporto dell'agenzia britannica [Ukhsa](#) (Uk Health Security Agency) è un lignaggio di una forma virale nata dalla ricombinazione di due versioni di Omicron, e la sua rapida diffusione fa pensare a una spiccata capacità di sfuggire agli anticorpi indotti da infezioni causate da varianti precedenti. I dati dell'Insacog, la rete indiana di laboratori per il sequenziamento del genoma del coronavirus Sars-Cov-2, indicano che la maggior parte degli isolati di XBB.1.16 proviene dal Maharashtra e che una buona parte dei casi è stata rilevata poche settimane fa.

La nuova derivazione di Omicron non sembra comunque causare forme più gravi di malattia: al momento, le autorità sanitarie indiane non segnalano stress sui sistemi sanitari del Paese, anche se temono le conseguenze di infezioni ripetute. In India, gran parte della popolazione è stata infettata dalla variante Delta nel 2021 e poi da Omicron nel 2022, per cui la maggior parte delle persone è stata esposta ad almeno due varianti. Gli esperti temono tuttavia che con la crescita dei contagi possano aumentare le complicazioni dell'infezione, come infarti ed ictus, specialmente negli anziani con più patologie e ad alto rischio di malattie gravi.

In Italia scende l'incidenza dell'RT

In Italia, intanto, diminuisce lievemente l'incidenza settimanale dei casi Covid: 38 ogni 100.000 abitanti (dal 17 al 23 marzo) rispetto a 40 ogni 100.000 abitanti (dal 10 al 16 marzo), secondo il monitoraggio settimanale ISS-Ministero della Salute. Nel periodo 1 - 14 marzo 2023, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 0,96 (range 0,84-1,18), in lieve aumento rispetto alla settimana precedente quando era 0,94 ma resta sotto la soglia epidemica. Il tasso di occupazione in Terapia intensiva è sostanzialmente stabile all'1,1% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute al 23 marzo) rispetto all'1,0% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute al 16 marzo). Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale è stabile al 4,1% (rilevazione giornaliera ministero della Salute al 23 marzo).

https://www.repubblica.it/salute/2023/03/28/news/covid_varianti_virus-393886522/?ref=RHLF-BG-I393950708-P7-S1-T1

la Repubblica

"Ecco dove si nascondeva il virus nel 2020" (La Repubblica, Donatella Zorretto)

Donatella Zorretto

La ricerca, pubblicata su Nature, è stata condotta nel mercato del pesce di Wuhan all'inizio della pandemia. Trovati i primi positivi nei campioni animali e ambientali. Gli scettici: "Non basta, servono rilievi precedenti" Com'è nato il virus SARS-CoV-2? E dove? E quando? Domande che rimbalzano da tre anni in tutto il mondo. Lo studio delle origini del Covid si identifica con due scuole di pensiero: la teoria secondo la quale sia stato prodotto dal salto di specie tra animale-essere umano; la seconda, secondo cui sarebbe invece il prodotto di un esperimento o incidente di laboratorio. In entrambi i casi la localizzazione del virus è da ricercarsi in Cina. E, proprio dalla Cina, a conforto della tesi dello spillover (salto di specie, processo naturale per cui un patogeno degli animali evolve e diventa in grado di infettare, riprodursi e trasmettersi all'interno della specie umana, ndr), arriva l'ultimo studio in ordine di tempo, che individua le origini del Covid nel mercato del pesce di Wuhan, nella provincia dello Huanan, all'inizio del 2020. Su quanto questo lavoro sia attendibile è aperta la discussione.

L'ultimo studio made in China

Entrando nel merito, va detto che si tratta dei risultati prodotti in seguito alla sorveglianza per SARS-CoV-2 condotta nel mercato del pesce di Huanan e pubblicati su [Nature](#) il 5 aprile scorso. Autori dello studio sono George Gao e William Lu dei National Institute for Viral Disease Control and Prevention e Chinese Center for Disease Control and Prevention di Pechino.

È un'analisi molto attesa dei tamponi raccolti in un mercato umido a Wuhan, proprio nelle prime settimane in cui la pandemia di Covid infuriava, ma anche dei dati collegati, che la comunità di ricerca internazionale ha reclamato a gran voce fin dall'inizio dell'epidemia.

Cosa dice la ricerca

Ma cos'ha portato alla luce il lavoro degli esperti cinesi? Dobbiamo dare per certo, o comunque credibile, che il Covid sia nato in quel mercato a causa del salto di specie? L'analisi di campioni ambientali e animali provenienti dal mercato ha rilevato che nei tamponi effettuati nell'ambiente c'erano tracce del virus SARS-CoV-2. E un'ulteriore analisi del materiale genomico trovato su campioni ambientali positivi e negativi al virus ha rivelato che sul mercato era presente un'ampia gamma di animali, comprese specie, come i cani procione, che in precedenza erano stati ipotizzati essere potenziali ospiti intermedi per la SARS-CoV-2. Ma questo non può bastare. Perché la nuova analisi non dimostra che gli animali in questione siano stati infettati dal virus.

Rilievi tra animali randagi ed escrementi

Il mercato del pesce di Wuhan è stato associato al verificarsi dei primi casi umani (in gruppo) di Covid, emersi nel dicembre 2019. E per questo è stato chiuso il 1 gennaio 2020.

Per indagare sulla prevalenza di SARS-CoV-2 all'interno e nelle vicinanze del mercato, sia nell'ambiente che negli animali (tra cui merci invendute trovate in frigoriferi e congelatori, animali randagi e le loro feci e il contenuto di un acquario), sono stati raccolti numerosi campioni nel periodo compreso tra il 1 gennaio e il 30 marzo 2020. Per la precisione, complessivamente sono stati prelevati 1.380 campioni (923 ambientali e 457 di origine animale).

I risultati dell'indagine cinese

Dei campioni ambientali raccolti all'interno e intorno al mercato, riferiscono George Gao e colleghi, 73 sono risultati positivi per SARS-CoV-2. Inoltre, dei 64 campioni contagiosi eseguiti dentro il mercato, 56 (87,5%) sono stati prelevati dalla zona ovest (perché si sospettava che l'angolo sud-ovest vendesse fauna selvatica), sebbene quest'area fosse prioritaria per un campionamento più intensivo.

Infine, SARS-CoV-2 è stato rilevato anche nelle fogne e nei pozzi delle acque reflue, cosa che suggerisce il fatto che gli esseri umani, ma forse pure gli animali infetti, possano aver contaminato le acque e quindi facilitato la diffusione del virus nel mercato stesso.

Quanto regge la teoria dello spillover?

Dunque questo studio, l'ultimo di una lunga serie di indagini scientifiche sulle origini del Covid, parrebbe dare una risposta attendibile. Ma non è proprio così. E sono gli stessi autori ad ammetterlo. "Sebbene questi risultati supportino le affermazioni secondo cui SARS-CoV-2 fosse prevalente nel mercato ittico di Wuhan durante le prime fasi della pandemia di Covid, non possono fornire la prova della potenziale diffusione del virus dagli animali agli esseri umani in questo contesto - concludono -. La possibilità di una potenziale introduzione del virus sul mercato attraverso esseri umani infetti o prodotti della catena del freddo non può ancora essere esclusa". Pertanto si è concluso che l'origine del virus più temuto degli ultimi anni non possa essere determinata da questo studio cinese.

Di questa idea, riporta Nature, è il virologo evoluzionista Jesse Bloom, del Fred Hutchinson Cancer Center a Seattle, Washington, il quale afferma che, "sebbene i tamponi, raccolti nel gennaio 2020, forniscano informazioni utili su quali animali fossero sul mercato, sono necessari anche campioni precedenti per trovare le origini della pandemia". "Se mai sapremo le origini esatte del SARS-CoV-2 - ha concluso Bloom -, sospetto che ciò proverrà da nuove informazioni su casi o eventi all'inizio di dicembre o novembre del 2019, se non prima".

https://www.repubblica.it/salute/2023/04/07/news/dove_nato_il_covid_lo_studio_cinese_ecco_dove_si_nascondeva_nel_2020-395312457/?ref=RHVB-BG-I270679801-P4-S2-T1

Pandemie e rischi emergenti, l'Oms vara la strategia Pret. Le tre priorità da qui al 2025 (Il Sole 24ore)

Aggiornare i piani di preparazione tenendo conto dell'esperienza vissuta con il Covid-19, tuttora in atto, a cominciare dalle pandemie originate da patogeni respiratori. Aumentare la sinergia tra gli stakeholder coinvolti nella redazione dei piani pandemici, che includa la costruzione di sistemi equi, esercitazioni congiunte e la condivisione di buone pratiche.

Dedicare investimenti sostenibili, finanziamenti e monitoraggio ai piani di preparazione, facendo tesoro delle lacune emerse durante le passate pandemie ed epidemie.

Queste le priorità su cui l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) chiede agli stati di focalizzarsi entro il 2025, per adeguarsi alla nuova iniziativa Pret (Preparedness and Resilience for Emerging Threats Initiative), lanciata oggi sulla base dell'esperienza Sars-Cov-2 e da mettere a punto in vista di future pandemie ed emergenze.

Una strategia che dovrà andare oltre l'ambito della salute ma ad esempio guardare all'agricoltura: «Le attività da avviare non devono essere di competenza del solo settore sanitario - ha affermato il Dg Oms Adhanom Ghebreyesus -. Proprio come le emergenze sanitarie hanno un impatto su molti settori, così i nostri sforzi di preparazione e risposta devono abbracciare altri settori, discipline e agenti patogeni.

È anche fondamentale che l'impegno e l'equità della comunità siano al centro dei nostri sforzi, specialmente per quelle popolazioni che sono emarginate e più a rischio».

Il primo modulo dell'iniziativa Pret si concentra sui patogeni respiratori, tra cui influenza, coronavirus e virus respiratorio sinciziale.

Data la pandemia di Covid-19 in corso e la possibile minaccia dell'influenza aviaria, questo modulo - sottolineano dall'Oms - consentirà ai paesi di rivedere, testare e aggiornare in modo critico i loro sforzi di pianificazione della pandemia respiratoria per garantirsi di disporre in futuro di capacità adeguate. Nel frattempo è stato già avviato un processo per identificare il prossimo gruppo di agenti patogeni su cui concentrare gli sforzi, come gli arbovirus.

Per aiutare i paesi a prepararsi meglio alle future pandemie, l'Oms ha lanciato oggi una nuova iniziativa che fornisce indicazioni sulla pianificazione integrata per rispondere a qualsiasi patogeno respiratorio come l'influenza o i coronavirus.

La nuova iniziativa di preparazione e resilienza per le minacce emergenti, o PRET, incorpora gli strumenti e gli approcci più recenti per l'apprendimento condiviso e l'azione collettiva stabiliti durante la pandemia di COVID-19 e altre recenti emergenze di salute pubblica.

Attraverso l'iniziativa, l'OMS utilizzerà un approccio basato sulla modalità di trasmissione per guidare i paesi nella pianificazione della pandemia, dato che molte capacità e capacità sono comuni tra i gruppi di agenti patogeni. PRET risponde alla richiesta di orientamento tecnico e supporto per promuovere e rafforzare la preparazione e la risposta integrate, come delineato nelle risoluzioni dell'Assemblea mondiale della sanità.

La pandemia di COVID-19 e altre emergenze sanitarie hanno dimostrato che i paesi devono essere operativamente pronti a rispondere alle minacce di malattie infettive, con piani di preparazione su misura e un migliore coordinamento e collaborazione con altri settori come l'agricoltura.

"Le attività di preparazione, prevenzione e risposta non devono essere di competenza del solo settore sanitario", ha affermato il dottor Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'OMS. "Proprio come le emergenze sanitarie hanno un impatto su molti settori, così i nostri sforzi di preparazione e risposta devono abbracciare settori, discipline e agenti patogeni. È anche fondamentale che l'impegno e l'equità della comunità siano al centro dei nostri sforzi, specialmente per quelle popolazioni che sono emarginate e più a rischio".

PRET è un'evoluzione nell'approccio dell'OMS alla preparazione alla pandemia attraverso l'applicazione di una modalità di lente di trasmissione, piuttosto che un focus su malattie specifiche. L'OMS continuerà a sviluppare e diffondere linee guida su malattie specifiche, se necessario.

Il lancio dell'iniziativa ha luogo l'ultimo giorno di incontri con oltre 120 persone in rappresentanza degli Stati membri, dei partner e del segretariato dell'OMS, per definire il percorso da seguire per il PRET, compreso lo sviluppo di una tabella di marcia globale per l'attuazione della preparazione alle pandemie dei patogeni respiratori

Il primo modulo dell'iniziativa PRET si concentra sui patogeni respiratori, tra cui influenza, coronavirus e virus respiratorio sinciziale. Data la pandemia di COVID-19 in corso e la possibile minaccia dell'influenza aviaria, questo modulo consentirà ai paesi di rivedere, testare e aggiornare in modo critico i loro sforzi di pianificazione della pandemia respiratoria per garantire che dispongano delle capacità e delle capacità funzionali.

È in corso un processo per identificare il prossimo gruppo di agenti patogeni, come gli arbovirus, da affrontare nell'ambito di questa iniziativa. Ciò seguirà le priorità identificate attraverso le dieci proposte per rafforzare l'architettura globale per la preparazione, la risposta e la resilienza alle emergenze sanitarie (HEPR).

L'iniziativa PRET inaugura una nuova era per la preparazione alla pandemia e rappresenta un'evoluzione delle attività principali dell'OMS per sostenere tutti gli Stati membri nel rafforzamento delle capacità e delle capacità di preparazione, prevenzione e risposta alle emergenze sanitarie. L'iniziativa può anche servire a rendere operativi gli obiettivi e le disposizioni dell'Accordo pandemico, attualmente negoziato dagli Stati membri dell'OMS.

A seguito degli input e delle discussioni tra i partecipanti alla riunione, l'OMS invita le parti interessate a questo invito globale all'azione per far progredire la preparazione alla pandemia dei patogeni respiratori.

Chiamata all'azione

L'OMS, gli Stati membri e i partner stanno lavorando insieme per identificare e attuare azioni prioritarie per rafforzare la preparazione nazionale, regionale e globale alle pandemie e alle minacce emergenti di malattie infettive. Riconosciamo il ruolo delle comunità e di tutti i settori e la necessità di uno slancio armonizzato e sostenuto per porre fine al ciclo di panico e abbandono che è fin troppo comune nella preparazione e nella risposta alla pandemia.

Ricordiamo lezioni da precedenti epidemie e pandemie, in particolare quelle causate da agenti patogeni respiratori. Questi agenti patogeni hanno e continueranno a rappresentare una minaccia globale significativa con il potenziale di causare un'enorme morbilità e mortalità, sopraffare i sistemi sanitari, destabilizzare l'economia globale ed esacerbare le disuguaglianze, che esistono nell'accesso a entrambi gli strumenti per prevenire le pandemie e assistenza sanitaria per tutte le persone.

Questo è un invito all'azione per accelerare la preparazione alle pandemie e alle minacce emergenti a livello globale.

Una preparazione efficace si basa su una solida pianificazione e su un'azione coordinata. Un impegno collettivo sulle seguenti azioni vedrà progressi compiuti entro dicembre 2025, come sarà descritto nel quadro di monitoraggio della preparazione e della resilienza alle minacce emergenti (PRET):

1. Aggiornare i piani di preparazione che affermino azioni prioritarie e che tengano conto degli insegnamenti tratti da eventi passati. Riconoscere il rischio rappresentato dai patogeni respiratori, pianificare una pandemia di patogeni respiratori sulla base dei temi identificati nel Modulo PRET n. 1: Pianificare le pandemie dei patogeni respiratori è una priorità

2. Aumentare la connettività tra le parti interessate nella pianificazione della preparazione alla pandemia attraverso il coordinamento e la cooperazione sistematici. Ciò include la costruzione di sistemi equi; condurre esercitazioni congiunte; e condividere informazioni su buone pratiche, sfide e opportunità.

3. Dedicare investimenti sostenuti, finanziamento e monitoraggio della preparazione alla pandemia, con particolare attenzione a colmare le lacune identificate durante le passate pandemie ed epidemie.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2023-04-26/pandemie-e-rischi-emergenti-oms-vara-strategia-pret-tre-priorita-qui-2025-151725.php?uuid=AEyNgJMD&cmpid=nlqf>



Il grande affare dei vaccini Covid: gli stati pagano la ricerca, Big Pharma decide e incassa miliardi (L'Espresso)

Stati Uniti ed Europa hanno investito trenta miliardi nei farmaci contro la pandemia: le multinazionali solo 16, hanno realizzato profitti per oltre 90 e possono alzare i prezzi. I risultati di un'indagine commissionata dalla commissione europea al professore della Statale di Milano, Massimo Florio

di Gloria Riva

Trenta miliardi. È questa la cifra che gli Stati, Usa e Unione Europea in primis, hanno speso per finanziare la ricerca e lo sviluppo dei vaccini. Mentre le case farmaceutiche, che si sono arricchite vendendo i risultati di quegli investimenti pubblici, hanno messo di tasca propria solo 16 miliardi per la ricerca e sviluppo. A posteriori, nei due anni successivi all'inizio della pandemia, le principali multinazionali farmaceutiche Pfizer, BioNTech, Moderna e Sinovac hanno **registrato profitti per circa 90 miliardi di dollari** dalla vendita di vaccini e farmaci contro il Covid-19.

È questo il dato emerso da uno studio commissionato dal Parlamento Europeo e dalla Commissione speciale sugli insegnamenti da trarre dalla pandemia ai docenti di Scienze della Finanza dell'Università di Milano, Massimo Florio, Simona Gamba e a Chiara Pancotti del Center of Industrial Studies, Csil.

Trenta miliardi sono stati investiti dal pubblico, senza tuttavia avere alcuna voce in capitolo sulle decisioni economiche fondamentali e costretti, oltretutto, a sottostare a qualsiasi variazione di prezzo stabilita dalle multinazionali: al punto che, in base all'indagine della Corte dei Conti Europea, il Vecchio continente ha **speso altri 71 miliardi per 4,6 miliardi di dosi di vaccino**, con contratti di acquisto anticipato. Si tratta, di fatto, della spesa più onerosa per il bilancio europeo di tutti i tempi.

Lo studio del professor Florio ha dimostrato «la forte prevalenza del rischio finanziario assunto dal pubblico, cioè dai cittadini, rispetto al privato nella produzione dei vaccini contro Covid-19. Un rischio a cui non ha corrisposto un potere di decisione sui prezzi e sulla distribuzione, con gravi oneri per l'interesse collettivo». Si tratta di una realtà del tutto diversa dalla narrazione secondo cui i risultati ottenuti con i vaccini si devono soprattutto agli investimenti "a rischio" assunti dalle imprese farmaceutiche, perché assunti ancor prima di sapere se i vaccini funzionassero o meno.

Per i nove vaccini esaminati dallo studio, la ricerca ha stimato che le imprese hanno realizzato investimenti di cinque miliardi di euro per ricerca e sviluppo e di undici miliardi per investimenti produttivi prima di avere certezza di vendita, per un totale di 16 miliardi.

A fronte di essi, dall'esterno, in quasi completa provenienza dagli Stati, **sono arrivate alle imprese sovvenzioni a fondo perduto di nove miliardi per ricerca e sviluppo**, con un'enorme variabilità fra imprese riceventi, e ventuno miliardi di advanced purchase agreements, cioè degli accordi di acquisto prima dell'autorizzazione dei vaccini stessi, per un totale di 30 miliardi.

«Quindi la maggior parte del rischio finanziario che ha consentito la realizzazione dei nove vaccini esaminati è stata assunta dal settore pubblico, non dalle imprese» ha commentato **Fabrizio Barca**, co-coordinatore del Forum Disuguaglianze e Diversità, che continua: «Questo dato nega, in primo luogo, che gli elevatissimi extra-profitti realizzati dalle imprese farmaceutiche nella vendita dei vaccini siano in qualche misura giustificati dal rischio di mercato da loro assunto. Addirittura, per alcune multinazionali i profitti sono stati di svariate decine di miliardi.

Mentre, un rischio due volte maggiore è stato assunto dagli Stati, con mezzi delle persone contribuenti (di oggi e di domani). Ma a fronte di tale rischio gli Stati non hanno esercitato la funzione di governo e controllo delle decisioni di prezzo e distribuzione che competono a chi si assume la maggioranza del rischio».

Quei soldi avrebbero potuto essere spesi diversamente, ad esempio **i governi avrebbero potuto investire sul rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici**. Una distorsione che rischia di aggravarsi ulteriormente nell'immediato futuro, visto che **Moderna e Pfizer hanno annunciato di volere quintuplicare il prezzo a dose** portandolo a circa 100 dollari dagli attuali 20, e che l'immunizzazione dura solo pochi mesi. Per cui si ricomincerà a dover pagare un conto illimitato. Per di più, argomenta lo studio, senza che i fortissimi differenziali di prezzo fra i diversi vaccini siano accompagnati da alcuna valutazione delle differenze nella loro efficacia.

«È evidentemente **necessaria una forte correzione di rotta** per affrontare in tutt'altro modo i possibili sviluppi dell'attuale pandemia e ogni simile emergenza», argomenta **Massimo Florio**, che è docente di Economia alla Statale di Milano e membro del Forum DD, che continua: «La scelta sin qui compiuta dall'Unione Europea non va in questa direzione, ma conferma la logica delle sovvenzioni pubbliche in attività di ricerca e sviluppo su cui gli Stati non hanno voce.

Occorre un intervento pubblico europeo per prevedere e affrontare le prossime pandemie e per altre emergenze già visibili. In campi cruciali per la salute, serve la messa a punto di farmaci, vaccini, diagnostica e altri rimedi, da offrire ai cittadini come beni comuni: con ricerca e sviluppo anche in collaborazione con imprese private, ma mantenendo fermamente sotto controllo pubblico la proprietà intellettuale e le decisioni strategiche su tutto il ciclo dell'innovazione biomedica e del farmaco in quei campi».

Lo studio argomenta che nell'immediato è necessario normare a livello Europeo la condivisione delle decisioni di prezzo e distribuzione fra privato e pubblico in relazione all'entità dei rispettivi investimenti. A regime, la strada appropriata è quella di avviare la costruzione di un'infrastruttura pubblica, come quella proposta nello studio precedente Biomed Europa, svolto dagli stessi economisti per lo Science and Technology panel del Parlamento Europeo, a partire da una idea maturata già nel 2019 nel ForumDD.

https://espresso.repubblica.it/economia/2023/03/24/news/vaccini_covid_miliardi-393513753/



Farmaci: esclusiva, antibiotici e digitale nel pacchetto di riforma Ue (Il Sole 24ore)

Kyriakides: "Migliorerà l'accesso alle cure". La bocciatura di Farmindustria

Un periodo di esclusiva sui medicinali più breve, dai 10 anni attuali a 8, ma con la possibilità per le Pharma di prolungare i tempi fino a 12 anni se si impegnano a garantire l'accesso ai nuovi farmaci in tutti gli Stati membri o a rispondere a esigenze mediche insoddisfatte.

È la novità principale contenuta nel pacchetto di riforma del settore presentato oggi dalla Commissione europea, che punta ad ampliare l'accesso ai medicinali a prezzi sostenibili. Tra le misure proposte, anche l'ingresso più veloce nel mercato per i farmaci generici, dal giorno di scadenza del periodo di esclusiva.

Il nuovo sistema di esclusiva proposto da Bruxelles prevede che le industrie che fanno ricerca sui nuovi antibiotici ottengano, in cambio del loro impegno, un 'buono' per prolungare il periodo di protezione su uno qualsiasi dei loro prodotti. Il voucher sarà trasferibile, cioè le case farmaceutiche potranno venderlo ad altre case.

Le modifiche toccano anche i medicinali orfani, quelli per le malattie rare, per i quali i tempi di protezione regolamentare potranno sommarsi fino a un massimo di 13 anni, mentre oggi arrivano a 10 anni. L'Ue prevede inoltre di compilare entro fine anno una lista dei medicinali critici da monitorare per evitare le

carenze, con un sistema di allerta precoce a carico dei produttori e un controllo rafforzato a carico delle istituzioni comunitarie e nazionali.

Le procedure di autorizzazione all'immissione sul mercato dovranno tenere conto anche dell'impatto ambientale dei medicinali, ma saranno più rapide, con la promessa della Commissione di riorganizzare l'intero sistema per ridurre i tempi dagli attuali 400 a 180 giorni.

L'obiettivo finale è creare un vero mercato unico dei farmaci, con meno disparità di accesso come accaduto durante la pandemia, quando i vaccini furono garantiti nello stesso momento a tutti gli Stati membri. Prevista anche l'istituzione del bugiardinio elettronico, per garantire informazioni accurate ai pazienti nella loro lingua, e l'intera digitalizzazione delle informazioni sui medicinali, comprese le procedure di autorizzazione.

La riforma della legislazione sui medicinali "consentirà l'accesso ai nuovi farmaci a circa 70 milioni di cittadini in più rispetto a oggi" ha commentato la commissaria Ue alla Salute, Stella Kyriakides, [presentando il pacchetto di misure](#) per creare "un mercato unico" dei medicinali.

Kyriakides ha anche ricordato i risparmi che l'Ue si prefigge di ottenere semplificando le procedure di autorizzazione per i produttori. La riduzione dei tempi di esame "passerà dai circa 400 giorni di oggi a 180 con un risparmio fino a 300 milioni di euro all'anno per le imprese e le autorità nazionali e tra 500 milioni e 1 miliardo di euro di risparmi nei prossimi 15 anni per l'industria".

"Con l'esperienza del Covid abbiamo dimostrato di essere più forti quando lavoriamo insieme" ha detto Kyriakides, sottolineando che "un'Unione europea della sanità forte ha il dovere di agire per i nostri cittadini".

La bocciatura di Farmindustria.

A bocciare sonoramente la proposta di riforma Ue è Farmindustria: l'associazione degli industriali guidata da Marcello Cattani affida a un comunicato, in tarda serata, la propria posizione secondo cui la revisione della legislazione farmaceutica europea presentata dalla Commissione Ue, se approvata, "avrà conseguenze pesantissime sulla competitività e sull'attrattività dell'industria farmaceutica in Europa e in Italia, quindi sugli investimenti e sull'occupazione. Ma non solo - prosegue il comunicato -: gli effetti potranno tradursi anche in un minore accesso alle cure e all'innovazione per i cittadini".

Questo perché "l'indebolimento della proprietà intellettuale - con la riduzione della 'data protection' da 8 a 6 anni e dell'esclusiva di mercato per i farmaci orfani da 10 a 9 - ha rischi certi per investimenti e innovazione, assolutamente non compensati dal nuovo sistema di incentivi, assai complicato da attivare e dai risultati incerti per le aziende.

La proprietà intellettuale - sottolineano gli industriali del farmaco aderenti a Confindustria - non può essere ridotta neanche di un giorno, altrimenti il pericolo è di vedere arrivare prima i nuovi farmaci e vaccini nei Paesi che garantiscono un quadro più favorevole.

A tutto vantaggio dei Paesi extra Ue che hanno adottato politiche fortemente incentivanti negli ultimi 20 anni, mentre l'Europa nello stesso periodo ha perso un quarto degli investimenti in ricerca.

Perdita che pesa proprio sugli Stati con più alta presenza industriale, come l'Italia.

In gioco come ha sottolineato il Governo italiano - è la conclusione - c'è un'industria che rappresenta un patrimonio per la salute, la crescita economica, l'innovazione e la stessa sicurezza nazionale, che rischia di essere cancellato di colpo".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2023-04-26/farmaci-esclusiva-antibiotici-e-digitale-pacchetto-riforma-ue-kyriakides-migliorerà-accesso-cure-133109.php?uuid=AEyldIMD&cmpid=nlqf>

Tempi di approvazione più rapidi, protezione brevettuale di 8 anni e incentivi alle aziende. La Commissione Ue presenta la proposta di riforma del settore. Ecco tutte le novità

Barbara Di Chiara

Con le nuove misure si “consentirà l'accesso ai nuovi farmaci a circa 70 milioni di cittadini in più rispetto a oggi”. La “riduzione dei tempi di esame passerà dai circa 400 giorni di oggi a 180” con un risparmio “fino a 300 milioni di euro all'anno per le imprese e le autorità” nazionali e “tra 500 milioni e 1 miliardo di euro di risparmi nei prossimi 15 anni” per l'industria.

Le proposte legislative, che comprendono una nuova [direttiva](#) e un nuovo [regolamento](#) per il settore, saranno ora presentate al Parlamento europeo e al Consiglio europeo.

26 APR - Il 'giorno zero' della farmaceutica in Europa è arrivato. La Commissione europea ha infatti presentato oggi la proposta di revisione della legislazione farmaceutica dell'UE - la più grande riforma in oltre 20 anni - "per renderla più agile, flessibile e adattata alle esigenze dei cittadini e delle imprese in tutta l'UE". Tempi di autorizzazione più veloci (da 400 a 180 giorni in media) e protezione brevettuale di 8 anni sui medicinali (12 per gli innovativi), salvo alcune specifiche situazioni, sono gli elementi che saltano all'occhio per primi nella nuova proposta.

Il testo, da tempo all'esame di Bruxelles, si prefigge in generale di raggiungere i seguenti obiettivi principali: creare un mercato unico dei medicinali che garantisca a tutti i pazienti in tutta l'UE un accesso tempestivo ed equo a medicinali sicuri, efficaci e a prezzi accessibili; continuare a offrire un quadro attraente e favorevole all'innovazione per la ricerca, lo sviluppo e la produzione di farmaci in Europa; ridurre drasticamente l'onere amministrativo velocizzando notevolmente le procedure, riducendo i tempi di autorizzazione dei farmaci, in modo che raggiungano i pazienti più velocemente; migliorare la disponibilità e garantire che i medicinali possano sempre essere forniti ai pazienti, indipendentemente da dove vivono nell'UE; affrontare la resistenza antimicrobica (AMR) e la presenza di prodotti farmaceutici nell'ambiente attraverso un approccio One Health; rendere i medicinali più sostenibili dal punto di vista ambientale".

Le proposte legislative, che comprendono una nuova [direttiva](#) e un nuovo [regolamento](#) per il settore, saranno ora presentate al Parlamento europeo e al Consiglio europeo.

Operativamente, dunque, "la valutazione scientifica e l'autorizzazione dei medicinali saranno accelerate (ad esempio, le procedure di autorizzazione dell'EMA richiederanno 180 giorni, contribuendo a ridurre l'attuale media di circa 400 giorni) e l'onere normativo sarà ridotto attraverso procedure semplificate (ad esempio, abolendo nella maggior parte dei casi rinnovo dell'autorizzazione all'immissione in commercio e introduzione di procedure più semplici per i medicinali generici) e digitalizzazione (ad es. presentazione elettronica delle domande e informazioni elettroniche sui prodotti).

Saranno mantenuti i più elevati standard di qualità, sicurezza ed efficacia per l'autorizzazione dei medicinali. Fra gli incentivi efficaci per l'innovazione: la protezione normativa fino a un massimo di 12 anni per i medicinali innovativi, combinata con i diritti di proprietà intellettuale esistenti, garantirà che l'Europa rimanga un centro attraente per gli investimenti e l'innovazione.

Per creare un mercato unico dei medicinali, la riforma allontanerà l'attuale sistema dalla sua protezione normativa 'unica per tutti' verso un quadro di incentivi più efficace per l'innovazione che promuova anche gli interessi della salute pubblica. Per raggiungere questo obiettivo, si propone un periodo minimo di tutela regolamentare di 8 anni che può essere prorogato nei seguenti casi: se i medicinali vengono lanciati in tutti gli Stati membri, se rispondono a esigenze mediche insoddisfatte, se vengono condotte sperimentazioni cliniche comparative o se viene sviluppata una nuova indicazione terapeutica".

La riforma "renderà i farmaci più disponibili, accessibili e convenienti. Sosterrà l'innovazione e rafforzerà la competitività e l'attrattiva dell'industria farmaceutica, promuovendo nel contempo standard ambientali più elevati. Oltre a questa riforma, la Commissione propone una [raccomandazione](#) del Consiglio per intensificare la lotta contro la resistenza antimicrobica (AMR)", si legge nella nota ufficiale della Commissione Ue.

"I medicinali autorizzati nell'UE non raggiungono ancora i pazienti abbastanza rapidamente e non sono ugualmente accessibili in tutti gli Stati membri. Vi sono notevoli lacune nell'affrontare le esigenze mediche insoddisfatte, le malattie rare e la resistenza antimicrobica (AMR).

I prezzi elevati per i trattamenti innovativi e la carenza di farmaci rimangono una preoccupazione importante per i pazienti e i sistemi sanitari. Inoltre, per garantire che l'UE rimanga un luogo attraente per gli investimenti e un leader mondiale nello sviluppo di medicinali, deve adattare le sue norme alla trasformazione digitale e alle nuove tecnologie, riducendo al contempo la burocrazia e semplificando le procedure.

Infine, le nuove norme devono affrontare l'impatto ambientale della produzione di medicinali in linea con gli obiettivi del Green Deal europeo. La revisione include proposte per una nuova direttiva e un nuovo regolamento, che rivedono e sostituiscono la legislazione farmaceutica esistente, compresa la legislazione sui medicinali per bambini e per le malattie rare".

Per raggiungere tutti questi obiettivi, "la riforma riguarda l'intero ciclo di vita dei farmaci. Elementi chiave della proposta sono: migliore accesso a farmaci innovativi e convenienti per i pazienti e i sistemi sanitari nazionali: nuovi incentivi incoraggeranno le aziende a mettere i loro farmaci a disposizione dei pazienti in tutti i paesi dell'UE e a sviluppare prodotti che rispondano a esigenze mediche insoddisfatte.

Inoltre, sarà facilitata la disponibilità anticipata di medicinali generici e biosimilari e semplificate le procedure di autorizzazione all'immissione in commercio. Saranno introdotte misure per una maggiore trasparenza del finanziamento pubblico dello sviluppo dei medicinali e sarà incentivata la generazione di dati clinici comparativi.

Promuovere l'innovazione e la competitività attraverso un quadro normativo efficiente e semplificato: la riforma creerà un ambiente normativo favorevole all'innovazione per lo sviluppo di nuovi medicinali e la riconversione di quelli esistenti. L'Agenzia europea per i medicinali (EMA) fornirà un migliore supporto normativo e scientifico agli sviluppatori di medicinali promettenti per facilitare la rapida approvazione e aiutare le PMI e gli sviluppatori senza scopo di lucro".

"I diritti di proprietà e i nuovi periodi di protezione regolamentare salvaguarderanno anche il vantaggio competitivo dell'UE nello sviluppo farmaceutico, uno dei più protettivi al mondo. La riforma guiderà gli sforzi affinché la ricerca e lo sviluppo si concentrino sulle maggiori esigenze dei pazienti e vi sia un accesso più tempestivo ed equo dei pazienti ai medicinali in tutta l'UE.

Per affrontare la carenza di medicinali e garantire la sicurezza dell'approvvigionamento, la riforma introduce nuovi requisiti per il monitoraggio della carenza di medicinali da parte delle autorità nazionali e un ruolo di coordinamento più forte per l'EMA. Gli obblighi delle aziende saranno rafforzati, compresa la segnalazione anticipata di carenze e ritiri di medicinali e lo sviluppo e il mantenimento di piani di prevenzione della carenza. Verrà stilato un elenco di farmaci critici a livello dell'UE e saranno valutate le vulnerabilità della catena di approvvigionamento di questi medicinali, con raccomandazioni specifiche sulle misure che devono essere adottate dalle aziende e da altri soggetti interessati della catena di approvvigionamento. Inoltre, la Commissione può adottare misure giuridicamente vincolanti per rafforzare la sicurezza dell'approvvigionamento di medicinali critici specifici".

Ancora, si punta a una "maggiore protezione dell'ambiente: una migliore applicazione degli attuali requisiti ambientali limiterà le potenziali conseguenze negative dei medicinali sull'ambiente e sulla salute pubblica. Lotta alla resistenza antimicrobica (AMR), considerata una delle tre principali minacce per la salute nell'UE. La riforma offre incentivi attraverso buoni trasferibili alle aziende che investono in nuovi antimicrobici in grado di trattare agenti patogeni resistenti, affrontando l'attuale fallimento del mercato.

Saranno inoltre introdotti misure e obiettivi per un uso prudente degli antimicrobici, compresi l'imballaggio adattato e l'obbligo di prescrizione medica, per mantenere l'efficacia di questi medicinali. Si punta a intensificare le azioni dell'UE per combattere la resistenza antimicrobica in un [approccio One Health](#).

Sempre per quanto riguarda la AMR, la proposta sostiene dunque "l'uso prudente degli antimicrobici, raccomandando obiettivi concreti e misurabili per ridurre l'uso e promuovere livelli elevati di prevenzione delle infezioni, in particolare negli ospedali, e di controllo nel settore della salute umana.

La proposta migliora inoltre la sensibilizzazione del pubblico, l'istruzione e la formazione dei professionisti pertinenti e promuove la cooperazione tra le parti interessate di tutti i settori pertinenti. Gli obiettivi raccomandati sono stati concepiti con il sostegno del Centro europeo per la prevenzione e il

controllo delle malattie (ECDC) e tengono conto delle situazioni nazionali (diversi livelli di consumo di antimicrobici, diffusione dei principali agenti patogeni resistenti negli Stati membri).

Consentono inoltre un migliore monitoraggio dei progressi nei prossimi anni. Inoltre, la proposta rafforzerà i piani d'azione nazionali One Health sulla resistenza antimicrobica, promuoverà la ricerca e l'innovazione, rafforzerà la sorveglianza e il monitoraggio della resistenza antimicrobica e del consumo di antimicrobici, rafforzerà le azioni globali, contribuirà all'elaborazione di un incentivo finanziario multinazionale dell'UE per migliorare l'accesso alle antimicrobici e incentivare lo sviluppo di altre contromisure mediche antimicrobiche come i vaccini e la diagnostica rapida".

"Oggi aggiungiamo un altro pilastro fondamentale per la nostra Unione europea della salute. Stiamo avanzando proposte per garantire che i medicinali raggiungano i pazienti ovunque in Europa, in modo tempestivo ed equo. Si tratta di una riforma che garantisce che l'Europa rimanga attraente per le imprese e che la nostra industria farmaceutica resti una potenza di innovazione globale. Costruire un mercato unico dei medicinali è una necessità sia per i nostri cittadini che per le nostre imprese", ha commentato Stella Kyriakides, Commissario per la salute e la sicurezza alimentare.

La riforma della legislazione sui medicinali "consentirà l'accesso ai nuovi farmaci a circa 70 milioni di cittadini in più rispetto a oggi", ha precisato la commissaria Ue alla Salute presentando il pacchetto di misure per creare "un mercato unico" dei medicinali.

Kyriakides ha anche ricordato i risparmi che l'Ue si prefigge di ottenere semplificando le procedure di autorizzazione per i produttori.

La "riduzione dei tempi di esame passerà dai circa 400 giorni di oggi a 180" con un risparmio "fino a 300 milioni di euro all'anno per le imprese e le autorità" nazionali e "tra 500 milioni e 1 miliardo di euro di risparmi nei prossimi 15 anni" per l'industria.

Con l'esperienza del Covid "abbiamo dimostrato di essere più forti quando lavoriamo insieme", ha detto Kyriakides, sottolineando che "un'Unione europea della sanità forte ha il dovere di agire per i nostri cittadini".

"Questa proposta è un'occasione irripetibile per rivedere una legislazione fondamentale per i pazienti e per il rafforzamento e lo sviluppo di uno dei settori industriali chiave dell'UE - ha aggiunto Margaritis Schinas, vicepresidente della Commissione europea per la promozione dello stile di vita europeo - le nostre proposte mirano a trovare il giusto equilibrio tra la promozione dell'innovazione e la garanzia dell'accesso dei pazienti a farmaci a prezzi accessibili in tutta l'UE. Tengono inoltre conto degli insegnamenti tratti dalla crisi della Covid-19, dimostrando ancora una volta che l'UE può adattarsi alle nuove realtà globali".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=113233

la Repubblica

Vaccini: Big Pharma ha già incassato 90 miliardi. Per uscire da Covid bisogna sospendere i brevetti (La Repubblica, Daniela Minerva)

di Daniela Minerva

Nel 2021, Pfizer, Biontech e Moderna hanno fatto profitti da record grazie al Covid. E' ora di sospendere i brevetti per il tempo necessario a far decollare l'immunizzazione nei paesi in via di sviluppo

Le tre proprietarie dei vaccini anti-Covid più diffusi e costosi: Pfizer, Biontech e Moderna incasseranno nel 2021 90 miliardi. Con profitti che si aggirano sui 41. Enough! Come si dice a Wall Street. Certo più che sufficiente a coprire i costi della scienza finanziata negli anni scorsi per svilupparli, per coprire le ricerche andate male, le sperimentazioni... Insomma, se chi vuole fermare (e ci riesce bene) la sospensione dei brevetti dei vaccini Covid per permetterne la produzione nelle nazioni che potrebbero farlo e ne hanno un gran bisogno (India, Thailandia, Sudafrica e Brasile in testa), pensa di nascondersi dietro la tiritera "la ricerca costa", questa volta farebbe bene a stare zitto.

Questa volta, diciamo, perché noi la tiriterà la sottoscriviamo, ma quando ha senso farlo: trovare un farmaco costa montagne di soldi, centinaia di ricerche vanno a finire male, le sperimentazioni sono onerose e pericolose; ergo: bisogna riconoscere a Big Pharma i profitti se vogliamo sempre nuovi farmaci. Anche perché i governi non sono in grado di finanziarli; quelli virtuosi (e non certo l'Italia come ben poco l'Europa) pagano ricerca fondamentale, ma poi devono cedere il passo di fronte allo sviluppo. Quindi, ok: Big Pharma stacchi pure cedole per i suoi azionisti.

Ma con Covid, è ora di cambiare musica. I profitti ci sono stati in abbondanza.

E se non vogliamo dire basta perché è spaventoso lasciare in balia del virus milioni e milioni di persone nei paesi poveri mentre noi corriamo allegramente verso la quarta dose, diciamolo perché o ci salviamo tutti o non si salva nessuno. Ora noi subiamo i danni della variante Delta (indiana), il peggior crollo di borsa degli ultimi mesi e il Natale appannato sono colpa della Omicron (sudafricana).

Altre ne arriveranno e chissà cosa succederà. Per uscire da questo incubo bisogna vaccinare il mondo. Peccato che sia proprio la solidale e civilissima Europa in prima fila a dire no. Persino i liberisti americani che, in fondo, quei brevetti detengono hanno aperto la porta. Ma per far approvare la sospensione dei brevetti serve l'unanimità al Wto (World Trade Organization), che non ha nemmeno messo la questione in agenda.

https://www.repubblica.it/salute/2021/12/31/news/vaccini_big_pharma_ha_gia_incassato_90_miliardi-330919568/



OXFAM/EMERGENCY: "con il monopolio di BIG PHARMA sui vaccini COVID, gli stati hanno pagato fino a 24 volte il loro costo di produzione" (Emergency)

29 Luglio 2021

Un nuovo rapporto, rivela come i vaccini Pfizer/BioNTech e Moderna sarebbero stati venduti a prezzi esorbitanti agli stati, che potrebbero pagare 41 miliardi di dollari in più nel 2021, rispetto al costo di produzione stimato da 1,18 a 2,85 dollari a dose e nonostante 8,2 miliardi di finanziamenti pubblici ricevuti dalle due aziende.

L'Italia avrebbe potuto risparmiare 4,1 miliardi di euro per l'acquisto dei vaccini, sufficienti a garantire oltre 40 mila nuovi posti di terapia intensiva o l'assunzione di 49 mila nuovi medici. La Ue nel suo complesso ha speso 31 miliardi di euro in più. I paesi africani li avrebbero pagati quasi 6 volte il costo, il COVAX 5 volte di più: cifra sufficiente a vaccinare già oggi ogni persona nei Paesi a basso-medio reddito.

Appello urgente per un'immediata sospensione dei brevetti, in occasione della riunione dell'Organizzazione Mondiale del Commercio di questa settimana.

Roma, 29 luglio 2021 – Il costo della vaccinazione globale con gli innovativi vaccini a mRNA – sostenuto dall'iniziativa COVAX dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – potrebbe essere almeno 5 volte più basso, se i colossi farmaceutici non godessero dei monopoli sui brevetti dei vaccini Covid. Condizione che ha fatto pagare ai Paesi ricchi fino a 24 volte il costo stimato di produzione.

È la denuncia lanciata oggi da Oxfam e EMERGENCY, membri della People's Vaccine Alliance (PVA) con UNAIDS e quasi altre 70 organizzazioni, attraverso un nuovo rapporto. Dossier che rivela come solo Pfizer/BioNTech e Moderna nel 2021 potrebbero far pagare agli stati 41 miliardi di dollari in più, rispetto al costo di produzione stimato dei vaccini a tecnologia mRNA (1). Nonostante per il loro sviluppo le stesse aziende abbiano ricevuto oltre 8,25 miliardi di finanziamenti pubblici (2). Nuove analisi delle tecniche di produzione dei vaccini di tipo mRNA, messi in commercio da Pfizer/BioNTech e Moderna – realizzate da Public

Citizen con ingegneri dell'Imperial College e pubblicate nel rapporto – rivelano infatti che questi vaccini potrebbero essere realizzati in media con un costo che varia da appena 1,18 a 2,85 dollari a dose (3).

Solo l'Italia fino ad oggi per questi due vaccini avrebbe speso 4,1 miliardi di euro in più di denaro dei contribuenti. Risorse che potrebbero essere investite per rafforzare il sistema sanitario nazionale, consentendo, ad esempio:

di allestire oltre 40 mila nuovi posti di terapia intensiva (ad oggi sono poco più di 8.500);

oppure di assumere oltre 49 mila nuovi medici (ad oggi sono poco più di 100 mila quelli dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale) (4). Anche il Regno Unito avrebbe pagato 1,8 miliardi di sterline in più, sufficienti a garantire un bonus di oltre 1000 sterline a ciascun operatore del Sistema Sanitario Nazionale. La Germania avrebbe potuto risparmiare 5,7 miliardi di euro, che avrebbe consentito di assumere 100.000 nuovi operatori sanitari.

Nel frattempo, mentre meno dell'1% delle persone nei Paesi a basso-medio reddito è stata vaccinata e le varianti corrono, i CEO di Moderna e BioNTech con i profitti realizzati sono diventati miliardari. E le due aziende – nonostante il rapido aumento dei decessi nei Paesi in via di sviluppo – hanno venduto oltre il 90% dei loro vaccini ai paesi ricchi, facendo pagare a tutti i Governi del mondo da 4 fino a 24 volte il potenziale costo di produzione per dose.

“La scarsità mondiale di vaccini è una diretta conseguenza del sostegno dei Paesi ricchi ai monopoli delle aziende farmaceutiche, che ad oggi non hanno fatto nessun reale passo avanti per la condivisione di tecnologie, know-how e brevetti con i tanti produttori che nei Paesi in via di sviluppo potrebbero garantirne l'abbassamento dei prezzi e l'incremento nella produzione mondiale. – hanno detto Sara Albiani, policy advisor per la salute globale di Oxfam Italia e Rossella Miccio, Presidente di EMERGENCY – L'unico primo, timido ma insufficiente, passo in avanti è stato fatto da Pfizer/BioNTech pochi giorni fa, per consentire la produzione di 100 milioni di dosi in Sud Africa. La prima dose però sarà disponibile solo nel 2022, mentre in Africa si continua a morire”.

“In tanti Paesi gli operatori sanitari in prima linea continuano a perdere la vita. – ha aggiunto Winnie Byanyima, Direttore Esecutivo di UNAIDS – Solo in Uganda ne sono morti più di 50 in appena due settimane. Mi ricorda quando morivano milioni di persone di HIV, perché i prezzi dei farmaci erano troppo alti. Nei Paesi dove sono state fatte più vaccinazioni, però vengono salvate tantissime vite, anche se la variante Delta si diffonde, e così deve essere ovunque. È criminale che la maggior parte dell'umanità stia ancora affrontando questa crudele malattia senza protezione, perché i monopoli farmaceutici e il profitto vengono messi al primo posto”.

“Questo è forse il caso di speculazione più grave della storia. – aggiungono Albiani e Miccio – Le ingenti risorse che gli stati sono costretti a pagare arricchendo CEO e azionisti potrebbero essere utilizzate per costruire nuove strutture sanitarie nei Paesi poveri, tagliare le liste di attesa per le prestazioni mediche, garantire servizi essenziali dignitosi”.

Il fallimento dell'iniziativa Covax: nel 2021 sarà vaccinata appena il 23% della popolazione dei Paesi in via sviluppo

Anche il COVAX, l'iniziativa che dovrebbe consentire ai Paesi in via di sviluppo l'accesso ai vaccini, ha pagato le dosi di Pfizer/BioNTech in media 5 volte di più del loro potenziale costo di produzione, faticando per avere le forniture necessarie in tempi brevi perché i Paesi più ricchi, disposti a pagare prezzi molto più alti, hanno avuto di fatto la precedenza nell'acquisto e nella contrattazione con le case farmaceutiche produttrici (5). Un meccanismo perverso che ha portato a un enorme fallimento: secondo le stime della PVA infatti i soldi spesi fino ad oggi dal COVAX sarebbero stati sufficienti a garantire un ciclo di vaccinazione completa ad ogni persona nei Paesi a basso e medio reddito, se i prezzi garantiti fossero stati equi e a fronte di un'offerta sufficiente di dosi. Al contrario, nella migliore delle ipotesi, con il COVAX sarà vaccinato appena il 23% della popolazione dei Paesi in via di sviluppo entro la fine del 2021 (6).

La corsa al rialzo dei prezzi: i richiami per le varianti potrebbero costare fino a 175 dollari a dose, 148 volte il costo stimato di produzione

La corsa al rialzo continuo dei prezzi purtroppo non sembra arrestarsi nemmeno ora, nonostante l'acquisto di un numero senza precedenti di dosi a livello globale, che avrebbe dovuto produrre una progressiva riduzione del costo dei vaccini. L'Unione Europea ha ad esempio pagato ancora di più per gli ultimi ordini da

Pfizer/BioNTech. Un trend che continuerà in assenza di un'azione dei governi, spinto dalla possibilità che siano necessarie dosi di richiamo per gli anni a venire a causa dello sviluppo di nuove varianti. Il CEO di Pfizer ha suggerito che si potrà arrivare fino a 175 dollari per dose, ossia 148 volte il potenziale costo di produzione. Il report di PVA riporta anche altri esempi dei prezzi eccessivi pagati fino ad ora:

l'Unione Africana per il vaccino Pfizer/BioNTech sta pagando 6,75 dollari a dose che – per quanto risulti essere il prezzo più basso dichiarato dalle aziende produttrici – è ancora quasi 6 volte il potenziale costo di produzione. In altre parole, una dose costa più di quanto l'Uganda spenda per la salute di ogni cittadino in un anno intero;

il prezzo più alto per i vaccini Pfizer/BioNTech è stato pagato da Israele con 28 dollari a dose, quasi 24 volte il potenziale costo di produzione;

l'Unione Europea potrebbe aver pagato, per 1,96 miliardi di dosi, ben 31 miliardi di euro in più rispetto ai potenziali costi di produzione;

Moderna ha praticato prezzi da 4 a 13 volte superiori rispetto ai costi di produzione stimati, facendo pagare al Sud Africa un prezzo tra 30 e 42 dollari a dose;

la Colombia, che è stata gravemente colpita dal Covid, ha pagato il doppio del prezzo pagato dagli USA per i vaccini Moderna. Per l'acquisto dei vaccini Pfizer/BioNTech e Moderna si stima abbia pagato 375 milioni di dollari in eccesso.

L'appello ai Governi per un'azione urgente

“Se tutti i governi non spingeranno per la condivisione dei brevetti e il trasferimento delle tecnologie necessarie a consentire di aumentare la produzione mondiale di vaccini, ancora innumerevoli vite andranno perse. – concludono Albiani e Miccio – Consentire ai Paesi in via di sviluppo di produrre i propri vaccini è il modo più rapido e sicuro per aumentare l'offerta e ridurre drasticamente i prezzi. Quando questo è stato fatto per il trattamento dell'HIV, i prezzi sono diminuiti del 99%(7). Una proposta per arrivarci esiste ed è sostenuta da oltre 100 Paesi tra cui Stati Uniti, Francia, India e Sud Africa; mentre Germania, Regno Unito e Unione Europea si sono più volte opposti, con l'Italia che continua a non assumere una posizione chiara e si accoda alle decisioni dell'UE. Per questo rilanciamo ancora una volta con forza un appello urgente perché si arrivi il prima possibile ad una sua approvazione in seno all'Organizzazione Mondiale del Commercio, che si sta riunendo proprio questa settimana per discuterne”.

Ufficio stampa EMERGENCY

Michele Bertelli – + 39 338 723 6793 – michele.bertelli@emergency.it

Ufficio stampa Oxfam Italia David Mattesini – 349.4417723 – david.mattesini@oxfam.it

NOTE:

Pfizer prevede un fatturato di 26 miliardi di dollari dalla vendita di 1,6 miliardi di dosi di vaccino, con un costo medio per dose di 16,25 dollari (contro un costo stimato di produzione di 1,18 dollari per dose). Moderna prevede vendite comprese tra 800 milioni e 1 miliardo di dosi, quindi a un costo medio compreso tra 19,20 e 24 dollari per dose (a fronte di un costo di produzione stimato di 2,85 dollari per dose). Il totale combinato delle entrate previste dalle vendite delle due aziende è quindi di 41 miliardi di dollari al di sopra del costo di produzione stimato.

Pfizer/BioNTech e Moderna hanno ricevuto 8,25 miliardi di dollari di finanziamenti pubblici per sviluppare i loro vaccini: 5,75 miliardi di dollari per Moderna e 2,5 miliardi di dollari per Pfizer/BioNTech. Ciò include finanziamenti pubblici e preordini governativi garantiti.

A causa di mancanza di trasparenza, i costi esatti di sviluppo, ricerca e produzione dei vaccini non sono noti. Le stime utilizzate nel rapporto pubblicato oggi si basano su studi sulle tecniche di produzione di vaccini a mRNA, condotti da Public Citizen con ingegneri dell'Imperial College. Un'analisi che stima che produrre 8 miliardi di dosi del vaccino Pfizer/BioNTech potrebbe costare 9,4 miliardi di dollari – 1,18 dollari a dose. Nel caso del vaccino prodotto da Moderna costerebbe 22,8 miliardi di dollari produrre 8 miliardi di dosi – 2,85 dollari a dose.

I dati per l'Italia sono consultabili su C_17_publicazioni_2870_allegato.pdf (salute.gov.it) (tabella pag.5) e su <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Ftab2>. Le stime sono realizzate considerando il costo di 100.000 euro per allestire un posto letto in terapia intensiva, escluso il costo del personale dedicato. Per il calcolo dello stipendio annuale di un dirigente medico dipendente del Sistema

Sanitario Nazionale, si considera a titolo esemplificativo la Retribuzione lorda annuale secondo l'Istat, pari a 88.995 euro. Quanti sono e quanto guadagnano i medici e il personale sanitario – Info Data (ilsole24ore.com). COVAX ha riferito che per le prime 1,3 miliardi di vaccini ha pagato un prezzo medio di 5,20 dollari a dose. Dati i prezzi riportati disponibili nel portafoglio di COVAX, è ragionevole presumere che abbia pagato meno di 5,20 dollari per il vaccino Oxford/AstraZeneca (riducendo il prezzo medio della dose) e probabilmente abbia pagato di più per Pfizer/BioNTech (aumentando il prezzo medio della dose). La mancanza di trasparenza dei regimi impedisce un controllo adeguato.

Gavi. La concorrenza ha ridotto i prezzi dei farmaci per l'HIV del 99% in 10 anni: da 10.000 dollari ad a 67 dollari all'anno per paziente.

<https://www.emergency.it/comunicati-stampa/oxfam-emergency-con-monopolio-big-pharma-gli-stati-hanno-pagato-24-volte-il-coste-di-produzione/>

MicroMega

Le relazioni pericolose tra politica, comunicazione e Big Pharma (MicroMega)

Mentre in Africa vi sono nazioni che non sono riuscite a vaccinare nemmeno il 3% della popolazione e i ricavi realizzati da Pfizer, Moderna, AstraZeneca e Johnson & Johnson hanno toccato cifre stratosferiche, la Commissione europea – alleata d'acciaio di Big Pharma – continua a opporsi alla moratoria sui brevetti dei vaccini anti Covid. Un argomento tabù anche per gran parte dei media. Perché? Quali pressioni ci sono?

Vittorio Agnoletto 9 Dicembre 2021

L'ALLEANZA D'ACCIAIO TRA BIG PHARMA E LA COMMISSIONE EUROPEA

La Commissione Europea si conferma nel ruolo di avvocato difensore e di maggior alleato di Pfizer, Moderna, AstraZeneca e Johnson & Johnson, le quattro multinazionali che hanno prodotto i vaccini contro il Covid-19. Nessun risultato hanno ottenuto gli appelli di NGO, di premi Nobel ed ex capi di stato né i reiterati interventi di Papa Francesco; neppure il voto del Parlamento Europeo a favore della moratoria ha convinto la Commissione Europea a sostenere la proposta di India e Sudafrica al WTO di sospendere per tre anni i brevetti sui vaccini e sui kit diagnostici e di socializzare il know-how. A pronunciarsi, probabilmente in modo definitivo, sarà la riunione interministeriale del WTO prevista dal 30 novembre al 3 dicembre in vista della quale si moltiplicano le iniziative della campagna europea "Nessun profitto sulla pandemia. Diritto alla cura" che ha tra i suoi testimonial il prof. Silvio Garattini e don Luigi Ciotti.

Alcuni Paesi come l'Australia hanno modificato la loro posizione sulla spinta dell'opinione pubblica e della società civile; il presidente Biden si è dichiarato disponibile a discutere dei brevetti almeno di quelli sui vaccini, scelta importante ma ancora insufficiente, Cina e Russia sono sulla medesima posizione. Solo la Commissione Europea (CE) è rimasta ferma nella sua decisione: i brevetti non si toccano. È evidente che una simile chiusura non può essere sostenuta senza l'appoggio dei principali Paesi europei: la Germania, che sostiene gli interessi di BioNTech partner tedesco di Pfizer, la Francia e l'Italia; la Spagna ha recentemente mostrato una maggior disponibilità.

ETICAMENTE INACCETTABILE LA POSIZIONE DEL GOVERNO ITALIANO

La posizione del nostro governo è politicamente **non condivisibile** e sul piano etico **ampiamente discutibile**. Il presidente del Consiglio, il ministro della Sanità e quello degli Esteri non perdono occasione per rilasciare dichiarazioni sulla necessità di rendere disponibile il vaccino in tutto il mondo e di vaccinare il 70% della popolazione mondiale nei prossimi dodici mesi; si autocompiacciono per la "Dichiarazione di Roma" elaborata al termine del G20 sulla salute, ma si guardano bene dallo spiegare che è una scatola vuota che si

limita a chiedere a Big Pharma di aumentare i contratti con partner commerciali per l'autorizzazione alla produzione e ad annunciare fiumi di donazioni che regolarmente non si verificano: al programma Covax, che ha l'obiettivo di far arrivare i vaccini ai Paesi più deboli, è arrivato solo circa il 20% delle dosi promesse e anche le donazioni italiane si aggirano sulla medesima percentuale. È bene ribadire, come ha fatto don Luigi Ciotti, che "l'elemosina e la carità non possono mai sostituire la giustizia". I nostri ministri mentono sapendo di mentire, sanno benissimo che gli obiettivi annunciati non saranno raggiungibili fino a quando continueranno a opporsi alla moratoria sui brevetti. In Africa vi sono nazioni che non sono riuscite a vaccinare nemmeno il 3% della popolazione.

<https://www.micromega.net/vaccini-covid-big-pharma/>



Tutelare Big Pharma: anche l'Italia ha voltato le spalle all'Africa? (AFRICA, Federico Pani)

Di Federico Pani – Centro studi AMIStaDeS

Il continente africano avrebbe potuto produrre autonomamente i vaccini necessari per affrontare la pandemia di coronavirus? La risposta è sì: la mancata sospensione dei brevetti da parte del Wto, voluta da diverse potenze occidentali, tra cui l'Unione europea, sembra aver, di fatto, messo il bastone tra le ruote ai Paesi africani.

La politica di distribuzione dei vaccini contro il Covid-19 nel mondo è risultata secondo taluni inappropriata sia sul piano etico che materiale. A ciò si aggiunge il fatto che metà dei 92 Paesi in via di sviluppo beneficiari del programma Covax hanno poi utilizzato meno del 75% delle dosi ricevute.

L'ostracismo dell'Unione Europea

La stessa Commissione Europea sembra, inoltre, aver assunto il ruolo di avvocato difensore e dunque maggior "alleato" di Pfizer, Moderna, AstraZeneca e Johnson & Johnson, quattro delle multinazionali che hanno prodotto i vaccini contro il Covid-19. Anche gli appelli di ONG, di premi Nobel ed ex capi di stato, gli interventi di Papa Francesco hanno finito per cadere nel vuoto. Neppure il via libera del Parlamento Europeo ha convinto la Commissione a sostenere la proposta di India e Sudafrica al WTO di sospendere per tre anni i brevetti sui vaccini e sui kit diagnostici e di "socializzare" il know-how ha sortito effetto.

L'OMS si vide poi costretta a rinviare 'sine die' la conferenza ministeriale prevista a Ginevra a causa proprio del dilagare della variante Omicron. Era in tale circostanza che si sarebbe dovuto discutere la condivisione dei brevetti sui vaccini anti-covid con l'Unione Europea che **verosimilmente si sarebbe dichiarata contraria alla proposta.**

Soltanto la Commissione Europea (CE) è rimasta irremovibile, sebbene alcuni Paesi come l'Australia avessero modificato la loro posizione, anche sulla spinta dell'opinione pubblica e della società civile; il presidente americano Joe Biden si fosse dichiarato disponibile a discutere dei brevetti – almeno di quelli sui vaccini – e Cina e Russia si allineassero sulla medesima posizione.

Anche la "Dichiarazione di Roma" elaborata al termine del G20 sulla salute si è poi rilevata una "scatola vuota" che si limitava a chiedere a Big Pharma di aumentare i contratti con partner commerciali per l'autorizzazione alla produzione e ad annunciare poi fiumi di donazioni che regolarmente non si sono poi concretizzate concretamente.

Italia: prima un passo in avanti, poi due indietro

Da presidente del G20, nel maggio 2021, l'ex presidente del consiglio **Mario Draghi**, si era detto favorevole alla proposta del waiver vista l'emergenza pandemica e in modo da non minare gli incentivi all'innovazione delle case farmaceutiche e per "garantire che i Paesi a basso reddito siano in grado di produrre autonomamente i propri vaccini". La posizione contraria del governo tedesco guidato da Angela Merkel ha poi trascinato a ruota non solo quella di Palazzo Chigi, ma anche quella dell'Eliseo e del governo spagnolo, come ha osservato **Nicoletta Dentico**, direttrice del programma di salute globale di Society for International Development (Sid). Nel periodo italiano di presidenza del G20, il dibattito sulla moratoria sui brevetti su farmaci anti-Covid 19 ha finito poi per eclissarsi: "Il waiver non è citato nella dichiarazione finale dell'incontro interministeriale dei ministri della Salute a inizio di settembre né nella dichiarazione finale del summit di Roma che si è tenuto a fine ottobre", prosegue Dentico.

Una lista di 120 aziende farmaceutiche, situate in Africa e America Latina sarebbero state, infatti, in grado di produrre rapidamente dosi di vaccino a mRNA assicurando l'immunizzazione globale contro il Covid-19, necessaria per contrastare la proliferazione delle varianti, come lo è stata Omicron. A rivelarlo è stato un rapporto pubblicato da Medici Senza Frontiere in collaborazione con l'Imperial College di Londra.

Lo stesso istituto ha affermato che avrebbero potuto essere prodotte ogni anno **8 miliardi di dosi di vaccino in più**, se le tecnologie di produzione contro il Covid sarebbero state, anche solo temporaneamente liberalizzate, come appunto richiesto dalla moratoria proposta da India e Sudafrica nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio.

Nel corso del 2022, ben 2 vaccini su 3 sono finiti ai Paesi ad alto e medio-alto reddito, mentre meno dell'1% è stato somministrato in quelli poveri. Ad esempio, in Nigeria, il più grande Paese africano, solo il 2% della popolazione è vaccinata.

La soluzione sarebbe dietro l'angolo?

Grazie alla natura della tecnologia mRNA e della sua mancanza di componenti biologici cellulari, anche aziende che non hanno precedenti esperienze con i vaccini possono infatti dilettersi nella produzione. Qualsiasi azienda farmaceutica che produce iniettabili sterili può infatti soddisfare il criterio minimo per produrre un vaccino mRNA pur se sono comunque necessari investimenti produttivi "prima di avventurarsi nella tecnologia dell'mRNA".

L'accesso dell'Africa ai vaccini risulta infatti essere uno degli snodi cruciali non solo per il contenimento della pandemia di Covid-19 ma **anche in vista di eventuali nuove epidemie**. Davanti a un'emergenza globale, l'unica risposta possibile deve essere necessariamente globale. L'Africa non può dunque restare esclusa. È necessario, infatti, portare la campagna vaccinale nelle comunità dove vive la maggior parte della popolazione, fino alle aree più remote e lontane, cercando di assicurare una logistica che funzioni, compresa 'la catena del freddo' che possa garantire i -3/-4 gradi necessari. E poi ancora, siringhe, cotone, alcool, formazione del personale locale. Fino alla "sfida" dell'accettabilità culturale da parte della comunità, che si può superare con campagne di informazione periodiche e continuative nel tempo.

Sitografia

-Ludovica Jona; "Distribuzione iniqua dei vaccini? In Africa e America Latina 120 aziende pronte a produrre miliardi di dosi". Ma l'Ue si oppone alla liberalizzazione dei brevetti; Il Fatto Quotidiano; 1 gennaio 2022. <https://www.google.com/amp/s/www.ilfattoquotidiano.it/2022/01/01/distribuzione-iniqua-dei-vaccini-in-africa-e-america-latina-120-aziende-pronte-a-produrre-miliardi-di-dosi-ma-lue-si-oppone-alla-liberalizzazione-dei-brevetti/6442693/amp/-D.Dante>; UN VACCINO PER "NOI"; Medici con l'Africa Cuamm. <https://www.mediciconlafrica.org/blog/la-nostra-voce/un-vaccino-per-noi>

-Vittorio Agnoletto; "Le relazioni pericolose tra politica, comunicazione e Big Pharma"; MicroMega. <https://www.google.com/amp/s/www.micromega.net/vaccini-covid-big-pharma/amp/>

-Angela Mauro; Omicron evita all'Ue una figuraccia sulla condivisione dei brevetti; Huff Post; 29 novembre 2021.

https://www.google.com/amp/s/www.huffingtonpost.it/esteri/2021/11/29/news/omicron_evita_all_ue_una_figuraccia_sulla_condivisione_dei_brevetti-7346732/amp/
<https://www.africarivista.it/tutelare-big-pharma-anche-litalia-ha-voltato-le-spalle-allafrica/212984/>



Covid-19: Pfizer fa enormi profitti mentre compromette le possibilità di milioni di persone di ricevere il vaccino (Amnesty International Italia)

L'azienda farmaceutica Pfizer ha dichiarato che, nel terzo trimestre del 2021, ha generato 14 miliardi di dollari di profitti dalla vendita dei vaccini contro il Covid-19 e stima di raggiungere i 36 miliardi complessivi entro la fine dell'anno.

“Che Pfizer sia stata in grado di guadagnare miliardi di dollari dalla vendita dei vaccini nei soli ultimi tre mesi mentre non ne forniva a miliardi di persone, è un fallimento di dimensioni catastrofiche. Gran parte dei suoi vaccini sono stati destinati a stati ad alto e a medio-alto reddito, dai quali ha tratto finanziamenti e ulteriori ordinazioni. Ma non basta: Pfizer ha anche rifiutato di cedere temporaneamente i brevetti sui suoi vaccini e di condividere la tecnologia per la loro produzione”, ha dichiarato Patrick Wilcken, direttore del programma Diritti umani e aziende di Amnesty International.

“La sete di profitto, apparentemente insaziabile, delle grandi aziende farmaceutiche come Pfizer sta alimentando una crisi dei diritti umani senza precedenti. Se le cose continueranno ad andare avanti così, i diritti di miliardi di persone alla vita e alla salute resteranno in pericolo”, ha proseguito Wilcken.

“Con la campagna ‘Conto alla rovescia dei 100 giorni’, Amnesty International sostiene l’obiettivo dell’Organizzazione mondiale della sanità di vaccinare il 40 per cento della popolazione degli stati a basso e a medio-basso reddito entro la fine del 2021. Ma alla fine dell’anno mancano 59 giorni: 59 giorni perché gli stati redistribuiscano urgentemente centinaia di milioni di dosi in eccesso e le aziende farmaceutiche garantiscano che almeno la metà delle dosi di vaccino che produrranno verranno destinate a stati a basso e a medio-basso reddito”, ha aggiunto Wilcken.

“Non è troppo tardi perché Pfizer e le grandi aziende concorrenti facciano ciò ch’è giusto per l’umanità e rispettino i loro obblighi sui diritti umani. Alla fine di novembre gli stati membri dell’Organizzazione mondiale del commercio si riuniranno a Ginevra per discutere sulla cessione temporanea dei brevetti, che potrebbe espandere la capacità mondiale di produrre vaccini contro il Covid-19. Big Pharma deve cessare di fare pressioni contrarie. Solo così la produzione mondiale potrà essere rafforzata e diversificata e ogni persona su questo pianeta potrà avere una dose di vaccino”, ha concluso Wilcken.

<https://www.amnesty.it/covid-19-pfizer-fa-enormi-profitti-mentre-compromette-le-possibilita-di-milioni-di-persone-di-ricevere-il-vaccino/>

Vaccini, 100 miliardi di denaro pubblico a Big Pharma ma chi ci guadagna? (Il Sole 24ore)

Francesco Mercadante il 30 Aprile 2021

Si ringrazia Michaela Odderoli, web analyst, per il contributo di ricerca.

Le vie per l’inferno sono spesso lastricate di buone intenzioni. Poco più di un anno fa, stretti nella morsa del virus, non abbiamo badato a spese. Di certo, la priorità era il vaccino; il timore di essere sempre in ritardo rispetto all’avanzare della pandemia ci ha impedito di essere lucidi ed esaminare le conseguenze di alcune scelte decisive: i finanziamenti pubblici per lo sviluppo dei vaccini, finanziamenti di cui hanno goduto Pfizer-BioNtech, Johnson & Johnson, Novovax e AstraZeneca, corrispondono a circa 100 miliardi di dollari. Tutto sommato, nulla da eccepire. La tutela della salute pubblica rientra nei doveri ‘emergenziali’ degli Stati e noi non siamo così sensibili allo scandalo da non comprendere o non rispettare il primato della trama finanziaria che – riformulando comicamente il Dante della Commedia – move il sole e l’altre stelle.

Il dilemma – se così lo vogliamo chiamare e ammettendo che, nelle alte sfere, sia stato sentito come tale – sta tutto nelle implicazioni materiali ed esistenziali. Cominciamo col dire che, nell’ultimo anno, 26 miliardi di dollari sono finiti nelle tasche degli azionisti di Pfizer, Johnson & Johnson e AstraZeneca. Anche in questo caso, si potrebbe evitare di battere ciglio. Il meccanismo è naturale: se investiamo in un titolo, ne assumiamo il rischio, ma, nello stesso tempo, in caso d’incremento, ne beneficiamo. Per converso, i rappresentanti dell’OXFAM, dal cui accuratissimo [report](#) (The Inequality Virus, Bringing together a world torn apart by coronavirus through a fair, just and sustainable economy) traiamo la maggior parte delle informazioni che compongono questo contributo, ci fanno sapere che con quei 26 miliardi sarebbe stato possibile vaccinare 1,3 miliardi di persone. Prima manifestazione del dilemma: rinunciare ai profitti per avere qualche vaccinato in più o lasciare le cose come stanno? D’altronde, “mors tua vita mea” dicevano i latini. E i latini – si sa – erano i nostri protomaestri.

Il dubbio, però, resta. Qualcuno, preso da un qualsivoglia ghiribizzo potrebbe chiedersi: – Se i vaccini sono stati prodotti col denaro pubblico (?), per quale motivo i vantaggi economici sono per pochi? -. La domanda è grossolana, al limite del populismo, lo sappiamo, ma dobbiamo metterci nei panni della povera gente; dobbiamo pur mettere in conto che il cittadino comune si aspetti dall’ente pubblico per eccellenza una certa disciplina informativa del tipo: “Come stanno le cose?”. La sanità è un servizio pubblico per il quale tutti pagano le tasse, che, di rimando e specie in momenti di grande disagio, costituiscono un legame inviolabile tra la persona e la cosa pubblica: per certi versi, un dialogo sempre aperto, un segno di continuità del rapporto. “Il sacrificio della patria nostra è consumato” scrive Foscolo in apertura delle Ultime lettere di Jacopo Ortis.

Se poi consideriamo che la stessa Emergency, sulla scia delle preoccupazioni espresse dall’OXFAM, si è fatta sentire a gran voce per reclamare un cambio di rotta nella gestione della ‘finanza vaccinale’, allora dev’esserci qualcosa che non quadra, per così dire. Nei paesi ricchi, la media delle persone vaccinate è di 1 su 4, mentre nei paesi poveri... beh, si fa fatica pure a scriverlo per la vergogna: 1 su 500. In ciò, si configura la seconda manifestazione del dilemma, vale a dire la disuguaglianza sanitaria, tant’è che il summenzionato report dell’OXFAM s’intitola proprio The Inequality Virus, ovvero sia Il virus della disuguaglianza. I paesi in via di sviluppo, tra i quali guadagnano il triste primato India e Sudafrica, finora, sono riusciti a vaccinare solo il 3% della popolazione, laddove, in Israele, è già stato vaccinato il 57% e, in Inghilterra, il 32%. L’Italia non se la passa affatto meglio. Per paradosso, il numero di vaccini effettuati in casa nostra non supera il 6% ed è prossimo a quello dei paesi a basso reddito. “Siamo qua come agli orli della vita, Contessa. Gli orli, a un comando, si distaccano, entra l’invisibile (...)” scrive Pirandello ne I giganti della montagna.

A tal proposito, i redattori dell’OXFAM, sconfessando la propaganda governativa, scrivono: “È per questo che in un Paese come l’Italia, complici anche le difficoltà organizzative e logistiche interne, si determinano

dinamiche analoghe a quelle che portano i Paesi a basso reddito ad essere esclusi dall'accesso ai vaccini, sebbene con conseguenze di gran lunga inferiori.”

In occasione del meeting dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), tenutosi nel marzo scorso, i paesi poveri, con in testa India e Sudafrica, unendosi ai membri della [People's Vaccine Alliance](#), di cui fanno parte Emergency e OXFAM, hanno lanciato un appello affinché venisse sospesa la proprietà intellettuale dei vaccini anti-covid. Ebbene? La richiesta di liberalizzazione dei brevetti è stata respinta e la stessa Italia ha votato no. Nel frattempo, giova sapere che i 'numeri uno' di Pfizer (Albert Bourla) e di Moderna (Stephane Bancel) hanno raggiunto un patrimonio di più di cinque miliardi di dollari. Tutto sommato, non hanno colpe oggettive, se, naturalmente, escludiamo scrupoli e questione morale: non hanno fatto altro – giusto per fare un esempio – che vendere i propri 'titoli farmaceutici' al momento giusto.

L'intero business vale circa 150 miliardi; il calcolo, quantunque spartano e sbrigativo, è presto fatto: anche se non si hanno cifre esatte dei costi di vendita dei vaccini, si stima che oscillerebbero dai pochi euro per quello di AstraZeneca ai 18-20 euro per quello di Pfizer-BioNTech; di conseguenza, se ci attestiamo su un prezzo mediano di 9-10 euro e moltiplichiamo quest'ultimo per il numero degli abitanti della terra, non ci vuole esperto di matematica finanziaria per ottenere dei risultati attendibili. Qui, si ha la terza manifestazione del dilemma, ammettendo che non sia da considerarsi come una variante delle precedenti: a quanto pare, i costi di produzione non superano i pochi euro, mentre il prezzo di un intero ciclo di vaccino può arrivare anche a 60 euro. Vien fatto di pensare che la tutela della salute pubblica sia bell'e accantonata o, per lo meno, passata in secondo piano.

Ci tocca ragionare ancora una volta con grettezza. I governi, in piena recessione, hanno salvato le banche. I più, tuttora, se ne dicono sgomenti, ma non si può fare a meno di comprendere questo: che il fallimento di una grande banca provocherebbe un tale effetto domino da devastare la vita economica di tutti. In parole povere: meglio salvare una banca coi soldi pubblici che mettere in conto centinaia di migliaia di disoccupati. Transeat! A un certo punto, arriva la pandemia e gli investimenti pubblici sono dirottati verso le grandi case farmaceutiche: lo giustifica l'urgenza. Qualcuno potrebbe obiettare che si tratta di "finanziamenti alla ricerca". Giusto! Ci permettiamo, però, una considerazione personale e, a tal fine, modifichiamo il modo verbale della frase precedente: lo giustificerebbe l'urgenza. Perché il condizionale? (1) Se la salute pubblica fosse stata anteposta ai profitti, (2) se la distribuzione dei vaccini fosse stata equa e (3) se il servizio sanitario fosse stato efficiente, allora, sì, l'urgenza avrebbe giustificato i quasi 100 miliardi d'investimento.

Pfizer, all'inizio dell'anno, aveva previsto vendite per 15 miliardi, ma s'è trattato d'una previsione molto al ribasso, cui è doveroso aggiungere che, in un anno, il titolo dell'azienda farmaceutica ha guadagnato in borsa più o meno 60 dollari: nel 2021, i suoi ricavi dovrebbero arrivare a 45 miliardi. Moderna ha messo in cassaforte – già da tempo – contratti per 12 miliardi di dollari e dovrebbe fermarsi a 16 miliardi di ricavi, ma, nel 2019, aveva avuto 55 milioni di ricavi: un saltino niente male! AstraZeneca, invece, ha chiuso l'ultimo esercizio con un fatturato di poco meno di 27 miliardi e si appresta a migliorarlo in modo significativo.

Nel frattempo, cioè intorno alla prima decade di aprile, il New York Times riferisce che [62 milioni di dosi](#) del vaccino della Johnson & Johnson sono sottoposte a screening da parte della Food and Drug Administration perché si ritiene che siano 'contaminate'. Non è una notizia confortante, specie se si tiene conto del fatto che il destino dei vaccini di Johnson & Johnson e quello dei vaccini di AstraZeneca è ampiamente e notoriamente accomunato. "Nello stabilimento di Baltimora – traduciamo fedelmente da un articolo del NYT del 6 aprile scorso –, sono state infrante le regole e minimizzati gli errori", cosicché si è rischiato di mettere in circolazione delle dosi 'non sicure'. La fabbrica in questione – guarda caso! – è quella in cui sono stati sviluppati i vaccini di Johnson & Johnson e AstraZeneca. Adesso, si teme che il pericolo di contaminazione-contraffazione potrebbe estendersi a 150 milioni di dosi.

Come se i morti e la povertà dilagante non bastassero, in Africa e, in particolare, in Kenya, si svolgono le storie della grande corruzione a deprivare ulteriormente un popolo martoriato. Il merito della scoperta è tutto di [Dennis Okari](#), un giornalista di NTV che si è dedicato a una corposa indagine sui fondi stanziati per il Covid. Si tratta di prestiti e sovvenzioni provenienti dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale, fondi che non sarebbero mai stati utilizzati per la salute pubblica. Dalle prime indiscrezioni si è ipotizzato che il denaro transitasse sui conti di due società 'occulte', dalle quali, a un certo punto, se ne perdevano le tracce. La trama è stata talmente sofisticata e malefica che non è stato possibile contabilizzare parecchi miliardi di

‘aiuti’. Allo stesso modo, sono scomparsi mascherine e ventilatori inviati in dono dal miliardario cinese Jack Ma.

Il tema dominante è atavico ed è sempre lo stesso: il circuito della morte è, nello stesso tempo, il circuito del denaro; la morte è redditizia, in particolar modo quella che investe ampie fasce della popolazione, non altrimenti che se ci si piegasse al parossismo d’una teoria demografico-malthusiana. Elias Canetti, in *Massa e Potere*, scrive: “Tanto più grande è il mucchio di morti sul quale sta il sopravvissuto, quanto più di frequente egli ripete tale esperienza, quanto più forte e imperioso sentirà il bisogno di ammucchiare cadaveri”.

<https://www.econopoly.ilsole24ore.com/2021/04/30/vaccini-finanziamenti-big-pharma/>



Quanto guadagnano le Big Pharma con i vaccini. Report (START Magazine)

Giulia Alfieri

Diseguaglianze

I numeri da capogiro sono chiaramente dovuti alle ingenti cifre spese dai Paesi ricchi per accaparrarsi più dosi possibili al fine di immunizzare la propria popolazione. Questo però va inevitabilmente a scapito dei Paesi più svantaggiati che non possono permettersi simili acquisti – e continuano ad avere tassi di vaccinazione pericolosamente bassi.

La distribuzione dei vaccini

Secondo i dati della Ong, Pfizer, insieme a BioNTech, avrebbe dato meno dell’1% delle sue forniture totali di vaccini ai Paesi a basso reddito, mentre Moderna solo lo 0,2%.

Il risultato è che il “98% delle persone nei Paesi a basso reddito non è stato completamente vaccinato”. “È indecente che alcune aziende stiano intascando milioni di dollari di profitti ogni ora, quando solo il 2% delle persone nei Paesi a basso reddito è stato completamente vaccinato contro il coronavirus”, [ha dichiarato Maaza Seyoum](#) della filiale africana di People’s Vaccine e African Alliance.

Le Promesse Tradite

[“Nessuno è al sicuro finché tutti non sono al sicuro”](#), [“Vaccini ai Paesi più poveri o la pandemia resterà anche nel 2022”](#), ripetevano e ripetono esperti di tutto il mondo eppure, sottolinea l’associazione, le società farmaceutiche “hanno venduto le dosi disponibili al miglior offerente in cerca di profitti da record”, stringendo un “patto col diavolo” e dando vita a un apartheid globale dei vaccini.

Finora le promesse sono state tradite e, nonostante il summit sui vaccini che si è tenuto a settembre durante l’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, il nuovo obiettivo ora è vaccinare il 70% della popolazione di ogni Paese entro settembre 2022. Troppo tardi, denuncia Pva, e non c’è nemmeno un piano.

Mentre le Big Pharma a settembre hanno annunciato che avrebbero prodotto 1,5 miliardi di dosi al mese, il giorno dopo, Covax ha dovuto ridurre del 25% (da 2 miliardi di dosi a 1,4 miliardi di dosi) le sue stime sul totale dei vaccini che saranno consegnati ai Paesi meno sviluppati nel 2021. Questo taglio, scrive Pva, rende una situazione catastrofica ancora peggiore. Dall’inizio della pandemia, solo lo 0,7% di tutte le dosi di vaccino prodotte sono andate ai Paesi a basso reddito. Moderna, per esempio, ha consegnato l’84% delle dosi ai Paesi ad alto reddito.

I risultati dell’analisi di PVA

Dall’[analisi svolta da Pva](#) risulta che quasi la metà (49%) dei vaccini venduti da AstraZeneca, Pfizer, Moderna e Johnson & Johnson sono stati consegnati a Paesi ad alto reddito, anche se questi Paesi comprendono solo il 16% della popolazione mondiale.

I Paesi dell'Unione Africana, si legge nel rapporto, messi insieme hanno una popolazione che è tre volte più grande dei Paesi dell'Unione europea. Eppure, l'African Union Vaccine Acquisition Trust, una piattaforma di approvvigionamento di vaccini, è stata in grado di acquistare solo 100 milioni di dosi da Pfizer e Johnson & Johnson. L'Ue, invece, ne ha acquistate quasi 1,5 miliardi da AstraZeneca, Pfizer, Moderna e Johnson & Johnson.

Attraverso accordi bilaterali Moderna ha venduto circa 9 dosi su 10 ai Paesi ad alto reddito e Pfizer ha venduto 8 volte in più dosi ai Paesi ad alto reddito rispetto alle dosi vendute ai Paesi a basso e medio reddito.

Quest'anno, nessuna delle quattro aziende farmaceutiche ha venduto più del 25% della propria fornitura di vaccini – nonostante la sottoscrizione di contratti – a Covax. Pfizer ha venduto solo l'1%, Moderna il 3%, Johnson & Johnson il 25% e AstraZeneca il 19%.

Il paradosso delle dosi sprecate

Il paradosso di tutto questo è che, secondo il rapporto, nel 2021 almeno 100 milioni di dosi di vaccino potrebbero rimanere inutilizzate e scadere nei Paesi del G7, ma il numero di dosi sprecate potrebbe raggiungere i 241 milioni. Ed entro la metà del 2022, questa cifra potrebbe salire a 800 milioni.

Gli altri risvolti

L'Economist Intelligence Unit, riferisce Pva, stima che i Paesi che vaccineranno meno del 60% della loro popolazione entro la metà del 2022 subiranno perdite di PIL di 2,3 trilioni di dollari tra il 2022 e il 2025 – con i Paesi a basso reddito che si faranno carico di due terzi di queste perdite.

A questo si aggiunge che le donne saranno probabilmente le più colpite da questa crisi, dato che hanno spesso lavori con una retribuzione inferiore e meno sicuri. Mezzo miliardo di persone sono ora sottoccupate o senza lavoro.

Oxfam ha stimato che la crisi dovuta alla pandemia è costata alle donne di tutto il mondo almeno 800 miliardi di dollari di perdita di reddito nel 2020, che equivale a più del PIL combinato di 98 Paesi.

Il nodo brevetti

Pva contesta inoltre che, nonostante un finanziamento pubblico di oltre 8 miliardi di dollari, Pfizer/BioNTech e Moderna hanno respinto gli appelli a trasferire la tecnologia dei vaccini ai produttori locali dei Paesi a basso reddito attraverso l'Oms.

La risposta da parte delle Big Pharma è sempre stata che nei Paesi in via di sviluppo non ci sono l'esperienza e la competenza necessarie a sviluppare i vaccini a mRNA ma, sottolinea l'associazione, è stato appositamente creato un Pool di accesso tecnologico per il Covid dall'Oms.

<https://www.startmag.it/economia/quanto-guadagnano-le-big-pharma-con-i-vaccini-report/>



Pandemie: in arrivo Centaurus e vaiolo, ma per Big Pharma è solo una guerra miliardaria (Medicina Democrazia)

agosto 27, 2022 -

Pandemie: in arrivo Centaurus e vaiolo, ma per Big Pharma è solo una guerra miliardaria

Comunicato Stampa

Vittorio Agnoletto, già portavoce Campagna Europea Diritto alla Cura-No Profit On Pandemic: "Mentre è' in arrivo un'altra variante Covid e cresce il rischio vaiolo, le multinazionali del farmaco pensano a farsi la guerra per spartirsi la torta multimiliardaria dei vaccini!"

Milano, 27 agosto 2022. "Centaurus", l'hanno soprannominata così, l'ultima sottovariante di Covid 19, è in arrivo dall'India, ma sta già girando da maggio in Usa e in 35 Paesi: è la BA.2.75, un caso registrato ad agosto in Italia.

Non si sa esattamente cosa succederà, quel che è certo, però, è che la pandemia non è affatto finita: quest'anno, da gennaio ad oggi, vi è stato un altro milione di morti per Covid nel mondo, come dichiarato da OMS.

Tuttavia la partita "vaccini" pare diventata una tragica guerra miliardaria fra le multinazionali del farmaco, a colpi di denunce e cause in tribunale. In tutto questo, la pandemia da Coronavirus sembra essere scomparsa dalle priorità del nostro Paese.

"Ma non ci si può distrarre affatto, perchè la gente continua a morire di Covid 19 e delle sue multiformi varianti – ha detto Vittorio Agnoletto, di Medicina Democratica e già portavoce della Campagna Europea Diritto alla Cura- No Profit on Pandemic – e, mentre la curva contagi risale anche in Italia, assistiamo allo scempio della guerra a carte bollate fra Moderna e Pfizer Biontech: in gioco i profitti miliardari dei brevetti dei vaccini!"

Non ci interessa entrare nel merito dell'accusa che Moderna fa a Pfizer di aver utilizzato i suoi brevetti a tecnologia mRNA senza pagare pegno: non è la salute della gente in primo piano ma i profitti pazzeschi e una torta multimiliardaria di almeno 52 miliardi di dollari da spartirsi!"

Come denunciato ripetutamente dalla Campagna Diritto alla Cura, di cui Medicina Democratica è stata fra i protagonisti, è necessario affrontare il nodo scorsio degli accordi commerciali internazionali: "Occorre urgentemente – ha aggiunto Vittorio Agnoletto – modificare i trattati commerciali in materia di proprietà intellettuale e sospendere, almeno temporaneamente, i brevetti dei vaccini e dei farmaci anti Covid, ma non solo. Infatti, per quanto riguarda il vaiolo, si sta ripetendo la stessa situazione: un'azienda danese, la Bavarian Nordic, ne possiede il brevetto, ed è l'unica che lo può produrre, imponendo prezzi molto alti per una produzione che già oggi risulta quantitativamente insufficiente.

La sospensione dei brevetti, a cominciare da quelli contro il Covid- 19, è indispensabile per consentire la produzione e l'utilizzo di vaccini e farmaci anche nei Paesi del Sud del mondo, dove addirittura due terzi dei sanitari e tre quarti degli anziani non sono stati ancora vaccinati contro il Covid-19, come denunciato dal direttore generale OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus".

<https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=13384>



Corbevax, il vaccino senza brevetto di cui non si parla (Sanità informazione)

Sviluppato da Maria Elena Bottazzi, di origine italiana, Corbevax costa meno di due dollari ed è stato creato in modo "tradizionale", pensato per i Paesi più poveri. Il dottor Agnoletto (No profit on pandemic) fa un'analisi di quello che Ue e Usa non stanno facendo per mettere fine alla pandemia

di Gloria Frezza

Mentre il mondo aspetta il mese di marzo con ansia, data in cui la farmaceutica Pfizer ha promesso di rilasciare un vaccino "tagliato" su Omicron, una notizia potenzialmente essenziale è passata sotto silenzio. A Houston una microbiologa italo-honduregna, **Maria Elena Bottazzi**, co-direttrice del Centro per lo sviluppo dei vaccini del Texas Children's Hospital e Baylor College of Medicine, ha contribuito a creare "il vaccino anti-Covid per il mondo". Si tratta di **Corbevax**, un vaccino sviluppato con tecniche "tradizionali", simile a quello

che utilizziamo contro l'epatite B, che arriva **senza brevetti e a costo estremamente ridotto**. Pensato per fornire un aiuto concreto ai Paesi che in questo momento dipendono interamente dalla "beneficienza" dell'Occidente, che molto spesso fa arrivare vaccini troppo prossimi alla scadenza.

Perché dunque così poca pubblicità a questo vaccino, e possiamo aspettarci di vederlo in Italia? Lo abbiamo chiesto al dottor **Vittorio Agnoletto**, medico e docente a contratto di Globalizzazione e Politiche della Salute Università di Milano, coordinatore della campagna europea "**No profit on pandemic**". Corbevax sta aspettando l'ok definitivo dall'Organizzazione mondiale della Sanità, ma si sono già presi accordi per la produzione in India, Indonesia, Sudafrica e Botswana. Senza brevetti **il costo di produzione è inferiore ai due dollari** e alla portata di tutti.

Corbevax è pensato per i paesi più poveri, ma da noi potrebbe arrivare?

«La dottoressa Bottazzi ha confermato – spiega Agnoletto – che loro presenteranno i documenti ad EMA e FDA, ma abbiamo un problema: la necessità di avere un partner in Europa e USA che produca questo vaccino. Loro dicono che sia efficace su tutte le varianti e nelle prossime settimane avranno risultati anche su Omicron. Perché non ci sono aziende che corrono in cerca di una partnership? **La risposta è che non c'è interesse per il business**. La domanda che io mi pongo è: ci stiamo muovendo in un mercato chiuso che deve essere controllato per forza dalle aziende di Big Pharma? Qualora non ci sia un'azienda partner che decida di produrlo e la produzione avvenga per esempio in India, l'EMA darà l'autorizzazione a importare e usare un vaccino non prodotto in UE o USA?».

Sin dall'inizio della pandemia esperti e scienziati hanno tenuto a ricordare che senza una distribuzione equa di vaccini e cure, uscire dall'emergenza si sarebbe rivelato molto complesso. Il principio è ormai noto a tutti: dove Covid-19 si diffonde senza barriere, produce varianti e queste ultime hanno sempre più alte possibilità di sfuggire ai vaccini costruiti sul "prototipo iniziale" del virus. L'ondata di Omicron, che percorre il mondo intero, lo sta dimostrando.

Trasferire le conoscenze e creare Corbevax "a casa propria"

Per arrivare anche nei paesi con meno mezzi, però, si deve operare un trasferimento di conoscenze e tecnologie, non solo di prodotti. A questo punta Corbevax. «Trasferire le conoscenze tecnologiche attraverso un rapporto biunivoco – spiega Agnoletto – andando loro in alcune situazioni e in altre, con la loro struttura aperta medici ricercatori e studenti senza esclusione possono venire a conoscere le tecnologie che hanno usato e sviluppato. Mi risulta che abbiano già accordi per produrre 100 milioni in più di dosi al mese in India». Il coordinatore di "No profit on pandemic" delinea una parte di mondo abbandonata a sé stessa e l'altra «totalmente dipendente da Big Pharma da cui dovrà periodicamente acquistare vaccini, tramite **aziende che si muoveranno in logica oligopolistica**, con due o tre che potranno determinare il mercato in tutti i sensi. Il costo ma anche il tipo di vaccino: siamo così certi che Pfizer e Moderna non continueranno a usare il vaccino vecchio piuttosto che creare quello adatto ad omicron perché hanno dei fondi di magazzino da esaurire?», è la sua provocazione.

Donazioni ai Paesi più poveri, ma è questa la via?

Intanto da Unione europea e Stati Uniti l'approccio verso il Sud del mondo è ancora lo stesso: **donazioni di vaccini, in surplus o scartati dagli stati donatori**. Di qualche tempo fa la storia dei **campioni di AstraZeneca**, pronti per essere inviati ma ancora fermi e a rischio di scadere. Mentre a inizio anno un'inchiesta dell'Osservatore Romano ha portato alla luce nuovamente donazioni troppo vicine alla scadenza che i paesi riceventi, Africa e Asia principalmente, sono costretti a rifiutare per l'impossibilità di metterli in uso prima della scadenza, viste le difficoltà organizzative e tecnologiche.

«Non è un caso isolato – continua Agnoletto – la storia degli ultimi anni è piena di donazioni che le grandi aziende fanno di farmaci al Sud del mondo quando sono prossimi alla scadenza per vari motivi. Perché in quel modo ottengono degli **sgravi fiscali**, facendo risultare tutte queste donazioni e non hanno il problema dello smaltimento, che scaricano sui paesi più poveri. Una prassi che si è riprodotta con i vaccini. I paesi riceventi devono avere i tempi necessari per gestire la distribuzione e la logistica dei vaccini, non avendo gli stessi vantaggi di quelli occidentali».

Il dottore suggerisce anche la possibilità dell'esistenza di accordi vincolanti tra aziende farmaceutiche e Unione europea «che prevedono che un paese non possa donare vaccini acquistati da un'azienda di Big Pharma senza l'autorizzazione». «In ogni caso – prosegue – una frase di don Luigi Ciotti dice che **la carità e**

l'elemosina non possono mai sostituire il diritto, solo aggiungersi e potenziarlo. Bisogna rendere disponibile il diritto. L'Ue continua a presentare questa strategia delle donazioni come alternativa alla moratoria sui brevetti e i kit diagnostici, moratoria temporanea per 3 anni proposta per velocizzare la fine della pandemia».

Un'azienda farmaceutica pubblica

Ad Agnoletto abbiamo chiesto quali sono i prossimi passi per gestire l'emergenza in maniera più avveduta di quanto accaduto finora, anche guardando alle prossime pandemie. «Siccome è molto probabile che nel prossimo futuro ci saranno nuove pandemie dovremmo porci il problema di arrivare a una **grande azienda farmaceutica pubblica a dimensione europea**. Un'azienda pubblica fa tre cose fondamentali: non costruisce profitto e può tenere i prezzi più bassi, si occupa delle malattie dimenticate, orienta anche la ricerca. Questi vaccini ad mRNA quando sono stati presentati avevano come endpoint la capacità di bloccare il passaggio dall'infezione alla malattia, non erano stati testati sulla capacità di bloccare la trasmissione del virus. Un'azienda pubblica avrebbe messo questo come punto iniziale», è il primo punto del coordinatore di "No profit on pandemic".

Una corretta comunicazione

Il secondo riguarda una comunicazione più corretta e trasparente. Nel primo caso, specie sul vaccino, Agnoletto ricorda i tanti errori fatti: in primis **assicurare che la trasmissione del virus sarebbe stata evitata con il vaccino**, affermazione che poi ha fornito tanto spazio alla polemica no vax quando è stato dimostrato che non era corretta. «Io non credo – aggiunge – che sia opportuno limitare i dati di informazione che vengono distribuiti, che bisognerebbe dare in modo più serio: è vero che non tutti i positivi entrano per questioni legate al Covid e poi alcuni si scopre che sono positivi in ospedale. Bisogna dare questi dati che forniscono un punto di partenza per i ricercatori indipendenti, anche per individuare problemi e studiare nuove soluzioni».

E sulla trasparenza? «Sarebbe corretto – conclude – che i vari ricercatori e le istituzioni che vanno in televisione dichiarassero i conflitti d'interesse. La trasparenza è essenziale. In Italia il peso di Big Pharma è molto grande, sia nel mondo politico che nella comunicazione».

DIAGNOSTICA E TERAPIE

quotidianosanita.it

Covid. Ecdc raccomanda una nuova campagna di vaccinazione in due fasi per ridurre i ricoveri: adesso gli over 80 e in autunno gli over 60 (Quotidiano Sanità)

L'agenzia europea ha valutato che con una campagna mirata a tutti gli over 60 in autunno in concomitanza con la vaccinazione antinfluenzale si potrebbero ridurre i ricoveri in misura del 32% e che, anticipando a questa primavera la vaccinazione degli over 80, la riduzione sarebbe ancora più marcata e si eviterebbero il 44% dei potenziali ricoveri.

05 APR - L'Ecdc ha pubblicato un nuovo report con alcune considerazioni provvisorie su come affrontare il prossimo autunno in previsione di una possibile nuova ondata di Covid in concomitanza con la stagione influenzale.

La raccomandazione dell'agenzia europea si basa su alcuni modelli matematici che hanno valutato due ipotesi di campagna di vaccinazione:

un programma di vaccinazione dell'autunno 2023 con un'elevata diffusione del vaccino rivolto a persone di età pari o superiore a 60 anni che dovrebbe prevenire fino al 32% dei ricoveri correlati a COVID-19 nell'UE/SEE la combinazione di un programma di vaccinazione dell'autunno 2023 per le persone di età pari o superiore a 60 anni con una campagna di vaccinazione della primavera 2023 per le persone di età pari o superiore a 80 anni che dovrebbe prevenire fino al 44% dei ricoveri correlati a COVID-19.

In ogni caso, secondo l'Ecdc, gli sforzi maggiori dovrebbero concentrarsi sulla protezione degli anziani e di altri gruppi vulnerabili, come quelli con comorbidità sottostanti e il immunocompromessi, indipendentemente dall'età.

Secondo i dati di sorveglianza dell'ECDC, con ogni nuova ondata di infezione da COVID-19, le persone nelle fasce di età più anziane hanno infatti maggiori probabilità di essere ricoverate in ospedale e i dati suggeriscono una trasmissione persistente di SARS-CoV-2 nei paesi UE/SEE e quindi un rischio continuo di malattia grave per i gruppi vulnerabili.

Sebbene finora non sia emerso un chiaro modello stagionale della circolazione del virus, i dati mostrano che l'impatto della malattia è stato molto più elevato durante il periodo autunno-inverno, corrispondente alla tradizionale stagione influenzale.

Nel condurre la modellazione matematica, gli esperti dell'ECDC hanno preso in considerazione le conoscenze raccolte su una serie di fattori, tra cui la diminuzione dell'efficacia del vaccino, i gruppi di età interessati dalla più recente campagna di richiamo del vaccino autunno/inverno 2022/23 e la situazione epidemiologica del 2022.

Le decisioni nazionali sulle migliori strategie adatte al contesto epidemiologico locale, conclude l'Ecdc, "dovrebbero essere prese dai paesi, tenendo conto del loro contesto specifico, soprattutto considerando la probabile diffusione in una determinata fascia di età per massimizzare l'impatto".

Detto questo, osserva ancora l'agenzia europea, "permangono notevoli incertezze sui futuri sviluppi epidemiologici e ciò potrebbe influenzare le decisioni future".

Le conclusioni dell'Ecdc

I paesi dovrebbero pianificare un'introduzione continua dei vaccini COVID-19, in particolare durante la stagione autunno/inverno, e tener conto delle seguenti considerazioni:

gli sforzi di vaccinazione dovrebbero concentrarsi sulla protezione delle persone di età superiore ai 60 anni e di altri individui vulnerabili indipendentemente dall'età (come quelli con comorbidità sottostanti e gli immunocompromessi) durante le stagioni autunno/inverno 2023;

per massimizzare la protezione individuale, dovrebbe essere presa in considerazione anche l'offerta della vaccinazione COVID-19 durante la primavera del 2023 alle persone di età superiore agli 80 anni e ad altri adulti vulnerabili, indipendentemente dall'età. Ciò potrebbe anche avere un effetto sostanziale a livello di popolazione, se si prevede che l'assorbimento sarà elevato;

per le campagne di vaccinazione autunno/inverno, i paesi dovrebbero prendere in considerazione campagne di vaccinazione combinate contro COVID-19 e influenza, poiché questo approccio potrebbe essere più efficiente in termini di amministrazione, logistica e costi.

Se viene intrapresa una campagna di vaccinazione primaverile contro il COVID-19, dovrebbe esserci un tempo adeguato tra la campagna primaverile e quella autunnale.

Le considerazioni di cui sopra sono coerenti con i recenti punti salienti presentati dallo Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) dell'OMS, che ha definito i gruppi ad alta, media e bassa priorità per la continuazione della vaccinazione contro il COVID-19 rispetto all'attuale scenario epidemiologico. Nei punti salienti della tabella di marcia aggiornata, SAGE raccomanda una dose di richiamo aggiuntiva per i gruppi ad alta priorità, sei o 12 mesi dopo l'ultima dose, con il lasso di tempo che dipende da fattori come l'età e la condizione di immunocompromissione. SAGE indica che queste raccomandazioni non dovrebbero essere viste come continui richiami annuali del vaccino COVID-19.

Nel complesso, le decisioni a livello nazionale relative alla vaccinazione COVID-19 per il 2023 continueranno a dipendere da una serie di fattori chiave in evoluzione, come la specifica situazione epidemiologica nazionale, la possibile evoluzione del virus, la disponibilità di vaccini (compresi i vaccini aggiornati), l'efficacia del vaccino e protezione nel tempo, prove sull'effetto di richiami ripetuti, grado di immunità ibrida nella popolazione, adozione prevista del vaccino in diversi gruppi di età, accettazione del vaccino e capacità dei sistemi sanitari di fornire vaccinazioni nel contesto di altre priorità di sanità pubblica concorrenti durante la fase post-pandemia.

Promuovere l'accettazione e l'adozione della vaccinazione COVID-19 diventa difficile nel contesto del calo dell'interesse della popolazione a farsi vaccinare e della percezione di un "ritorno alla normalità". Devono essere identificati i fattori che portano al calo dell'assorbimento, anche nelle popolazioni precedentemente disposte a essere vaccinate. Le future campagne di vaccinazione potrebbero prendere in considerazione lo sviluppo di una comunicazione mirata, concentrando gli sforzi sul raggiungimento di gruppi ad alta priorità attraverso canali e messaggeri affidabili e fornendo informazioni chiare su quali gruppi si raccomanda la vaccinazione, il tipo di vaccini disponibili e i tempi. Si dovrebbe anche ricordare alle persone perché è importante rimanere aggiornate con la vaccinazione (in particolare quelle nei gruppi a rischio per COVID-19 grave).

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=112677

THE LANCET

Corticosteroidi a dose più elevata in pazienti ricoverati in ospedale con COVID-19 che sono ipossici ma che non richiedono supporto ventilatorio (RECOVERY) (The Lancet, Recupero, 2023)

RECUPERO Gruppo collaborativo[†]

Pubblicato: 12 aprile 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00510-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00510-X)

Riepilogo

Abstract

È stato dimostrato che i corticosteroidi a basse dosi riducono la mortalità per i pazienti con COVID-19 che richiedono ossigeno o supporto ventilatorio (ventilazione meccanica non invasiva, ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana).

Abbiamo valutato l'uso di una dose più elevata di corticosteroidi in questo gruppo di pazienti.

Metodi

Questo studio su piattaforma randomizzato, controllato e in aperto (Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy [RECOVERY]) sta valutando molteplici possibili trattamenti in pazienti ospedalizzati per COVID-19.

Pazienti adulti eleggibili e consenzienti con evidenza clinica di ipossia (ossia, che ricevevano ossigeno o con saturazione di ossigeno <92% in aria ambiente) sono stati assegnati in modo casuale (1:1) a una delle cure abituali con corticosteroidi a dose più elevata (desametasone 20 mg una volta al giorno per 5 giorni seguiti da 10 mg di desametasone una volta al giorno per 5 giorni o fino alla dimissione se prima) o solo standard di cura abituale (che includeva desametasone 6 mg una volta al giorno per 10 giorni o fino alla dimissione se prima). L'outcome primario era la mortalità a 28 giorni tra tutti i partecipanti randomizzati.

L'11 maggio 2022, il comitato indipendente di monitoraggio dei dati ha raccomandato di interrompere il reclutamento di pazienti che non ricevono ossigeno o solo ossigeno semplice per motivi di

sicurezza. Riportiamo i risultati solo per questi partecipanti. Il reclutamento dei pazienti che ricevono supporto ventilatorio è in corso. Lo studio RECOVERY è registrato con ISRCTN (50189673) e [ClinicalTrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04381936) (NCT04381936).

Risultati

Tra il 25 maggio 2021 e il 13 maggio 2022, 1272 pazienti con COVID-19 e ipossia che non ricevevano ossigeno (otto [1%]) o solo ossigeno semplice (1264 [99%]) sono stati assegnati in modo casuale a ricevere le cure abituali più una maggiore dose di corticosteroidi (659 pazienti) rispetto alle sole cure abituali (613 pazienti, di cui l'87% ha ricevuto corticosteroidi a basso dosaggio durante il periodo di follow-up).

Di quelli assegnati in modo casuale, 745 (59%) erano in Asia, 512 (40%) nel Regno Unito e 15 (1%) in Africa. 248 (19%) avevano il diabete e 769 (60%) erano maschi. Complessivamente, 123 (19%) dei 659 pazienti assegnati a corticosteroidi a dosi più elevate rispetto a 75 (12%) dei 613 pazienti assegnati alle cure abituali sono deceduti entro 28 giorni (rate ratio 1.59 [95% CI 1.20–2.10] ;p=0.0012).

C'è stato anche un eccesso di polmonite riportato come dovuto a infezione non-COVID (64 casi [10%] vs 37 casi [6%]; differenza assoluta 3,7% [95% CI 0,7-6,6]) e un aumento dell'iperglicemia che richiede un aumento della dose di insulina (142 [22%] vs 87 [14%]; differenza assoluta 7,4% [95% CI 3.2–11.5]).

Interpretazione

Nei pazienti ospedalizzati per COVID-19 con ipossia clinica che non richiedevano ossigeno o solo ossigeno semplice, i corticosteroidi a dosi più elevate hanno aumentato significativamente il rischio di morte rispetto alle cure abituali, che includevano corticosteroidi a basse dosi. Lo studio RECOVERY continua a valutare gli effetti dei corticosteroidi a dosi più elevate nei pazienti ospedalizzati con COVID-19 che richiedono ventilazione non invasiva, ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato su MEDLINE, Embase, medRxiv e sulla piattaforma del registro internazionale degli studi clinici dell'OMS tra il 1° settembre 2019 e il 13 gennaio 2023, studi controllati randomizzati che confrontassero l'effetto di diverse dosi di corticosteroidi sistemici in pazienti ospedalizzati con COVID-19 che non ricevevano o ossigeno semplice alla randomizzazione, utilizzando i termini di ricerca: (Infezione da coronavirus OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR SARSCoV2 OR COVID OR COVID-19 OR COVID19 OR 2019-nCoV OR Coronavirus OR Coronavirinae) AND (corticosteroide* OR desametasone OR glucocorticoidi* OPPURE steroidi* OPPURE idrocortisone OPPURE metilprednisolone OPPURE prednisolone OPPURE betametasone) e utilizzando filtri convalidati per selezionare studi randomizzati controllati. Non sono state applicate restrizioni linguistiche. [appendice p 34](#)).

Quattro degli studi includevano solo una popolazione non gravemente malata e il resto includeva una popolazione con gravità della malattia mista. 12 degli studi sono stati pubblicati integralmente, sei dei quali sono stati considerati a basso rischio di bias per l'esito della mortalità a 28 giorni e sei con alcune preoccupazioni (tra cui la mancanza di informazioni sul processo di randomizzazione, la mancanza di informazioni sulle analisi prespecificate, il crossover tra gruppi randomizzati ed esclusione post-randomizzazione dei pazienti nella popolazione analizzata).

Tutti gli studi tranne uno non hanno riscontrato differenze significative nella mortalità tra i gruppi di trattamento. [appendice p 34](#)). Non c'erano informazioni nel rapporto sullo studio sul processo di randomizzazione o se lo studio fosse stato analizzato come pre-specificato, il che ha sollevato alcune preoccupazioni sul rischio di parzialità.

Valore aggiunto di questo studio

Lo studio di valutazione randomizzata della terapia COVID-19 (RECOVERY) è il più grande studio randomizzato sull'effetto di diverse dosi di corticosteroidi in pazienti ospedalizzati con COVID-19 e ha incluso pazienti provenienti da tre continenti.

Abbiamo scoperto che tra i pazienti con ipossia in semplice o senza ossigeno, la randomizzazione a corticosteroidi a dose più elevata (desametasone 20 mg al giorno per 5 giorni seguito da desametasone 10 mg per 5 giorni, o fino alla dimissione se prima) rispetto alle cure abituali (che includevano desametasone 6 mg una volta al giorno nell'87% dei partecipanti) ha comportato un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Tra i pazienti ospedalizzati con COVID-19 che richiedono ossigeno o supporto ventilatorio, i corticosteroidi a basso dosaggio riducono il rischio di morte.

Tuttavia, tra i pazienti che richiedono solo ossigeno semplice, dosi più elevate di corticosteroidi aumentano il rischio di morte rispetto ai corticosteroidi a basso dosaggio.

Non è chiaro se l'uso di una dose più elevata di corticosteroidi sia vantaggioso tra i pazienti che richiedono una ventilazione non invasiva o invasiva: lo studio RECOVERY continua a studiarlo.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00510-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00510-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

"Una minaccia del diritto alla salute". Ecco cosa dice la bozza Oms sulle possibili nuove pandemie (Quotidiano Sanità, Giovanni Rodriguez)

Nessuna cessione di sovranità. E sulla proprietà intellettuale delle tecnologie salvavita

Giovanni Rodriguez

"Gli Stati hanno il diritto sovrano di determinare e gestire il loro approccio alla salute pubblica, in particolare la prevenzione delle pandemie, la preparazione, la risposta e il recupero dei sistemi sanitari in base alle proprie politiche e alla propria legislazione, a condizione che non causino danni ad altri Stati e ai loro popoli". Questo quanto prevede l'ultima bozza del testo ancora in lavorazione in tema di sovranità. E sulla proprietà intellettuale di tecnologie mediche salvavita: "L'effetto sui prezzi limita le opzioni di accesso e impedisce produzione e forniture locali indipendenti".

27 MAR - Il nuovo trattato pandemico dell'Oms comporterebbe cessioni di sovranità da parte dei Paesi aderenti, profilando un governo sanitario mondiale. Questo l'allarme rilanciato ormai da diversi mesi da quei canali informativi che si sono contraddistinti negli ultimi mesi per aver riportato diverse fake news su Covid e vaccini. Una propaganda talmente martellante da aver costretto la settimana scorsa lo stesso direttore generale Oms, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ad [intervenire](#) contro la dilagante "disinformazione sui social media e nei media mainstream".

A questo punto la prima domanda da porsi è: "Di cosa stiamo parlando"? Dalla seconda metà del 2022 gli Stati membri dell'Oms hanno avviato negoziati su un progetto di accordo globale sulla prevenzione, la preparazione e la risposta per proteggere i Paesi da possibili future emergenze pandemiche. Quindi c'è innanzitutto da dire che nessuna decisione è stata presa. L'organo intergovernativo di negoziazione (INB), che sta elaborando e negoziando l'auspicato accordo dell'Oms, dovrebbe riunirsi di nuovo all'inizio del mese prossimo, al fine di produrre una prima 'bozza zero'.

Appurato l'iter del provvedimento, proviamo ora a vedere il contenuto dell'ultimo testo base disponibile. Questo risale allo scorso febbraio e possiamo fin da subito anticiparvi un punto chiave: no, non viene prevista nessuna cessione di sovranità all'Oms. Appurato questo, passiamo ora all'esame del contenuto del testo.

In tema di sovranità qui viene in prima istanza riaffermato proprio il "principio della sovranità degli Stati nell'affrontare le questioni di salute pubblica, in particolare la prevenzione, la preparazione, la risposta e il ripristino dei sistemi sanitari in caso di pandemia".

La parte contestata riguarda il semplice riconoscimento di un "ruolo centrale dell'Oms, in quanto autorità di direzione e coordinamento del lavoro sanitario internazionale, nella prevenzione delle pandemie, nella preparazione, nella risposta e nel recupero dei sistemi sanitari, nella convocazione e nella generazione di prove scientifiche e, più in generale, nella promozione della cooperazione multilaterale nella governance della salute globale". Un po' poco per parlare di una cessione di sovranità.

Se ciò non bastasse, basta scorrere in avanti il documento fino ad arrivare al capitolo dedicato ai "Principi e diritti".

Il punto 3 è dedicato proprio alla sovranità dei singoli Stati e si spiega:

"Gli Stati, in conformità con la Carta delle Nazioni Unite e con i principi del diritto internazionale, hanno il diritto sovrano di determinare e gestire il loro approccio alla salute pubblica, in particolare la prevenzione delle pandemie, la preparazione, la risposta e il recupero dei sistemi sanitari in base alle proprie politiche e alla propria legislazione, a condizione che le attività che rientrano nella loro giurisdizione o nel loro controllo non causino danni ad altri Stati e ai loro popoli. La sovranità comprende anche i diritti degli Stati sulle loro risorse biologiche". A questo punto il paventato 'governo mondiale della sanità' che svuoterebbe i singoli Stati di ogni competenza della materia potremmo ufficialmente bollarlo come l'ennesima **fake news** fatta circolare al fine di screditare gli organismi internazionali.

L'**obiettivo** del documento, si spiega, è quello di "prevenire le pandemie, salvare vite umane, ridurre il carico delle malattie, rafforzare in modo proattivo le capacità mondiali di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie e il risanamento dei sistemi sanitari da esse. Si punta quindi a ridurre "in modo sostanziale il rischio di pandemie, aumentando le capacità di preparazione e risposta ad esse, realizzando progressivamente una copertura sanitaria universale e assicurando una risposta alle pandemie coordinata, collaborativa e basata su prove di efficacia e un recupero resiliente dei sistemi sanitari a livello comunitario, nazionale, regionale e globale".

L'esperienza Covid ci ha insegnato il valore della trasparenza e condivisione dei dati. Una lezione che viene qui ripresa quando, in tema di **trasparenza**, si ricorda come l'efficacia della prevenzione, della preparazione e della risposta alle pandemie dipende "dalla condivisione, dall'accesso e dalla divulgazione trasparente, aperta e tempestiva di informazioni, dati e altri elementi rilevanti che possono venire alla luce (compresi i campioni biologici, i dati delle sequenze genomiche e i risultati delle sperimentazioni cliniche), per la valutazione del rischio e le misure di controllo, nonché per lo sviluppo di prodotti e servizi legati alle pandemie, in particolare attraverso un approccio che coinvolga l'intero governo e l'intera società, basato e guidato dalle migliori evidenze scientifiche disponibili, nel rispetto delle norme, dei regolamenti e delle leggi nazionali, regionali e internazionali sulla privacy e sulla protezione dei dati".

Altro nodo affrontato negli ultimi anni è quello riguardante i diritti di proprietà intellettuale con la scoperta dei primi vaccini contro il Covid. Nel testo l'Oms da una parte riconosce che "la protezione dei **diritti di proprietà intellettuale** è importante per lo sviluppo di nuovi farmaci", mentre dall'altra si riconoscono anche "le preoccupazioni per l'effetto negativo sui prezzi e sulla produzione, l'accesso tempestivo ed equo e la distribuzione di vaccini, trattamenti, diagnostici e tecnologie sanitarie e know-how".

Vengono inoltre sottolineate le "preoccupazioni per il fatto che **la proprietà intellettuale sulle tecnologie mediche salvavita continua a rappresentare una minaccia e un ostacolo alla piena realizzazione del diritto alla salute e al progresso scientifico per tutti**, in particolare l'effetto sui prezzi, che limita le opzioni di accesso e impedisce la produzione e le forniture locali indipendenti, e notando i difetti strutturali degli accordi istituzionali e operativi nella risposta globale alla pandemia Covid, e la necessità di stabilire un futuro meccanismo di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie che non sia basato su un modello di carità".

Riaffermando "le flessibilità e le salvaguardie contenute nell'Accordo Trips e la loro importanza per eliminare gli ostacoli alla produzione e all'accesso ai prodotti legati alle pandemie, nonché alle catene di

approvvigionamento sostenibili per la loro equa distribuzione", si riconosce al contempo la necessità di "meccanismi sostenibili per sostenere il trasferimento di tecnologia e know-how a supporto degli stessi".

Riconoscendo poi le carenze della preparazione e della risposta alla pandemia Covid, si concorda sulla **necessità di una catena di approvvigionamento e di una rete logistica globale** adeguata, equa, trasparente, agile, efficace e diversificata per la prevenzione, la preparazione, la risposta e il recupero a seguito di pandemie. A tal fine si propone di istituire una **Rete globale dell'Oms** per la catena di approvvigionamento e la logistica in caso di pandemia.

L'accesso iniquo ai prodotti legati alle pandemie (compresi, ma non solo, vaccini, terapie e strumenti diagnostici) dovrebbe essere affrontato aumentando la capacità di produzione e distribuendo in modo più equo. Si prevede quindi **l'accesso da parte dell'Oms del 20% della produzione di prodotti** legati al contrasto della pandemia, tra cui strumenti diagnostici, vaccini, dispositivi di protezione individuale e terapeutici, "per consentire un'equa distribuzione, in particolare ai Paesi in via di sviluppo, in base al rischio e alla necessità di salute pubblica e ai piani nazionali che identificano le popolazioni prioritarie".

Viene inoltre richiesto un **rafforzamento normativo** per far sì che, in caso di pandemia, venga accelerato il processo di approvazione e autorizzazione dei prodotti per uso di emergenza in modo tempestivo.

E ancora, **sempre in tema di trasparenza**, si richiede di rendere note "le informazioni sui finanziamenti pubblici per la ricerca e lo sviluppo di potenziali prodotti connessi alla pandemia e le disposizioni per migliorare la disponibilità e l'accessibilità dei lavori risultanti, comprese le pubblicazioni liberamente disponibili e accessibili al pubblico e la rendicontazione pubblica dei relativi brevetti; rendere obbligatorio per i produttori che ricevono finanziamenti pubblici per la produzione di prodotti connessi alla pandemia la divulgazione dei prezzi e delle condizioni contrattuali per gli appalti pubblici in tempi di pandemia, tenendo conto dell'entità dei finanziamenti pubblici ricevuti; incoraggiare i produttori che ricevono altri fondi, esterni al produttore, per la produzione di prodotti connessi alla pandemia a rendere noti i prezzi e le condizioni contrattuali per gli appalti pubblici in tempi di pandemia".

Quanto al **personale sanitario e assistenziale**, si spiega che questo deve essere "formato, competente e preparato, a tutti i livelli, a sostenere le capacità di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie, mantenendo i servizi sanitari essenziali". Per far questo, pur nel rispetto della legislazione nazionale, si richiede di: **a)** rafforzare la formazione, l'impiego, la retribuzione, la distribuzione e il mantenimento in servizio del personale sanitario e di assistenza, compresi gli operatori sanitari di comunità e i volontari; **b)** affrontare le disparità e le disuguaglianze di genere all'interno del personale sanitario e assistenziale, per garantire una rappresentanza, un impegno, una partecipazione e un'emancipazione significativi di tutti gli operatori sanitari e assistenziali, affrontando al contempo la discriminazione, lo stigma e la disuguaglianza ed eliminando i pregiudizi, tra cui la disparità di retribuzione, e rilevando che le donne spesso incontrano ancora ostacoli significativi nell'assumere ruoli di leadership e decisionali.

Si propone infine l'istituzione di un **organo direttivo** al fine di promuovere l'effettiva attuazione del nuovo piano di preparazione pandemico. Questo rappresenterà un primo ramo governativo, la Conferenza delle parti, formata da rappresentanti degli Stati e degli altri aderenti, e sarà "l'unico organo decisionale"; si prevede poi un secondo ramo amministrativo.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=112369

THE LANCET Regional Health
Western Pacific

Risposta vaccinale con virus/mRNA eterologo inattivato a BF.7, BQ.1.1 e XBB.1 (The Lancet, Zuo et al. 2023)

Fanglei Zuo, Rui Sole, Hassan Abolhassani, Likun Du, Yating Wang, Stelios Vlachiotis et al.

Pubblicato: 12 aprile 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100762>

L'emergere di varianti Omicron altamente immunitarie della sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha portato a preoccupazioni circa l'efficacia dei vaccini e degli anticorpi monoclonali terapeutici. Le sottovarianti Omicron BA.4.6, BF.7, BQ.1.1, XBB e XBB.1 ospitano la sostituzione della proteina spike R346T che contribuisce all'evasione del riconoscimento dell'anticorpo monoclonale anti-spike di classe III mentre le sottovarianti XBB e XBB.1.1 ospitano l'F486S sostituzione che riduce il legame per gli anticorpi monoclonali di classe I e II.

BQ.1, BQ.1.1, XBB e XBB.1 sono in rapido aumento negli Stati Uniti, in India, in Europa e in altre parti del mondo, mentre BF.7 è uno dei ceppi dominanti attualmente in circolazione in Cina. A causa dell'imprinting immunitario umorale, un fenomeno in cui l'esposizione iniziale al ceppo originale di SARS-CoV-2, mediante infezione o vaccinazione, limita la futura risposta immunitaria di una persona contro le varianti, il richiamo del vaccino bivalente e l'immunità ibrida potrebbero non fornire una protezione sufficiente contro sottovarianti Omicron emergenti.

Abbiamo precedentemente dimostrato che un booster del vaccino mRNA in individui vaccinati con due dosi di vaccino inattivato ha aumentato significativamente il livello di anticorpi neutralizzanti il plasma contro Omicron BA.1.

Non è noto se questa strategia di vaccinazione mantenga un'attività neutralizzante contro le sottovarianti Omicron emergenti.

Abbiamo utilizzato il test di immunoassorbimento enzimatico e il test di neutralizzazione dello pseudovirus basato su lentivirus (vedere la sezione [Metodi supplementari nell'Appendice supplementare](#)), valutare i livelli di anticorpi leganti e neutralizzanti in 77 campioni di plasma raccolti da 67 volontari sani entro 1-5 mesi dopo la vaccinazione o l'infezione ([Tabelle S1 e S2](#)). I partecipanti sono stati raggruppati in base alla loro storia di vaccinazione e infezione: tre dosi di vaccino inattivato (CoronaVac [Sinovac] o BBIBP-CorV [Sinopharm]); tre dosi di vaccino mRNA monovalente (BNT162b2 [Pfizer–BioNTech] o mRNA-1273 [Moderna]); due dosi di vaccino inattivato seguite da un richiamo del vaccino a mRNA; tre dosi di vaccino inattivato seguite da una o due dosi di richiamo del vaccino a mRNA; infettato durante l'onda G614 e campionato dopo una o due dosi successive di vaccino a mRNA; e infezione rivoluzionaria durante l'onda Omicron BA.1.

In tutti e sei i gruppi, il livello di IgG specifiche del dominio legante il recettore (RBD) e l'attività neutralizzante erano inferiori rispetto a tutte le sottovarianti Omicron testate rispetto al ceppo G614 originale, con il livello più basso misurato rispetto alla sottovariante XBB.1 ([Fig. 1](#) , e [Fig. S1 e S2](#)).

Il livello di IgG specifiche e la media geometrica dei titoli neutralizzanti mezzo massimo (NT_{50}) contro le sottovarianti di Omicron nei gruppi di vaccinazione eterologa erano significativamente superiori a quelli degli individui che avevano ricevuto tre dosi di un vaccino inattivato omologo, raggiungendo un livello simile a quelli che avevano ricevuto tre dosi di vaccino a mRNA omologo o un boost di vaccino a mRNA dopo l'infezione o dopo aver sperimentato un'infezione da rottura ([Fig. 1](#) e [Fig. S1](#)).

La media geometrica NT_{50} dei gruppi di vaccinazione eterologa era da 47 a 51 volte più alta contro G614 e da 4 a 42 volte più alta contro le sottovarianti di Omicron rispetto a quella di tre dosi di un gruppo di vaccino inattivato omologo ([Fig. 1](#)).

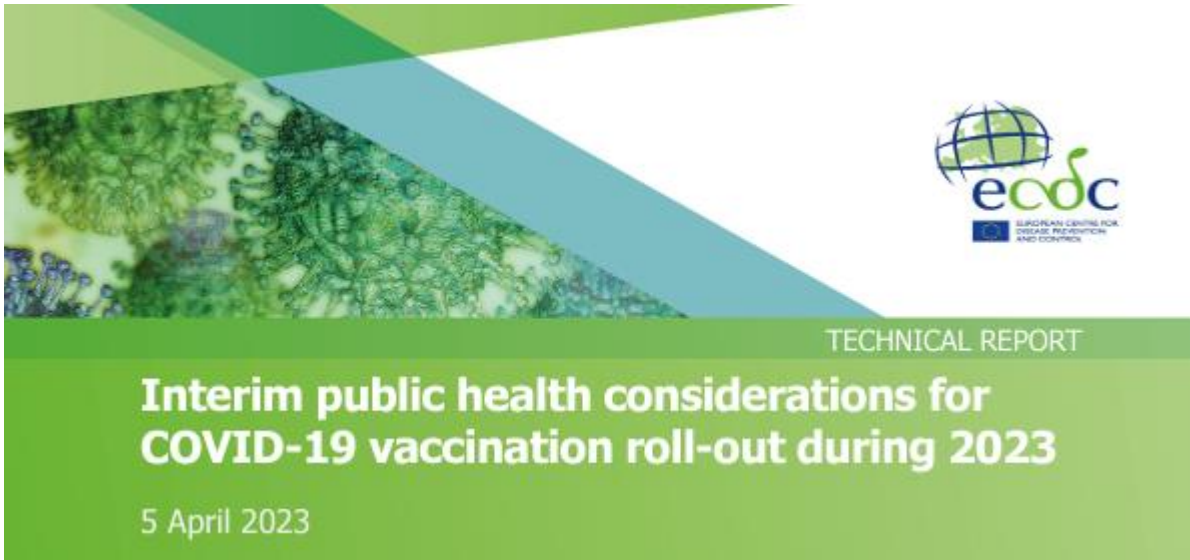
Sebbene la media geometrica NT_{50} di ciascun gruppo vaccinato/infetto contro BF.7, BQ.1.1 e XBB.1 fosse da 3,1 a 108,6 volte inferiore rispetto a quella contro G614, la media geometrica NT_{50} contro queste sottovarianti Omicron era 20 -635 nei gruppi di vaccinazione eterologa così come nel gruppo di vaccino mRNA omologo, mentre quelli in tre dosi di un gruppo di vaccino inattivato omologo erano al di sotto del limite di rilevazione ([Fig. S2B](#)) e potrebbe spiegare l'aumento dei casi di COVID-19 in Cina, dove vengono utilizzati principalmente vaccini inattivati.

Pertanto, tra tutte le sottovarianti omicron testate, l'attività di neutralizzazione più bassa provocata dai vaccini e dall'infezione da rottura (BTI) era contro BQ.1.1 e XBB.1. I nostri risultati suggeriscono che la vaccinazione eterologa che coinvolge il vaccino mRNA parentale come richiamo o secondo richiamo in

individui che hanno ricevuto due/tre dosi di vaccini inattivati aumenta fortemente l'attività neutralizzante e può ancora essere efficace contro le sottovarianti emergenti di Omicron.

I limiti di questo studio includono la piccola dimensione della coorte, in particolare per il gruppo che riceve tre dosi di vaccino inattivato più il richiamo del vaccino mRNA, e il confronto dei dati eseguiti utilizzando l'analisi trasversale. Inoltre, l'efficacia clinica dei vaccini eterologhi inattivi/mRNA contro le sottovarianti Omicron emergenti dovrebbe essere ulteriormente studiata.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00080-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00080-9/fulltext)



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1680683655.pdf>

THE LANCET *Regional Health*
Western Pacific

Effetto protettivo della neutralizzazione del plasma da precedente infezione da SARS-CoV-2 Omicron contro la reinfezione sintomatica della sottovariante BA.5 (The Lancet Regional Health, Xiaosu et al., 2023)

Xiaosu Chen, Yanli Xu, Yan Xie, Canzone Weiliang, Ye Hu, Ayijiang Yisimayi, et al.

Pubblicato: 31 marzo 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100>

Dal dicembre 2022 al gennaio 2023, le infezioni da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) della sindrome respiratoria acuta grave causate dalle sottovarianti BA.5 e BF.7 di B.1.1.529 (Omicron) si sono diffuse in tutta la Cina continentale.

L'ondata di infezione è stata rapida e diffusa, colpendo gran parte della popolazione.

In precedenza, abbiamo reclutato una coorte di individui che hanno sperimentato infezioni Omicron BA.1, BA.2 e BA.5 in gennaio-febbraio, marzo-luglio e agosto-settembre 2022 a Pechino e Tianjin, in Cina, confermate dalla reazione a catena della polimerasi (PCR) ([Figura supplementare S1](#) e [Tabella S1](#)).

Nella stessa regione è stata reclutata anche una coorte di controllo senza storia di infezione da SARS-CoV-2 e profili di vaccinazione simili ([Tabella Supplementare S1](#)).

I frequenti test PCR e le indagini epidemiologiche basate sugli interventi zero-COVID hanno assicurato l'assenza di ulteriori infezioni prima dell'attuale epidemia.

BF.7 era la sottovariante predominante a Pechino e Tianjin durante l'epidemia di dicembre, con BF.7/BA.5 che rappresentavano rispettivamente il 68%/32% e il 58%/42%.

Abbiamo scoperto che nella coorte precedentemente non infetta, il tasso di infezione sintomatica totale esaminato da dicembre 2022 a gennaio 2023 è del 91,6%. Tra gli individui con precedenti infezioni da

Omicron BA.1 (n = 231), BA.2 (n = 191) e BA.5 (n = 470), i tassi di infezione sintomatica erano del 32,9%, 10,5% e 2,8%, rispettivamente, e la mediana gli intervalli di infezione sono stati di 335, 225 e 94 giorni.

A causa delle differenze negli intervalli di tempo per le diverse sottovarianti, ha indicato risultati misti influenzati da entrambe le variabili ([Fig. 1 UN](#)). Si noti che la conferma dell'infezione si basava su un'indagine con almeno uno dei sintomi di febbre, tosse, faringalgia, congestione nasale, scolo nasale, diarrea, vomito, allotriogeustia/eterosmia, cefalea e affaticamento, non mediante screening rigoroso mediante PCR o test dell'antigene, che è una limitazione dello studio.

Rispetto agli individui precedentemente non infetti, la precedente infezione da Omicron era associata a una ridotta suscettibilità all'attuale epidemia di sottovariante BF.7/BA.5, con un tasso di protezione relativa del 64,1% (95% CI: 52,4%–73,1%), 88,6% (95% CI: 81,7%–93,1%) e 97,0% (95% CI: 94,3%–98,5%) per precedenti infezioni BA.1, BA.2 e BA.5 ([Fig. 1 B](#)).

In questo studio mancano campioni di infezioni causate dalla stessa sottovariante a diversi intervalli di tempo, il che è difficile da ottenere nel mondo reale. Pertanto, i dati attuali ci hanno impedito di valutare se la distanza antigenica delle sottovarianti o l'intervallo dall'infezione iniziale causino le differenze nei tassi di protezione.

Tuttavia, gli effetti di entrambe le variabili si riflettevano in specifici titoli anticorpali neutralizzanti, quindi abbiamo deciso di stimare la correlazione tra i titoli e i tassi di protezione. Il continuo follow-up della coorte ci ha permesso di raccogliere campioni di plasma circa 3 mesi prima dell'ondata di infezione nel dicembre 2022 ([tabella supplementare S2](#) e [dati supplementari](#)).

I test di neutralizzazione dello pseudovirus sono stati eseguiti nel plasma di individui precedentemente infetti da Omicron BA.1 per stimare la correlazione tra i titoli anticorpali neutralizzanti e l'effetto protettivo contro la reinfezione sintomatica. È importante sottolineare che la media geometrica dei titoli neutralizzanti al 50% (NT_{50}) contro D614G, BA.5 e BF.7 era 2,0, 2,5 e 2,3 volte più alta negli individui senza reinfezione sintomatica rispetto a quelli con reinfezione sintomatica ($p < 0,01$, [figura 1 C](#)). E non vi era alcuna differenza nella neutralizzazione dei titoli anticorpali tra individui sintomatici reinfettati senza rilevamento confermato di agenti patogeni e quelli con risultati positivi di rilevamento PCR / antigene ([Figura complementare S2](#)).

Abbiamo anche raccolto campioni di plasma circa 3 mesi prima dell'attuale epidemia da quelli precedentemente infettati dalla sottovariante BA.5. Plasma NT_{50} ha mostrato alti livelli di neutralizzazione contro le sottovarianti Omicron BA.5, che rappresentano i rari casi di reinfezione sintomatica ([Fig. 1 D](#) e [Fig. S3 supplementare](#)).

Il basso titolo anticorpale neutralizzante plasmatico contro la sottovariante BF.7 (inferiore a 15,5, la soglia calcolata dalla curva caratteristica operativa del ricevitore, [Figura S4 supplementare](#)) della coorte infetta da BA.1 era associata a un aumentato rischio cumulativo di reinfezione sintomatica, con un rapporto di rischio (HR) di 10,86 (IC 95%: 4,019–29,36) ([Fig. 1 E](#)).

Lo stesso vale per NT_{50} contro la sottovariante BA.5 ([Figura complementare S5](#)). La regressione multivariata ha suggerito che titoli neutralizzanti elevati contro BF.7 e BA.5 erano indicativi di una ridotta probabilità di essere reinfettati sintomaticamente nell'attuale epidemia, con un rischio relativo (RR) di 0,063 (IC 95%: 0,009–0,422) per BF. 7 e un RR di 0,067 (IC 95%: 0,009–0,506) per BA.5 aggiustando la vaccinazione precedente ([Tabella supplementare S3](#)). Insieme, questi risultati hanno mostrato una robusta correlazione tra i titoli neutralizzanti del plasma e l'effetto protettivo contro la reinfezione sintomatica di Omicron.

In particolare, il motivo per cui qui è stata osservata una correlazione così significativa potrebbe essere dovuto all'ampia esposizione virale della popolazione durante l'epidemia, che riduce al minimo la possibilità che gli individui non infetti fossero dovuti alla mancanza di esposizione virale.

È fondamentale stimare l'effetto protettivo degli anticorpi neutralizzanti generati da tali infezioni di massa BF.7/BA.5 contro la prossima ondata di reinfezione SARS-CoV-2, potenzialmente guidata dalle nuove varianti Omicron CH.1.1, BQ. 1.1 o XBB.1.5. È stata inoltre reclutata una coorte BF.7 di 30 individui inizialmente infettati con la sottovariante BF.7 e il plasma è stato raccolto circa 1 mese dopo l'infezione ([Tabella Supplementare S2](#) e [Dati Supplementari](#)). Anche i campioni di plasma della coorte BA.5 in [Fig. 1 D](#) sono stati raccolti circa 1 mese dopo l'infezione.

Abbiamo misurato i titoli neutralizzanti contro BQ.1.1, CH.1.1 e XBB.1.5 nel plasma raccolto da individui un mese dopo BF.7 (Fig. 1 F) o BA.5 (Fig. 1d) infezione. L'NT₅₀ valori di plasma da infezione BF.7 o BA.5 contro CH.1.1 e XBB.1.5 (24–31) sono simili a quella soglia contro BF.7 e BA.5 (15,5–29,5) di plasma da individui con precedente BA .1 infezione con o senza reinfezione sintomatica da BF.7/BA.5 durante l'epidemia di dicembre.

Dato che il plasma della coorte BA.1 è stato raccolto 3 mesi prima dell'epidemia e il plasma dei pazienti BF.7 o BA.5 è stato raccolto 1 mese dopo l'infezione, ciò suggerisce che l'immunità umorale generata dall'attuale BF.7 o BA. 5 può fornire almeno 4 mesi di protezione contro l'ondata di reinfezione sintomatica CH.1.1 e XBB.1.5, mentre la protezione contro un BQ.1.1 può durare anche più a lungo. Da notare che il maggiore legame hACE2 di XBB.1.5 può ridurre il periodo di protezione a causa del potenziale aumento dell'infettività. Inoltre, la mancanza di misurazione dell'immunità mucosale e cellulare aggiungerebbe incertezza alla stima, che è una limitazione dello studio.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00076-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00076-7/fulltext)

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Gravità della variante Omicron BA.5 ed effetto protettivo della vaccinazione: coorte nazionale e analisi abbinata in Scozia (The Lancet Regional Health, Kerr et al., 2023)

Chris Robertson, Steven Kerr e Aziz Sceicco

Publicato: 14 aprile 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100638>

Il sottolignaggio BA.5 è stato rilevato per la prima volta in Sud Africa nel gennaio 2022.

È stato designato come variante di preoccupazione dall'Agenzia per la salute e la sicurezza del Regno Unito il 18 maggio 2022 ed è diventato dominante nel Regno Unito entro il 24 giugno 2022.

Esistono pochi studi longitudinali basati sulla popolazione sui rischi di infezione e sui gravi esiti di COVID-19 di BA.5. Uno studio caso-controllo e trasversale in Danimarca ha rilevato che BA.5 era associato a un aumento del rischio di ospedalizzazione per COVID-19 rispetto a BA.2.

Uno studio caso-controllo negativo al test in Inghilterra non ha trovato prove di una ridotta efficacia del vaccino (VE) contro l'ospedalizzazione per BA.5 rispetto a BA.2.

In questo studio, abbiamo analizzato la gravità della variante BA.5 rispetto a BA.2, che era il più recente sottolignaggio Omicron dominante nel Regno Unito prima di BA.5.

La piattaforma scozzese Early Pandemic Evaluation and Enhanced Surveillance of COVID-19 (EAVE II) comprende dati relativi a cure primarie collegate, vaccinazione, reazione a catena della polimerasi della trascrittasi inversa (RT-PCR), sequenziamento virale, ospedalizzazione e mortalità su 5,4 milioni (99% della popolazione). In precedenza abbiamo utilizzato EAVE II per riferire su VE e l'impatto di nuove varianti, tra cui Delta e Omicron.

Il ricovero per COVID-19 è stato definito come ricovero ospedaliero con una Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD)-10 codici per COVID-19 e con un test RT-PCR positivo per SARS-CoV-2 entro i 28 giorni precedenti il ricovero, o 2 giorni dopo il ricovero. La morte per COVID-19 è stata definita come morte con codici ICD-10 per COVID-19 sul certificato di morte entro un follow-up di 56 giorni dalla data del test.

Abbiamo intrapreso analisi di coorte e abbinata per indagare sul rischio di ricovero ospedaliero e morte per COVID-19 associato a BA.5 rispetto a BA.2 utilizzando EAVE II. La data di inizio dello studio era il 1 aprile 2022 e la fine dello studio era il 30 settembre 2022. In tutte le analisi, per l'evento che veniva studiato come variabile dipendente, abbiamo utilizzato il primo evento che si è verificato nel periodo di studio e abbiamo

limitato al sottogruppo di individui sottoposti a sequenziamento virologico con le varianti BA.2 o BA.5 e che non erano in ospedale al momento del prelievo del campione. Qualsiasi inferenza a coloro che sono già in ospedale dovrebbe quindi essere intrapresa con cautela. Lo stato vaccinale è stato definito alla data del campione per il test RT-PCR positivo.

Abbiamo adattato i modelli di rischio proporzionale di Cox con l'ospedalizzazione COVID-19 e la morte COVID-19 separatamente come esiti utilizzando solo i casi BA.2 e BA.5 e li abbiamo utilizzati per calcolare i rapporti di rischio aggiustati (aHR) con intervalli di confidenza al 95% (IC). Le analisi di coorte includevano le seguenti variabili esplicative: variante, sesso, stato socioeconomico, numero di gruppi di rischio QCOVID, se il test è stato in comunità o in ospedale, immunosoppressione, presenza in qualsiasi momento nella lista di protezione, stato vaccinale come variabile categoriale con livelli per il periodo di tempo trascorso dall'ultima dose di vaccino, precedente test positivo come variabile categoriale con livelli per periodo di tempo trascorso dall'ultimo test positivo e spline penalizzate sia in età che in giorni di calendario dall'inizio dello studio.

L'unica variabile che aveva valori mancanti era lo stato socioeconomico. I 43.881 (0,8%) record che presentavano valori mancanti per questa variabile sono stati esclusi dalla nostra analisi completa del caso ([Tabella S1](#)). Abbiamo effettuato un'analisi di sensitività per i ricoveri, assumendo come esito invece il ricovero con test RT-PCR positivo nei 14 giorni precedenti o nei 2 giorni successivi al ricovero.

Nell'analisi abbinata, abbiamo abbinato i casi BA.5 e BA.2 per data del campione, sede del laboratorio di analisi (comunità o ospedale), gruppo di età in fasce di 5 anni. Abbiamo adattato una regressione logistica condizionale con l'ospedalizzazione COVID-19 come risultato, includendo le stesse variabili esplicative delle analisi di coorte ad eccezione della posizione del test e delle spline in età e tempo di calendario, poiché queste erano abbinate. I risultati sono stati calcolati in media su 100 serie casuali di corrispondenze e gli intervalli di confidenza al 95% sono stati adattati per tenere adeguatamente conto di questa variazione di campionamento. Il numero medio di coppie abbinate nell'analisi abbinata era 2223.

[La tabella S1](#) mostra le statistiche riassuntive per l'intera coorte, coloro che hanno avuto un test RT-PCR positivo e coloro che sono stati sequenziati virologicamente. Le distribuzioni marginali delle caratteristiche tra quelli sequenziati erano sostanzialmente simili a quelli che risultavano positivi, con alcune eccezioni. Rispetto all'intera popolazione, coloro che sono stati sottoposti a sequenziamento virologico tendevano ad essere più anziani, più svantaggiati dal punto di vista socioeconomico e ad essere testati nei laboratori del NHS rispetto al Lighthouse Laboratory della comunità.

[La tabella S2](#) mostra le statistiche riassuntive per coloro che hanno avuto un test RT-PCR positivo per BA.2 e BA.5, con 48.524 persone in totale. Gli individui sottoposti a sequenziamento virologico con BA.5 tendevano ad essere più anziani rispetto a quelli con BA.2, con un numero più elevato di gruppi a rischio, erano più svantaggiati dal punto di vista socioeconomico, avevano maggiori probabilità di essere testati in ospedale rispetto alla comunità e avevano maggiori probabilità di aver ricevuto un maggior numero di dosi alla data del prelievo. I tassi di eventi per 100 anni-persona e le risorse umane aggiustate per età e tempo in giorni sono mostrati nelle [figure supplementari. S1–S6](#). Degno di nota è stato l'alto tasso nei bambini di età compresa tra 0 e 11 anni ([Fig. S1](#)).

[La tabella 1](#) mostra i tassi non aggiustati di ospedalizzazione e morte per COVID-19 per 100 anni-persona di tempo di follow-up, nonché i rapporti aHR/odds per variante di preoccupazione. I tassi non aggiustati di ospedalizzazione e morte per COVID-19 erano più alti per BA.5 rispetto a BA.2, in particolare nei gruppi di età più avanzata. Abbiamo scoperto che BA.5 era associato a un rischio aggiustato più elevato di ospedalizzazione per COVID-19 rispetto a BA.2, aHR = 1,21, IC 95% 1,03, 1,43 ([Tabella 1](#)).

Tabella 1 Tassi di pericolosità degli eventi per variante.

Variabile	Numero di eventi (tasso di eventi per 100 anni persona)	Stima (IC 95%)
Ricovero per COVID-19		
BA.2	828 (33,7)	Rif
BA.5	1218 (112,6)	aHR = 1,21 (1,03, 1,43)
Analisi della sensibilità all'ospedalizzazione COVID-19		

Variabile	Numero di eventi (tasso di eventi per 100 anni persona)	Stima (IC 95%)
BA.2	344 (27,9)	Rif
BA.5	562 (121,8)	aHR = 1,20 (0,92, 1,57)
Analisi abbinata all'ospedalizzazione COVID-19		
	129 UN	
BA.2	(5,8% B) 154 UN	Rif
BA.5	(6,9% B)	aHR = 1,24 (0,91, 1,69)
Decesso per covid-19		
BA.2	64 (1,4)	Rif
BA.5	70 (3,9)	OR = 1,55 (0,78, 3,08)

aHR = rapporto di rischio aggiustato.

OR = Rapporto di probabilità.

a Questo era il numero medio di ricoveri confermati su tutti i campioni.

b Le coppie accoppiate erano in media 2223, e queste sono le % ricoverate.

C'era evidenza di un effetto protettivo della vaccinazione, per entrambe le varianti di preoccupazione, contro l'ospedalizzazione, con la terza dose di vaccinazione più di 26 settimane prima del test positivo associato a aHR = 0,54, 95% CI 0,46, 0,64 (Tabella S3). Abbiamo trovato risultati simili nella nostra analisi di sensibilità per i ricoveri (Tabella S4) e nell'analisi abbinata (Tabella S7). Abbiamo anche trovato risultati simili in una ripetizione dell'analisi abbinata, ma con il periodo di studio limitato al 26 maggio-6 luglio per esaminare l'effetto dei cambiamenti nella selezione degli individui che sono stati sequenziati (materiale supplementare: cambiamenti temporali nei casi sequenziati) . C'erano anche prove di un effetto protettivo dell'infezione precedente.

Abbiamo scoperto che anche l'HR di morte per COVID-19 con BA.5 rispetto a BA.2 era aumentato, ma gli IC al 95% erano molto più ampi (aHR = 1,55, IC al 95% 0,78, 3,08), con effetti protettivi comparabili offerti da vaccinazione (Tabella S5).

Un possibile punto debole nel nostro studio è che i test di massa sono terminati in Scozia il 18 aprile 2022. Pertanto, l'ospedalizzazione e la morte per COVID-19 potrebbero essere state sottostimate. Nonostante il fatto che abbiamo corretto per un numero di covariate, potrebbe esserci ancora un residuo di confusione. Potrebbe anche essersi verificato un bias di selezione differenziale nel sequenziamento virologico di test positivi per variante.

In sintesi, la nostra analisi longitudinale nazionale ha rilevato che, rispetto a BA.2, BA.5 era associato a un aumento del rischio di circa il 20% di ricovero ospedaliero per COVID-19 e a un possibile aumento del rischio di mortalità, sebbene le nostre stime di mortalità mancassero di precisione. La vaccinazione ha offerto protezione contro sia il ricovero in ospedale che il decesso associati a BA.5.

<https://www.thelancet.com/action/showFullTableHTML?isHtml=true&tableId=tbl1&pii=S2666-7762%2823%2900057-1>

Donatella Zorzetto

Con la siccità si teme in Italia un aumento dei casi di virus del Nilo Occidentale a partire da giugno. Dall'Africa intanto aumenta la preoccupazione per la febbre emorragica di Marburg. Gobbi: "Cooperanti e operatori sanitari sono i più a rischio"

La minaccia, per così dire, arriva da due fronti: in entrambi i casi si tratta di virus che preoccupano gli esperti, nazionali e internazionali. L'ultimo segnale in ordine di tempo è di questi giorni, ed è strettamente legato all'emergenza caldo e siccità. È il temuto ritorno in grande stile del West Nile, virus del Nilo occidentale (WNV), che nel 2022 ha contagiato 588 italiani, provoca febbre alta e può portare anche al coma.

Ma parallelamente, dall'Africa emerge una seconda preoccupazione, rappresentata da nuovi contagi provocati dal virus di Marburg, tanto da portare a battezzare il fenomeno come "nuova pandemia in arrivo".

Il pericolo viene dalle zanzare

Già lo scorso anno, ad inizio estate, l'Italia si era accorta che dalle zanzare stava crescendo il pericolo di contagio portato dal virus del Nilo occidentale. E i dati l'hanno dimostrato: dall'inizio di giugno 2022 erano stati segnalati in Italia 588 casi confermati di infezione da West Nile Virus nell'uomo, di cui 295 si erano manifestati nella forma neuro-invasiva, mentre 194 con febbre. Il primo caso umano della stagione era stato registrato in Veneto, in provincia di Padova, nel mese di giugno. E si erano contati anche 37 decessi. Le analisi molecolari eseguite avevano identificato la circolazione del WNV Lineage 1 e Lineage 2.

Ora il pericolo sta per ripresentarsi e, favorito dalla siccità, che induce le zanzare ad avvicinarsi ancora di più all'uomo per abbeverarsi, potrebbe assumere contorni preoccupanti. In pratica, gli esperti si aspettano un aumento di casi anche rispetto allo scorso anno.

Come si manifesta il West Nile

Ma come colpisce il virus del Nilo Occidentale? Isolato per la prima volta nel 1937 in Uganda, appunto nel distretto West Nile (da cui prende il nome), ha come principale veicolo di trasmissione gli uccelli selvatici e le punture delle zanzare (più frequentemente del tipo Culex). Altri mezzi di infezione documentati, anche se molto più rari, sono i trapianti di organi, le trasfusioni di sangue e la trasmissione madre-feto in gravidanza. Venendo ai sintomi, quelli più gravi si presentano in media in meno dell'1% delle persone infette (una persona su 150), e comprendono febbre alta, forti mal di testa, debolezza muscolare, disorientamento, tremori, disturbi alla vista, torpore, convulsioni, fino alla paralisi e al coma.

Quindi cosa fare per non infettarsi? Il metodo preventivo più efficace consiste nell'evitare le punture di zanzara, attraverso l'utilizzo di repellenti cutanei e soggiornando quanto più possibile in ambienti protetti da zanzariere e/o provvisti di diffusori di insetticidi ad uso domestico.

Contagi favoriti dalla siccità

Parla di "imprevedibilità degli eventi" il professor Federico Gobbi, vice direttore scientifico e direttore del reparto di Malattie infettive e tropicali dell'Irccs Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar. Che spiega: "Il West Nile Virus è favorito dal clima caldo, perché induce le zanzare ad avvicinarsi ancora di più all'uomo per bere nei corsi d'acqua. Ma non siamo in grado di dire se quello in corso sarà un anno di contagi in crescita o meno: le grosse epidemie si sono registrate nel 2008, 2021, 2023, con il Veneto in prima linea visto che ha riportato la metà dei casi europei. Parliamo di un virus imprevedibile nella sua adolescenza. Perciò, ogni anno, solo a giugno si può sapere come andrà: se troveremo le zanzare vuol dire che si tratta di un'annata proliferata, in caso contrario le vedremo solo a fine luglio".

Il virus di Marburg scuote l'Africa

Nel frattempo c'è un altro segnale inquietante in arrivo dall'Africa, in particolare da Guinea Equatoriale, Ghana, Camerun e Tanzania. Il virus di Marburg, con i contagi che provoca e che, per ora, si stanno moltiplicando solo in quel continente, preoccupa gli esperti e l'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) in prima battuta. Tanto indurre quest'ultima da lanciare un avvertimento alle autorità locali: "Segnalateci tutti i casi di contagio nel Paese, altrimenti non saremo in grado di adottare le misure necessarie per contrastarlo". La novità inquietante non è l'esistenza del virus stesso, la cui prima comparsa risale all'agosto 1967, ma il fatto che si stiano verificando ulteriori e incontrollabili contagi. Infezioni che l'Oms teme siano in parte nascoste dagli stessi Paesi africani, con i morti che ne conseguono.

L'identikit del virus

La malattia da virus Marburg (Mvd), precedentemente nota come febbre emorragica di Marburg, è una grave patologia virale causata dal Marburg marburgvirus (Marv), che appartiene alla stessa famiglia del virus Ebola, le Filoviridae. Va detto però che, sebbene i virus Marburg e Ebola siano distinti, causano malattie clinicamente molto simili e con tassi di letalità che li accomunano. La Mvd, in particolare, colpisce sia gli umani che i primati. Il tasso di letalità è intorno al 50%, ma può variare (range 24-88%) in base alla gestione terapeutica del caso e dal ceppo virale. Il trattamento precoce può infatti migliorare di molto le possibilità di sopravvivenza. Nei casi letali il decesso avviene tra gli 8 e i 16 giorni dall'esordio ed è attribuibile a disidratazione, emorragie interne e insufficienza multiorgano.

I sintomi e il decorso clinico

Passando ai sintomi, il periodo di incubazione della malattia causata dal virus di Marburg generalmente ha una durata di 5-10 giorni, ma sono anche stati osservati periodi dai 2 ai 21 giorni. L'esordio è improvviso, con sintomi e segni non specifici come febbre alta (39-40 °C), grave cefalea, brividi, malessere e dolori muscolari. Inoltre, a distanza di tre giorni possono comparire crampi e dolori addominali, nausea, vomito e diarrea che può durare anche per una settimana. Poi, dal quinto al settimo giorno possono apparire un rash maculopapulare (malattia della pelle che si caratterizza per la comparsa sulla cute di un'area rossa e piatta coperta da piccole papule rosse, ndr) e il quadro clinico può aggravarsi con la comparsa di manifestazioni della febbre emorragica come petecchie, emorragie mucosali e gastrointestinali, e sanguinamento dai siti di prelievo venoso.

Manca un vaccino

A complicare la situazione è anche il fatto che contro il virus di Marburg manca un vaccino. Rispetto ai primi episodi di malattia, la medicina non ha fatto grandi passi avanti, proprio perché al momento non esistono vaccini o terapie antivirali approvati per il trattamento, ma solo cure di supporto, come la reidratazione con fluidi orali o endovenosi, che aiutano la sopravvivenza.

Tuttavia l'Oms sta discutendo da mesi sui potenziali candidati vaccini e dichiara che "sono in corso di valutazione una serie di possibili trattamenti, tra cui emoderivati, terapie immunitarie e terapie farmacologiche". In attesa di novità su possibili candidati vaccini, non resta che monitorare. Per questo - sottolineano le autorità - il livello di attenzione deve rimanere alto e la profilassi risulta indispensabile.

"Diagnosi non facile"

Se parliamo dell'Africa, poi, balza all'evidenza la difficoltà di arrivare a una diagnosi certa della malattia. "Si tratta di sintomi aspecifici, quindi non è facile farla in Paesi a basso reddito - prosegue Gobbi - . L'epidemia di Marburg è molto simile a Ebola, e ora è presente in Guinea equatoriale (da dove Gobbi è appena rientrato ndr) e in Tanzania". Però, si affretta a precisare il professore "non costituisce un grosso problema per l'Italia". Spiegando: "Semmai è molto peggio, rispetto al Covid, per un operatore sanitario perché rischia di più. Ma quando parliamo di casi di contagio d'importazione ci riferiamo soprattutto a cooperanti e lavoratori". "La sorveglianza deve rimanere alta, ma non è il caso di scatenare grandi allarmi, soprattutto per l'Europa - conclude Gobbi - . Perché il contagio avviene per contatto diretto. Semmai allarmiamoci per i virus

respiratori, sicuramente più in grado di diffondersi. Mi spiego: speriamo che non arrivi un SARS-CoV 3, o che il virus dell'avaiaria passi dagli animali all'uomo."

https://www.repubblica.it/salute/2023/04/05/news/virus_west_nile_virus_di_marburg_sintomi-394794863/?ref=RHLF-BG-I394943785-P11-S2-T1

quotidiano**sanita.it**

Antibiotico resistenza. Rapporto Ecdc/Oms: "Minaccia per la sicurezza dei pazienti in Europa". Nel 2020 oltre 35 mila decessi, (Quotidiano Sanità, BDC)

di B.D.C.

Nella Regione Europea, 2 reti regionali raccolgono e presentano i dati di sorveglianza della resistenza antimicrobica per quasi tutti i 53 Stati membri della Regione: la rete europea di sorveglianza della resistenza antimicrobica (EARS-Net) e la rete di sorveglianza dell'Asia centrale e europea della resistenza antimicrobica (CAESAR). Per quanto riguarda l'Italia diminuisce l'impatto ma i numeri sono ancora più alti della media europea.

14 APR - Sono alte le percentuali di resistenza agli antibiotici di ultima linea, come i carbapenemi, in diversi paesi della Regione Europea dell'OMS. Questo il quadro che emerge dal secondo rapporto di sorveglianza su questo fenomeno, stilato dal Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (Ecdc) e dall'OMS/Europa con dati che si riferiscono al 2021.

Un fenomeno dunque allarmante che Ecdc e Oms Europa definiscono una "minaccia per la sicurezza dei pazienti". E infatti i decessi attribuibili alla resistenza microbica sono stati nel 2020 (ultimo dato disponibile) oltre 35 mila. La resistenza antimicrobica (AMR), come ormai noto, è una seria minaccia per la salute e molti paesi della regione europea sembrano avere opzioni terapeutiche limitate per i pazienti con infezioni causate da questi agenti patogeni. In particolare, livelli più elevati di AMR sono stati segnalati nelle parti meridionali e orientali della regione europea, rispetto al nord e all'ovest.

Per quanto riguarda l'Italia: i dati forniti dal nostro Paese per il 2021 tracciano un quadro di circa **56.600 casi totali di infezioni resistenti**, con in testa E.coli (21.292), S.aureus (11.856) e K.pneumoniae (9.202), in calo rispetto alle oltre 57.000 del 2020.

Ma le infezioni senza risposta alle cure risultano in aumento per alcuni tipi di batteri, come gli Acinetobacter e l'E.faecum. In calo gli E.coli resistenti alla penicillina e alle cefalosporine di terza generazione, la K.pneumoniae resistente a fluoroquinolone, e il temibile S.aureus multiresistente (Mrsa).

"La situazione attuale, con l'aumento delle specie di Acinetobacter resistenti ai carbapenemi, difficili da eradicare una volta endemiche, sottolinea la necessità di intensificare ulteriormente gli sforzi per prevenire e rilevare la resistenza", commenta **Danilo Lo Fo Wong**, consigliere regionale dell'OMS per il controllo della resistenza antimicrobica.

"Poiché i batteri resistenti agli antibiotici continuano a emergere, sono necessari ulteriori sforzi per migliorare le pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni, ridurre l'uso non necessario di antimicrobici, progettare e attuare programmi di gestione antimicrobica e garantire un'adeguata capacità microbiologica", ha aggiunto **Dominique Monnet**, capo sezione dell'ECDC per Resistenza antimicrobica e infezioni nosocomiali.

Nella Regione Europea, 2 reti regionali raccolgono e presentano i dati di sorveglianza della resistenza antimicrobica per quasi tutti i 53 Stati membri della Regione: la rete europea di sorveglianza della resistenza antimicrobica (EARS-Net) e la rete di sorveglianza dell'Asia centrale e europea della resistenza antimicrobica (CAESAR). Nel 2021, più paesi e laboratori hanno segnalato dati a queste reti rispetto al 2020.

Tuttavia, il 16% dei paesi ha dichiarato di raccogliere ancora dati sulla resistenza antimicrobica solo a livello locale e senza un approccio standardizzato.

La maggior parte dei paesi della regione ha sviluppato piani d'azione nazionali sulla resistenza antimicrobica, compresi programmi e interventi completi sulla prevenzione e il controllo delle infezioni, la gestione e la sorveglianza antimicrobica.

La sfida che ci aspetta è garantire che questi dispongano di un sostegno di alto livello e di solidi finanziamenti per affrontare la minaccia della resistenza antimicrobica.

I numeri

Nel 2022, l'ECDC ha utilizzato i dati nazionali comunicati a EARSNet per il periodo 2016-2020 per stimare l'onere delle infezioni con batteri resistenti agli antibiotici sotto sorveglianza nella regione europea.

Il numero di casi di queste infezioni è passato da 685.433 nel 2016 a 865.767 nel 2019, con una diminuzione della stima per il 2020 a 801.517.

Queste infezioni hanno provocato un numero annuo stimato di morti attribuibili che sono aumentate da 30.730 morti in 2016 a 38.710 morti nel 2019, prima di diminuire leggermente a 35.813 morti nel 2020.

Nel periodo 2016–2020, il carico maggiore di malattia è stato causato dalle infezioni con *E. coli* resistente alle cefalosporine di terza generazione, seguito da MRSA e *K. pneumoniae* resistente alle cefalosporine di terza generazione. Infezioni con questi tre batteri resistenti agli antibiotici sono risultate i più grandi impatti sulla salute, generando il 58,2% del carico totale misurato in anni di vita aggiustati per la disabilità (DALY). ECDC stima che per il 2020 il 30,9% del carico totale in I DALY provenivano da infezioni con resistenti ai carbapenemi batteri. Un numero simile di decessi era attribuibile a *K. pneumoniae* resistente ai carbapenemi, (4076 decessi), *Acinetobacter* spp. (3656 decessi) e *P. aeruginosa* (3210 morti).

Il rapporto

La situazione della resistenza antimicrobica nelle specie batteriche segnalata alle reti di sorveglianza della resistenza antimicrobica in riferimento ai casi isolati nel 2021 varia ampiamente a seconda delle specie batteriche, del gruppo antimicrobico e della regione geografica.

La resistenza alle cefalosporine e ai carbapenemi di terza generazione risulta per esempio generalmente più alta in *Klebsiella pneumoniae* rispetto a *Escherichia coli*. E se la resistenza ai carbapenemi è rimasta rara in *E. coli* per la maggior parte dei paesi, il 33% dei paesi ha riportato percentuali di resistenza del 25% o superiori in *K. pneumoniae*. La resistenza ai carbapenemi appare comune anche nelle specie *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter*, e in percentuale maggiore rispetto a *K. pneumoniae*.

Come osservato nei precedenti rapporti regionali, esiste un gradiente della resistenza da nord a sud e da ovest a est, con tassi più elevati nelle parti meridionali e orientali della regione europea rispetto a quelle settentrionali e occidentali. Ciò era particolarmente evidente per la resistenza alle cefalosporine e ai carbapenemi di terza generazione in *K. pneumoniae* e per la resistenza ai carbapenemi in *Acinetobacter* spp. Considerando solo i 13 paesi che hanno inviato dati a CAESAR sia nel 2020 che nel 2021, il numero complessivo di casi segnalati è stato più alto nel 2021 rispetto al 2020. Ciò è stato il risultato di un numero più elevato di casi segnalati per tutti i patogeni.

Queste tendenze generali non sono state sempre osservate a livello nazionale, tuttavia, tutti i paesi hanno riportato numeri più elevati di *Acinetobacter* spp. isolati nel 2021 rispetto al 2020.

In tutti i 16 paesi che hanno presentato dati a CAESAR nel 2021, la maggior parte degli isolati (70%) erano *E. coli* (37,9%), *Staphylococcus aureus* (17,2%) e *K. pneumoniae* (14,9%).

Osservando i risultati specifici delle specie batteriche nel 2021, la resistenza ai fluorochinoloni in *E. coli* è risultata generalmente più bassa nelle parti settentrionali della regione europea dell'OMS e più alta nel sud. Una percentuale di resistenza inferiore al 10% è stata osservata in due (4%) dei 45 paesi che hanno riportato dati su questo microrganismo. Una percentuale di resistenza del 25% o superiore è stata riportata in 17 (38%) paesi. Una percentuale di resistenza del 50% o superiore è stata osservata in quattro (9%) paesi.

Per la resistenza alle cefalosporine di terza generazione in *E. coli*, 12 (27%) dei 45 paesi hanno riportato percentuali inferiori al 10%, mentre percentuali di resistenza pari o superiori al 50% sono state osservate in

quattro (9%). Otto (18%) su 44 paesi hanno riportato percentuali di E. coli resistenti ai carbapenemi dell'1% o superiori.

La resistenza alla cefalosporina di terza generazione in *K. pneumoniae* è diventata piuttosto diffusa nella regione europea dell'OMS. Nel 2021 sono state osservate percentuali inferiori al 10% in sette (16%) dei 45 paesi che hanno riportato dati su questo microrganismo, mentre 19 (il 42%), in particolare nelle parti meridionali e orientali della Regione, hanno riportato percentuali di resistenza del 50% o superiori.

La resistenza ai carbapenemi è stata riportata più frequentemente in *K. pneumoniae* che in *E. coli*. Nel 2021, le percentuali erano generalmente basse nelle parti settentrionali e occidentali della regione europea dell'OMS; 14 (31%) dei 45 paesi hanno riportato percentuali di resistenza inferiori all'1%.

Quindici paesi (33%) hanno riportato percentuali pari o superiori al 25%, otto dei quali (18% su 45 paesi) hanno riportato percentuali di resistenza pari o superiori al 50%.

Ancora, nella regione europea si osservano grandi differenze nelle percentuali di *P. aeruginosa* resistente ai carbapenemi. Nel 2021, le percentuali di resistenza risultano inferiori al 5% in due (5%) dei 44 Paesi che hanno riportato dati su questo microrganismo, mentre sei (14%) Paesi hanno riportato percentuali pari o superiori al 50%.

Anche le percentuali di *Acinetobacter* spp. resistenti ai carbapenemi variano ampiamente all'interno della regione, da meno dell'1% in tre (7%) dei 45 paesi che hanno riportato dati su questo microrganismo al 50% o più in 25 (56%) paesi, principalmente nell'Europa meridionale e orientale.

Inoltre, 11 (25%) dei 44 paesi che hanno riportato dati su *S. aureus* avevano percentuali di *S. aureus* meticillino-resistente (MRSA) inferiori al 5%, mentre percentuali di MRSA pari o superiori al 25% sono state osservate in 13 (30%) di 44 paesi.

Grandi differenze si osservano in tutta la regione nella percentuale di penicillina *Streptococcus pneumoniae* non selvatico.

Due (5%) dei 43 Paesi che hanno riportato dati su questo microrganismo avevano percentuali inferiori al 5% nel 2021, mentre percentuali pari o superiori al 25% sono state riscontrate in cinque (12%) Paesi. Ancora, la resistenza alla vancomicina nell'*Enterococcus faecium* varia notevolmente: percentuali di resistenza inferiori all'1% sono state segnalate da sei (14%) dei 44 Paesi che hanno riportato dati su questo microrganismo, mentre percentuali pari o superiori al 25% sono state riscontrate in 17 (39%), cinque dei quali (11% dei 44 paesi) hanno riportato percentuali di resistenza pari o superiori al 50%.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=112944



COVID-19 Weekly Epidemiological Update

Edition 138 published 13 April 2023

In this edition:

- [Global overview](#)
- [SARS-CoV-2 variants of interest and variant of concern](#)
- [Vaccine effectiveness of primary series and booster vaccination against the Omicron variant of concern](#)
- [WHO regional overviews](#)
- [Hospitalizations and ICU admissions](#)
- [Special focus: Updated Interim Guidance on Adjusting Public Health and Social Measures for COVID-19](#)

Global overview

Data as of 9 April 2023

Aggiornamento epidemiologico settimanale COVID-19 (al 9 aprile 2023) (WHO)

A livello globale, negli ultimi 28 giorni (dal 13 marzo al 9 aprile 2023) sono stati segnalati 3 milioni di nuovi casi e oltre 23.000 decessi, una diminuzione rispettivamente del 28% e del 30% rispetto ai 28 giorni precedenti (dal 13 febbraio al 12 marzo 2023) (Figura 1, Tabella 1).

Contrariamente alla tendenza generale, sono stati osservati importanti aumenti dei casi segnalati e dei decessi nelle regioni del sud-est asiatico e del Mediterraneo orientale e in diversi singoli paesi altrove.

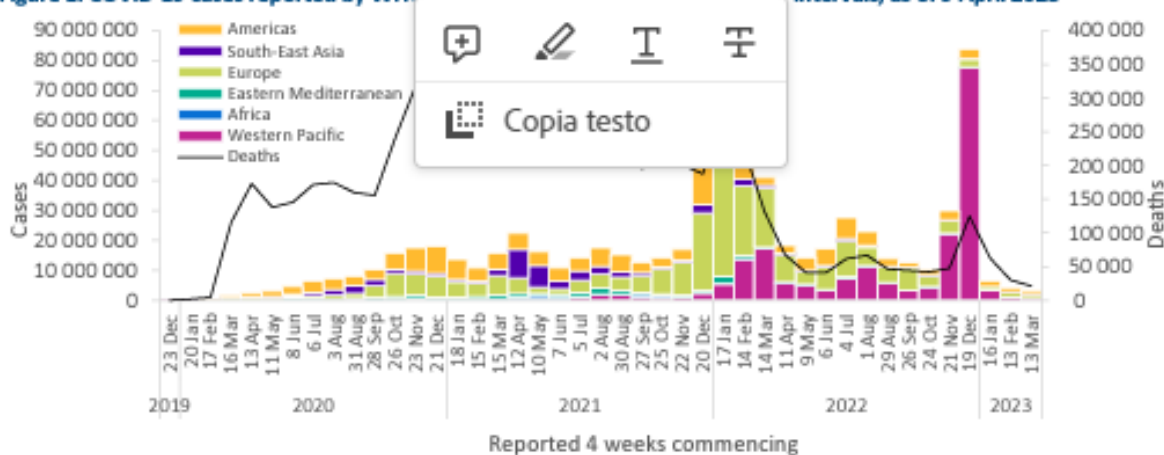
Al 9 aprile 2023, sono stati segnalati a livello globale oltre 762 milioni di casi confermati e oltre 6,8 milioni di decessi. Le attuali tendenze nei casi segnalati di COVID-19 continuano a essere sottostimate rispetto al numero reale di infezioni e reinfezioni globali, come mostrato dai sondaggi sulla prevalenza.¹⁻⁴ Ciò è in parte dovuto alla riduzione dei test e ai ritardi nella segnalazione in molti paesi.

I dati presentati in questo rapporto sono pertanto incompleti e devono essere interpretati con cautela. Inoltre, i dati delle settimane precedenti vengono continuamente aggiornati per incorporare modifiche retrospettive nei casi di COVID-19 segnalati e nei decessi effettuati dai paesi.

Presentiamo i cambiamenti nelle tendenze epidemiologiche utilizzando un intervallo di 28 giorni.

Questa finestra temporale più ampia aiuta a tenere conto dei ritardi nella segnalazione, appianare le fluttuazioni settimanali nel numero di casi e continuare a fornire un quadro chiaro di dove la pandemia sta accelerando o rallentando. I dati disaggregati sono ancora accessibili sulla dashboard COVID-19 dell'OMS, dove è possibile scaricare l'intero set di dati.

Figure 1. COVID-19 cases reported by WHO Region, and global deaths by 28-day intervals, as of 9 April 2023**



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

A livello regionale, il numero di nuovi casi di 28 giorni segnalati è diminuito in quattro delle sei regioni dell'OMS: la regione africana (-45%), la regione del Pacifico occidentale (-39%), la regione delle Americhe (-33%), e la Regione Europea (-22%); mentre i numeri dei casi sono aumentati in due regioni dell'OMS: la regione del sud-est asiatico (+481%) e la regione del Mediterraneo orientale (+144%).

Il numero di nuovi decessi in 28 giorni è diminuito in quattro regioni: la regione del Pacifico occidentale (-62%), la regione delle Americhe (-37%), la regione africana (-24%) e la regione europea (-12%); mentre il numero dei decessi è aumentato in due regioni dell'OMS: la regione del Mediterraneo orientale (+138%) e la regione del sud-est asiatico (+109%).

A livello nazionale, i numeri più elevati di nuovi casi di 28 giorni sono stati segnalati dagli Stati Uniti d'America (455.939 nuovi casi; -50%), dalla Federazione Russa (291.895 nuovi casi; -17%), dalla Repubblica di Corea (275.126 nuovi casi; simile al precedente periodo di 28 giorni), Brasile (233.734 nuovi casi; +51%) e Francia (213.308 nuovi casi; +92%).

Il numero più alto di nuovi decessi in 28 giorni è stato segnalato dagli Stati Uniti d'America (5571 nuovi decessi; -40%), Regno Unito (2708 nuovi decessi; -13%), Brasile (1246 nuovi decessi; -24%), Federazione Russa (984 nuovi decessi; - simile al precedente periodo di 28 giorni) e Germania (903 nuovi decessi; -52%).

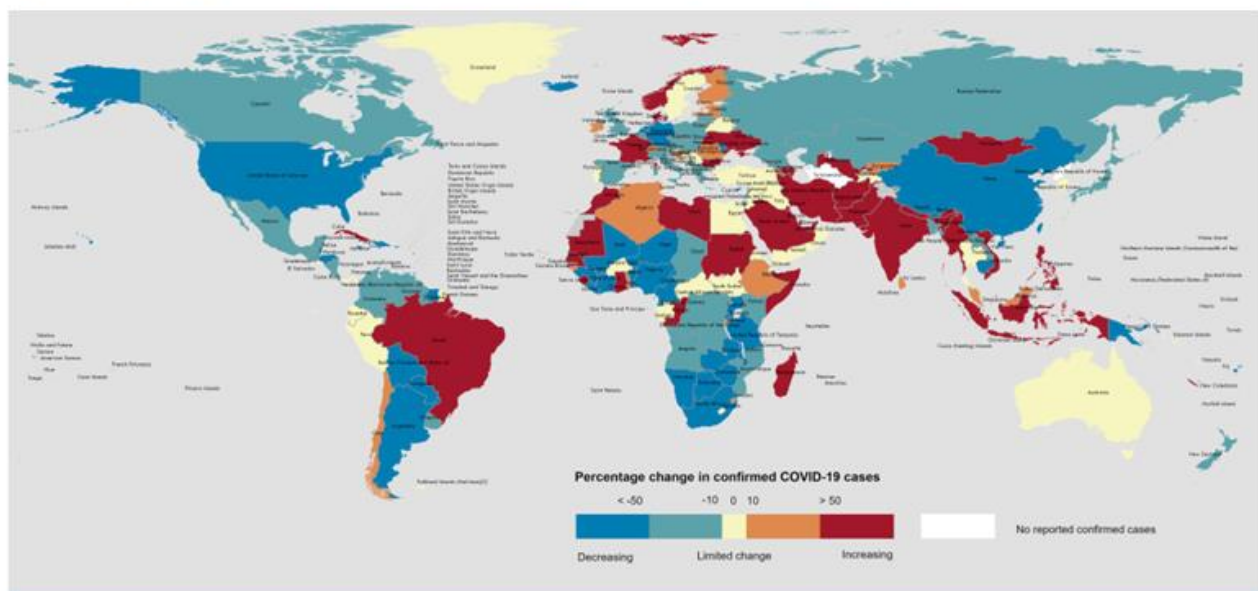
Table 1. Newly reported and cumulative COVID-19 confirmed cases and deaths, by WHO Region, as of 9 April 2023**

WHO Region	New cases in last 28 days (%)	Change in new cases in last 28 days *	Cumulative cases (%)	New deaths in last 28 days (%)	Change in new deaths in last 28 days *	Cumulative deaths (%)
Europe	1 257 642 (42%)	-22%	275 084 829 (36%)	9 844 (47%)	-12%	2 212 084 (32%)
Americas	882 336 (29%)	-33%	191 814 966 (25%)	8 237 (39%)	-37%	2 945 187 (43%)
Western Pacific	719 015 (24%)	-39%	202 141 741 (27%)	2 019 (10%)	-62%	409 523 (6%)
South-East Asia	80 039 (3%)	481%	60 854 783 (8%)	309 (1%)	109%	804 217 (12%)
Eastern Mediterranean	52 530 (2%)	144%	23 323 416 (3%)	718 (3%)	138%	350 417 (5%)
Africa	9 155 (<1%)	-45%	9 519 401 (1%)	22 (<1%)	-24%	175 337 (3%)
Global	3 000 717 (100%)	-28%	762 739 900 (100%)	21 149 (100%)	-30%	6 896 778 (100%)

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

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

Figure 2. Percentage change in confirmed COVID-19 cases over the last 28 days relative to the previous 28 days, as of 9 April 2023**

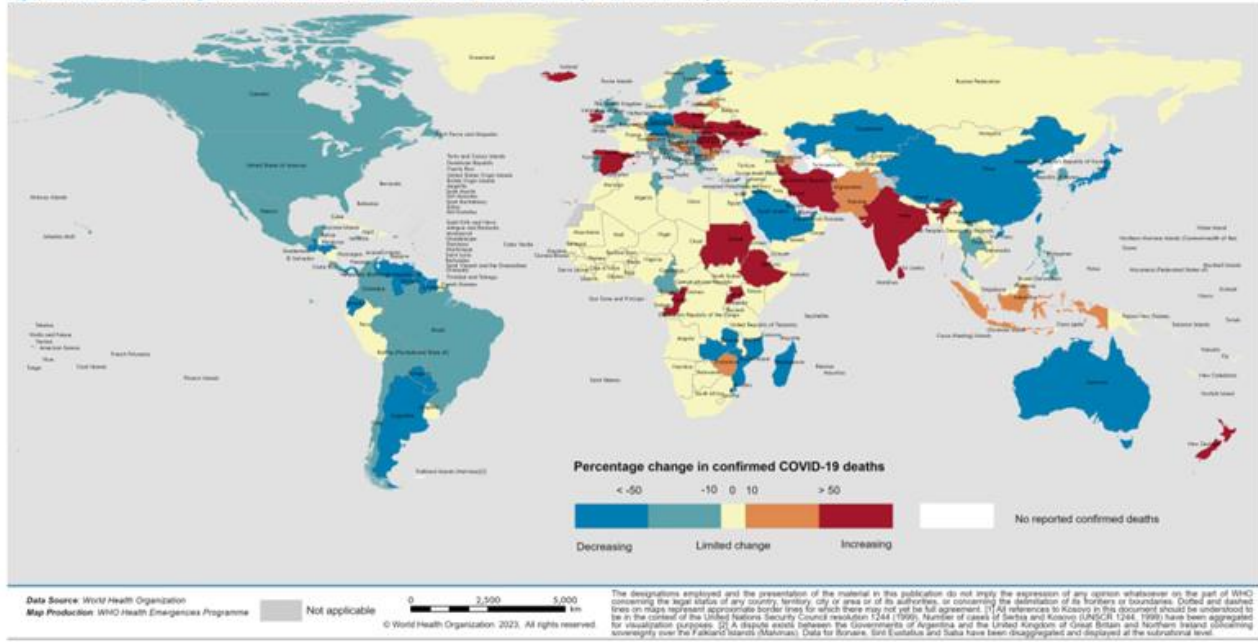


Data Source: World Health Organization
Map Production: WHO Health Emergency Programme
© World Health Organization 2023. All rights reserved.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not be full agreement. (†) All references to Kosovo in this document should be understood to be in the context of the United Nations Security Council resolution 1244 (1999). Number of cases of Serbia and Kosovo (UNSCR 1244, 1999) have been aggregated for visualization purposes. (‡) A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas). Data for Brunei, Sri Lanka and Saba have been disaggregated and displayed at the subnational level.

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

Figure 3. Percentage change in confirmed COVID-19 deaths over the last 28 days relative to the previous 28 days, as of 9 April 2023**



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

Table 2. Weekly prevalence of SARS-CoV-2 VOIs and VUMs, week 8 to week 12 of 2023

Lineage	Countries	Sequences	2023-08	2023-09	2023-10	2023-11	2023-12
XBB.1.5* (VOI)	95	154 278	43.50	46.01	47.02	47.03	47.91
BA.2.75*	121	105 680	5.91	5.18	4.98	4.78	1.95
CH.1.1*	88	40 873	6.69	6.43	5.70	5.49	5.17
BQ.1*	142	411 323	15.01	11.21	9.21	7.56	5.11
XBB*	122	80 144	6.69	8.39	11.64	14.33	17.64
XBB.1.9.1*	61	10 432	3.01	4.29	5.28	6.15	7.59
XBF*	49	8 852	1.24	1.09	1.23	0.97	0.83
Unassigned	98	292 966	8.78	10.57	9.03	9.45	10.40
Other†	207	6 692 332	1.08	1.09	1.06	1.04	1.67
XBB.1.16 [§]	29	2222	0.21	0.53	1.21	1.92	3.96

* includes descendant lineages except those individually specified elsewhere.

§ The prevalence of XBB.1.16 was extracted from GISAID on 11 April 2023 using the nucleotides T12730A, T28297C, A28447G.

† Others are other circulating lineages excluding the VOI, VUMs, BA.1*, BA.2*, BA.3*, BA.4*, BA.5*.

Figure 5. Panel A and B: The number and percentage of SARS-CoV-2 sequences globally, from 1 October 2022 to 25 March 2023

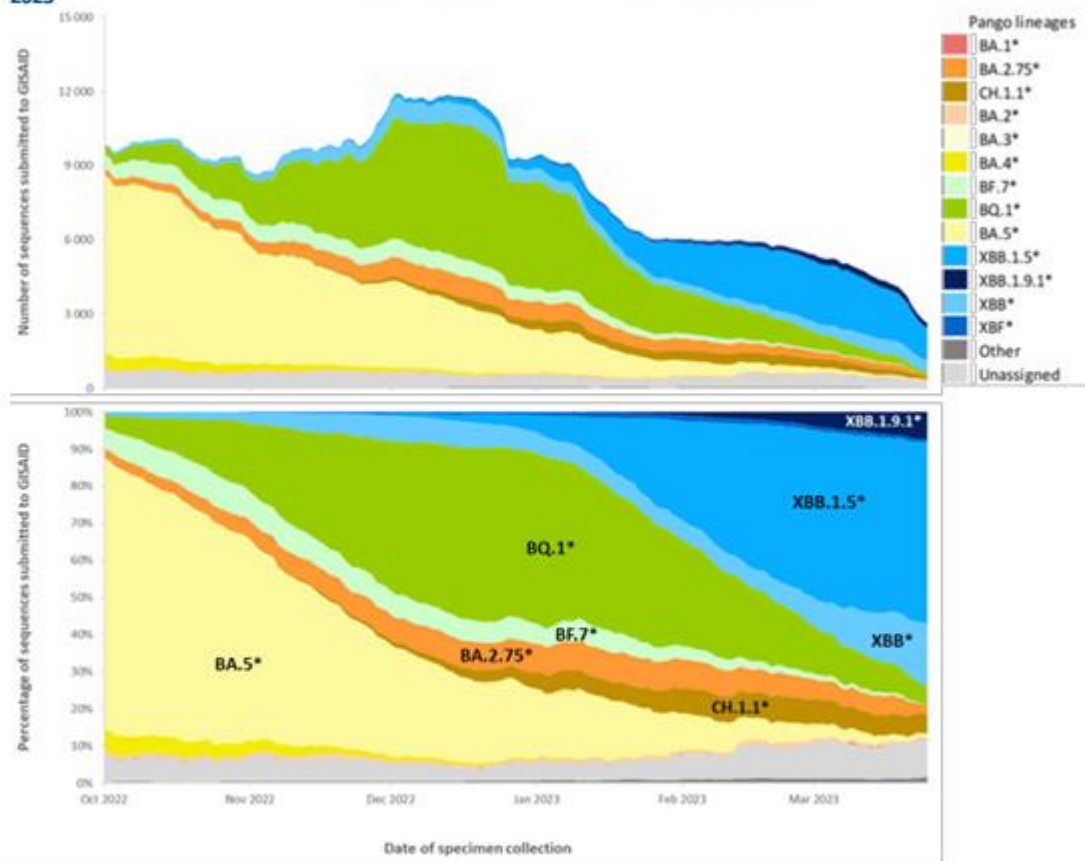


Figure 5 Panel A shows the number, and **Panel B** the percentage, of all circulating variants since October 2022. Omicron sister-lineages and additional Omicron VOC descendent lineages under further monitoring are shown. BA.1*, BA.2*, BA.3*, BA.4* and BA.5* (* indicates inclusion of descendent lineages) include all BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 and BA.5 pooled descendent lineages, except currently circulating variants shown individually. The *Unassigned* category includes lineages pending for a PANGO lineage name, whereas the *Other* category includes lineages that are assigned but not listed in the legend. As XBB.1.16* has not been assigned in GISAID, it is not shown individually. Source: SARS-CoV-2 sequence data and metadata from GISAID, from 1 October 2022 to 25 March 2023.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1681541545.pdf>

terzogiornale

spazio politico della  fondazione
per la critica
sociale

C'era una volta il welfare (terzogiornale, Paolo Andruccioli)

Esiste ancora lo Stato sociale? O viviamo già in una bolla, una finzione basata sui concetti di merito e di colpa? Come si possono finanziare i sistemi previdenziali e assistenziali di fronte all'inesorabile crollo degli occupati stabili, e quali fasce sociali rischiano di essere escluse dalla sanità pubblica e dai servizi sociali? Rispondono tre esperti: Maurizio Franzini, Enrica Morlicchio e Stefano Ceconi

27 Aprile 2023

Paolo Andruccioli

Ci siamo dati appuntamento a Roma, il 30 marzo scorso, nella sede della Fondazione per la critica sociale e della redazione di "terzogiornale".

Al nostro **forum sul welfare** hanno partecipato:

Enrica Morlicchio, docente di Sociologia economica presso il Dipartimento di scienze sociali dell'Università Federico II di Napoli, una studiosa che si occupa in particolare di povertà ed esclusione sociale;

Maurizio Franzini, ex professore di Politica economica presso la Facoltà di Economia dell'Università La Sapienza di Roma, è stato presidente facente funzioni dell'Istat, ora responsabile scientifico del programma VisitInps; e Stefano Ceconi, segretario nazionale dello SPI, il sindacato dei pensionati della Cgil, sindacalista con una lunga esperienza in Cgil nazionale come responsabile delle Politiche sanitarie e del welfare.

Per "terzogiornale" erano presenti Rino Genovese e Paolo Andruccioli.

Perché parlare di welfare?

Abbiamo deciso di affrontare i tanti problemi del welfare perché consideriamo decisive le scelte politiche che si faranno nel prossimo futuro in relazione alla spesa pubblica e alla sua articolazione.

Un tema squisitamente politico che fa emergere la nuova ideologia della destra, come risulta già evidente dalle scelte operate dal governo guidato da Giorgia Meloni. Quello che una volta era un tema tipico della politica, insieme alla lotta contro le diseguaglianze (per la sinistra), viene oggi rimesso fortemente in discussione sia dal punto di vista teorico, sia soprattutto dal punto di vista delle policy.

Una costruzione che traballa

Crisi economiche ricorrenti e pandemia, insieme alle profonde trasformazioni sociali e culturali in corso (a partire da quelle che riguardano il lavoro), stanno minando infatti le fondamenta degli assetti pensati e realizzati dai padri storici del welfare.

Oggi sono in discussione i paradigmi e le scelte concrete di allocazione delle risorse, mentre l'antico "compromesso socialdemocratico" sembra venire meno ed è comunque messo in discussione dalle forti tensioni dovute ai fenomeni che attraversano tutte le società: invecchiamento progressivo della popolazione, immigrazione, rivoluzione digitale, lavoro povero e precario dei giovani. Ma anche dalle ideologie della destra che ormai pensa a un welfare "selettivo" per i "meritevoli", non più universale. Se sei povero o disoccupato è colpa tua. Lo Stato non ti deve aiutare.

I quattro temi

Parlare di welfare significa dunque parlare della vita delle persone, e il termine è diventato quasi un sinonimo di politica. Per non perderci in un discorso che inevitabilmente sarebbe diventato troppo ampio e onnicomprensivo abbiamo proposto ai nostri ospiti di ragionare intorno ai seguenti filoni:

1) Il modello di welfare e previdenziale italiano basato sulla contribuzione dei lavoratori è ancora sostenibile? O dobbiamo riprogettare tutti i sistemi sulla base di un finanziamento fiscale generale?

2) Le politiche messe in campo dal governo in carica sembrano basate sull'assunto di fondo secondo cui non può più reggere un welfare universale (diritti uguali per tutti), ma che si può invece ripensare uno Stato sociale che limiti la povertà e aiuti le famiglie (tradizionali).

3) Fondi europei e Piano di ripresa e resilienza potrebbero essere l'occasione per rilanciare la sanità pubblica (e territoriale) dopo i tragici insegnamenti della pandemia, ma non sembrano queste le intenzioni. Si darà al contrario più spazio alla sanità privata e alle assicurazioni individuali, dividendo ulteriormente l'Italia anche sulla base dell'autonomia differenziata?

4) Per quanto riguarda una sinistra che non vuole rinunciare a una prospettiva di giustizia sociale e di socialismo, quanto pesano le scelte fatte negli anni passati in merito ai fondi pensione, ai sistemi complementari di previdenza e all'assistenza sanitaria, nonché al welfare aziendale? Per tutelare i lavoratori si sono introdotte nuove diseguaglianze "interne"?

In questo articolo affronteremo solo i primi due temi, rimandando a una seconda puntata la parte relativa alle proposte e al futuro.

Come si finanzia il welfare e come si sta trasformando?

Maurizio Franzini

Rispetto al problema del finanziamento dei sistemi di welfare, bisogna prima di tutto tenere conto che una componente enorme del finanziamento del sistema previdenziale deriva dai contributi dei lavoratori.

E già da questo fatto derivano molti problemi. Basti pensare che la "base" da cui devono arrivare questi contributi si inaridisce progressivamente.

Abbiamo infatti avuto il lavoro che conta meno sul reddito nazionale complessivo, l'indebolimento progressivo dei lavori, che quindi contribuiscono poco all'incremento del risparmio previdenziale.

Le conseguenze di questo sono almeno due: la prima riguarda le pensioni di oggi e il loro finanziamento.

La seconda riguarda la debolezza dei soggetti che versano i contributi e che quindi (siccome la pensione è contributiva) arriveranno al pensionamento con assegni molto bassi. Si possono, già da oggi, prevedere pensioni troppo basse e quindi la creazione di un numero sempre più consistente di nuovi poveri.

Intervento di Maurizio Franzini: "Una base piccola piccola"

Si tratta comunque di due problemi che devono essere affrontati in modo separato. Il finanziamento della spesa pensionistica vigente richiede inevitabilmente di **allargare la base imponibile attingendo alla fiscalità generale** o anche ad altre forme di entrate. Possiamo per esempio ricordare quella che era stata definita la **"tassa sui robot"**.

Si trattava di una imposta che era stata pensata per le aziende che usano l'automazione al posto del lavoro vivo degli operai.

Anche con meno lavoro si genera comunque valore aggiunto, che deve diventare fonte di finanziamento per i sistemi previdenziali e di welfare.

Ma al di là di come lo si voglia chiamare, abbiamo un problema di ampliamento della base imponibile.

Naturalmente si tratta anche di rendere meno deboli i salari su cui vengono applicati i contributi, a differenza di quello che succede oggi. Concludendo queste prime considerazioni: abbiamo un problema molto serio di finanziamento dei sistemi di welfare dovuto a molti fattori, prima di tutto alla mostruosa evasione fiscale e contributiva che genera minori entrate.

Abbiamo poi un problema di intervento strutturato e ben modulato su tutti gli aspetti che ho appena trattato, e che invece non sembra sia all'orizzonte.

<https://www.terzogiornale.it/2023/04/27/cera-una-volta-il-welfare/>

L'OMS a 75 anni: ciò che non ti uccide ti rende più fort (Nature, 2023)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sta uscendo dall'apice della pandemia contusa. I suoi Stati membri devono tornare a dare priorità all'assistenza sanitaria universale.

Natura 616 , 8 (2023)

doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-023-00952-y>

Ci sono stati momenti durante il primo anno della pandemia di COVID-19 in cui l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) deve essersi sentita come se fosse stata immersa nel mezzo di un incontro di boxe dei pesi massimi tra Cina e Stati Uniti. La Cina ha impedito ai suoi virologi ed epidemiologi di collaborare con i loro colleghi internazionali proprio quando i ricercatori avevano bisogno di condividere ciò che sapevano per comprendere il nuovo virus. Gli Stati Uniti, sotto l'allora presidente Donald Trump, hanno accusato l'OMS di essere troppo vicina alla Cina e hanno tentato di punire l'agenzia annunciando piani per ritirare i finanziamenti (successivamente annullati dall'amministrazione dell'attuale presidente Joe Biden).

Ma l'OMS non è estranea ai grandi conflitti di potere.

Durante i suoi 75 anni di esistenza, è stato circondato da tensioni internazionali, in particolare la guerra fredda tra gli Stati Uniti e l'Unione Sovietica (E. Fee et al. *Am. J. Public Health* **106**, 1912-1917; 2016). Il Congresso degli Stati Uniti ha approvato l'adesione degli Stati Uniti all'OMS a condizione che potesse ritirarsi con un anno di preavviso. L'Unione Sovietica si è ritirata tra il 1949 e il 1955.

Quando si pensa ai 75 anni dell'OMS, vale la pena ricordare il tempo e le circostanze della sua creazione. All'indomani della seconda guerra mondiale, le Nazioni Unite di nuova costituzione e le sue agenzie specializzate, inclusa l'OMS, furono progettate per rendere il mondo a prova di futuro da un altro conflitto globale. Durante le due guerre mondiali morirono circa 80 milioni di persone, molte a causa di carestie o malattie.

La costituzione fondante dell'OMS afferma inequivocabilmente: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale".

Eppure, i creatori dell'agenzia hanno scelto di non dare la priorità a solidi sistemi di assistenza sanitaria universale che avrebbero raggiunto questi obiettivi. Questa attenzione assente è uno dei motivi per cui le malattie infettive continuano a colpire le popolazioni nei paesi a basso e medio reddito.

L'eradicazione del vaiolo nel 1980 è stata una grande vittoria. Ma per altre malattie, l'agenzia e i suoi donatori non sono stati in grado di raggiungere gli obiettivi, inclusa l'eliminazione dell'HIV e dell'AIDS, della malaria e della tubercolosi.

L'OMS, tuttavia, ha un record coerente per affermarsi come l'organizzazione di riferimento per la definizione di standard globali per l'efficacia, la sicurezza e la qualità di vaccini e medicinali.

Come abbiamo visto durante la pandemia, l'agenzia è fondamentale per allertare il mondo su nuove malattie infettive, aiutata in misura non trascurabile dalla rivoluzione della biomedicina e dei dati sanitari, in particolare la genomica.

Il modo in cui l'OMS opera e stabilisce le sue priorità è influenzato anche dalle priorità di politica economica dei suoi Stati membri. L'agenzia è stata creata da una manciata di poteri, molti dei quali sono ancora donatori significativi (vedi 'Ideali caduti'). I contributi degli Stati Uniti (inclusa la Bill & Melinda Gates Foundation a Seattle, Washington) e delle nazioni europee hanno rappresentato oltre la metà delle entrate di 7,6 miliardi di dollari dell'agenzia nel 2021.

Promuovere l'innovazione e la competitività è stata una grande priorità, e questo è avvenuto a scapito della condivisione delle conoscenze. Nel 1980, gli Stati Uniti hanno promulgato il Bayh-Dole Act che consente alle università di commercializzare invenzioni dalla ricerca finanziata dal governo federale. Ciò ha portato a restrizioni su ciò che i ricercatori potevano e non potevano condividere.

Nel 1995, l'Organizzazione mondiale del commercio ha stabilito regole sulla proprietà intellettuale che hanno anche reso difficile condividere le conoscenze necessarie per sviluppare vaccini e terapie COVID-19 in modo rapido e su larga scala.

L'India e il Sudafrica hanno organizzato una coraggiosa campagna (Nature era tra i suoi sostenitori) per far revocare temporaneamente i diritti di proprietà intellettuale relativi al COVID-19 ; ma le probabilità erano contro di loro.

<https://www.nature.com/articles/d41586-023-00952-y>

nature

Le firme molecolari condivise tra l'infezione da coronavirus e le malattie neurodegenerative forniscono obiettivi per lo sviluppo di farmaci ad ampio spettro(Nature, Li Deng, 2023)

Li Deng , LingDing , Xianlai Duan & Yousong Peng

Abstract

Prove crescenti hanno suggerito l'associazione tra infezione da coronavirus e malattie neurodegenerative. Tuttavia, il meccanismo molecolare alla base dell'associazione è complesso e resta da chiarire. Questo studio ha integrato i geni umani coinvolti nelle infezioni di tre coronavirus tra cui SARS-CoV-2, SARS-CoV e MERS-CoV da dati multi-omici e ha studiato i geni condivisi e le funzioni molecolari tra l'infezione da coronavirus e due malattie neurodegenerative, vale a dire il morbo di Alzheimer (AD) e il morbo di Parkinson (PD).

Sette geni tra cui HSP90AA1, ALDH2, CAV1, COMT, MTOR, IGF2R e HSPA1A e diverse funzioni molecolari correlate alla risposta allo stress e all'infiammazione come la via di segnalazione MAPK, la via di segnalazione NF-kappa B, le risposte allo stress ossidativo o chimico erano comuni sia all'infezione da coronavirus che alle malattie neurodegenerative.

È stato inoltre scoperto che questi geni interagiscono con più di 20 altri virus. Infine, sono stati identificati farmaci mirati a questi geni. Lo studio non solo aiuterebbe a chiarire il meccanismo molecolare alla base dell'associazione tra infezione da coronavirus e malattie neurodegenerative, ma fornirebbe anche nuovi bersagli per lo sviluppo di farmaci ad ampio spettro sia contro i coronavirus che contro le malattie neurodegenerative.

Le malattie neurodegenerative sono causate dalla progressiva perdita di struttura o funzione dei neuroni, spesso dipendente dall'età. Diventano sempre più diffusi con il rapido aumento degli anziani nel mondo e rappresentano una grave minaccia per la salute umana [1](#) [2](#) .

Le malattie neurodegenerative includono diverse malattie come la sclerosi laterale amiotrofica, il morbo di Alzheimer (AD), il morbo di Parkinson (PD), la malattia di Huntington, le malattie da prioni e così via. Tra questi, AD e PD sono i più comunemente osservati. Ad esempio, si stima che 6,2 milioni di americani di età pari o superiore a 65 anni vivano con la demenza di Alzheimer nel 2021 [3](#).

L'AD e il PD spesso causano demenza grave o addirittura fatale con il progredire della malattia, il che riduce significativamente la qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver e comporta un pesante fardello economico per la società [4](#) . Sfortunatamente, mancano ancora farmaci efficaci contro queste malattie, sebbene diversi farmaci siano stati approvati per il loro trattamento [5](#) .

È stato riportato che molti fattori come la mutazione genetica, l'esposizione ambientale a tossine o virus o altri agenti contaminanti influenzano l'insorgenza di malattie neurodegenerative [2](#) [6](#) [7](#) .

Tra questi, i ricercatori sospettano da tempo il coinvolgimento delle infezioni virali nell'insorgenza o nella progressione delle malattie neurodegenerative, in particolare AD e PD [7](#) [8](#) [9](#) [10](#) [11](#) .

Uno degli esempi più famosi ma controversi sono le epidemie di parkinsonismo verificatesi in seguito alla pandemia influenzale del 1918 [7](#) . È stato suggerito che diversi virus siano associati all'AD o al PD.

I virus neurotropici come gli arbovirus, i virus dell'influenza e gli herpes virus possono infettare direttamente il sistema nervoso centrale (SNC) o provocare un'inflammatione del SNC che può causare danni neuronali o morte [7](#)·[9](#) . Mentre altri virus come il virus Coxsackie e l'HIV possono indurre la tempesta di citochine nel cervello che può essere di lunga durata e causare insulti più tardi nella vita [7](#) .

Il coronavirus è il più grande tipo di virus a RNA con genoma che va da 26 a 32 kb. Sono state identificate più di 40 specie di coronavirus.

Fino ad oggi, sette coronavirus sono stati segnalati per infettare l'uomo, tra cui SARS-CoV-2, SARS-CoV e MERS-CoV sono i più letali e hanno causato un'enorme morbilità e mortalità nell'uomo [12](#) . Ad esempio, il COVID-19 causato da SARS-CoV-2 ha provocato 486.761.597 infezioni umane e 6.142.735 decessi umani in tutto il mondo a partire dal 1° aprile 2022 [13](#) .

È stato segnalato che i tre coronavirus mortali sopra menzionati infettano più organi o tessuti nell'uomo o nei topi e sono associati a varie comorbidity e complicanze della malattia [14](#)·[15](#)·[16](#)·[17](#)·[18](#) . In particolare, un'ampia percentuale di pazienti COVID-19 ha sviluppato sintomi neurologici che sono stati definiti NeuroCOVID [19](#) .

Alcuni pazienti hanno persino sviluppato il parkinsonismo dopo l'infezione da SARS-CoV-2 [11](#) .

Oltre a SARS-CoV-2, anche i pazienti infetti da MERS-CoV e SARS-CoV presentavano gravi sintomi o complicanze neurologiche [20](#)·[21](#) . Ciò suggerisce potenziali associazioni tra infezione da coronavirus e malattie neurodegenerative.

In realtà, molti studi hanno fornito ulteriori prove a sostegno delle associazioni tra infezione da coronavirus e malattie neurodegenerative. Diversi studi su topi o modelli di primati non umani hanno dimostrato che più coronavirus come SARS-CoV-2 e SARS-CoV possono invadere il sistema nervoso centrale attraverso il bulbo olfattivo e diffondersi ulteriormente in aree funzionali del sistema nervoso centrale come l'ippocampo e il talamo [11](#)·[22](#) .

Gli studi sugli esseri umani hanno inoltre dimostrato l'esistenza di RNA, proteine o particelle virali nel cervello dei pazienti con SARS-CoV o SARS-CoV-2. Ad esempio Puellas et al. osservato una piccola quantità di RNA e proteine del virus in 8 su 22 pazienti COVID-19 in studi autoptici [17](#) . Paniz-Mandolfi et al. riportato la presenza di SARS-CoV-2 nelle cellule endoteliali neurali e capillari nel tessuto del lobo frontale ottenuto all'esame post mortem da un paziente COVID-19 [23](#) .

Inoltre, l'infezione da coronavirus può anche suscitare la tempesta di citochine che può causare danni al sistema nervoso centrale indirettamente [11](#) .

I meccanismi molecolari alla base dell'associazione tra infezione da coronavirus e malattie neurodegenerative sono complessi. Le proteine del virus possono interagire con le proteine umane che possono essere coinvolte nelle malattie.

Ad esempio, le proteine umane che interagiscono con le proteine SARS-CoV-2 sono state coinvolte anche in diversi processi biologici legati all'invecchiamento e alle malattie neurodegenerative [18](#)·[24](#) , come la disfunzione dell'omeostasi proteica e della funzione mitocondriale, le risposte allo stress ossidativo, il metabolismo lipidico.

Tuttavia, mancano ancora studi sistematici sui geni umani e sulle funzioni molecolari condivise tra l'infezione da coronavirus e le malattie neurodegenerative. Questo studio ha integrato per la prima volta i geni umani coinvolti nelle infezioni di tre coronavirus, ovvero SARS-CoV-2, SARS-CoV e MERS-CoV, da dati multi-omici, e ha studiato i geni condivisi e le funzioni molecolari tra infezione da coronavirus e due malattie neurodegenerative, cioè AD e PD. Si è scoperto che sette geni e dozzine di funzioni molecolari svolgono ruoli importanti sia nell'infezione da coronavirus che nelle malattie neurodegenerative. È stato anche scoperto che questi geni interagiscono con più di 20 altri virus. Finalmente,

<https://www.nature.com/articles/s41598-023-29778-4>

Soumita Das

Uno studio che utilizza una piattaforma multi-organoide e un profilo trascrizionale all'avanguardia identifica potenziali bersagli terapeutici contro SARS-CoV-2. Gli autori scoprono che CIART, un gene coinvolto nella regolazione circadiana, promuove l'infezione da SARS-CoV-2 regolando la via del recettore dei retinoidi X e la sintesi degli acidi grassi.

Il polmone è un organo altamente complesso che comprende diversi tipi di cellule, tra cui cellule calciformi, a clava e alveolari di tipo I e di tipo II.

I recenti progressi nella ricerca sulle cellule staminali hanno facilitato lo sviluppo di organoidi polmonari che imitano la funzione epiteliale delle vie aeree e fungono da modelli per l'infezione respiratoria [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#).

Ad esempio, gli studi hanno dimostrato che dopo l'infezione da SARS-CoV-2, le cellule di tipo 2 derivate dall'alveolosfera basate su cellule staminali sono simili a quelle degli individui con COVID-19 [3](#).

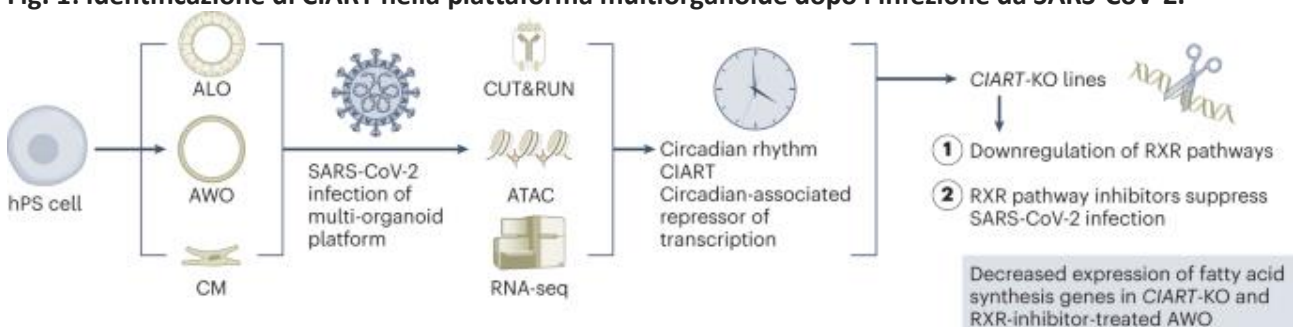
La trascrittomiche unicellulare degli organoidi polmonari distali infetti da SARS-CoV-2 ha identificato le cellule del club come bersaglio virale primario [4](#). Inoltre, un modello organoide polmonare completo sviluppato da Tindle et al. [5](#) ha dimostrato che le cellule prossimali delle vie aeree forniscono un'infezione virale prolungata, mentre le cellule alveolari distali sono responsabili della risposta immunitaria fatale dell'ospite dopo l'infezione da SARS-CoV-2.

In questo numero di Nature Cell Biology, Tang et al. [6](#) modello di infezione da SARS-CoV-2 negli organoidi delle vie aeree polmonari e organoidi alveolari polmonari, insieme a cardiomiociti generati da cellule staminali pluripotenti umane. Gli autori hanno utilizzato questi tre modelli per profilare trascrizionalmente l'infezione da SARS-CoV-2 a varie molteplicità di infezioni (Fig. [1](#)).

Tang et al. [6](#) hanno iniziato profilando la piattaforma multiorganoide, costituita da modelli polmonari e cardiomiociti, con metodi di sequenziamento che includevano CUT&RUN, ATAC-seq e RNA-seq, e hanno identificato diversi geni che influenzano l'infezione da SARS-CoV-2, tra cui CIART (che codifica il repressore della trascrizione associato al circadiano).

La proteina CIART (nota anche come CHRONO) funziona come un repressore trascrizionale, modulando l'attività delle proteine master circadiane BMAL1 e [CLOCK7](#).

Fig. 1: Identificazione di CIART nella piattaforma multiorganoide dopo l'infezione da SARS-CoV-2.



Gli organoidi alveolari polmonari (ALO), gli organoidi delle vie aeree polmonari (AWO) e i cardiomiociti (CM) sono stati derivati da cellule staminali pluripotenti umane (hPS).

Questa piattaforma multi-organoide è stata infettata da SARS-CoV-2 a varie molteplicità di infezione e i campioni raccolti sono stati utilizzati per studiare i profili trascrizionali dell'ospite post-infezione.

Gli autori hanno identificato CIART, un regolatore del ritmo circadiano, che ha un'espressione alterata dopo l'infezione. CRISPR KO di CIART nella piattaforma organoide ha provocato la downregulation dei percorsi RXR.

La profilazione delle linee CIART -KO ha rivelato un legame tra CIART e la sintesi degli acidi grassi nel contesto dell'infezione da SARS-CoV-2. Pertanto, il percorso CIART-RXR potrebbe essere utile per lo screening terapeutico in piattaforme multi-organoidi.

I ritmi circadiani hanno un ruolo importante nella fisiologia e nella regolazione delle funzioni immunitarie. Ad esempio, le oscillazioni circadiane dei regolatori immunitari consentono all'ospite di affrontare le infezioni microbiche in modo più efficiente in determinati momenti della giornata [8](#). Inoltre, gli orologi circadiani modulano la replicazione virale e la gravità delle infezioni [9](#).

La downregulation di BMAL1 aumenta l'espressione dei geni stimolati dall'interferone nelle cellule epiteliali polmonari, collegando così l'orologio circadiano all'inibizione dell'infezione da SARS-CoV-2 [9](#) e altri lavori suggeriscono che il ritmo circadiano può influenzare l'esito della malattia in COVID-19 [10](#).

I ritmi circadiani regolano anche la farmacocinetica e l'efficacia di diverse terapie [11](#).

Di conseguenza, una migliore comprensione degli effetti dell'orologio circadiano sull'infezione da SARS-CoV-2 può migliorare la gestione clinica di COVID-19. Questo preannuncia una potenziale nuova direzione per la medicina circadiana nel migliorare la prossima pandemia.

Tang et al. [6](#) hanno utilizzato analisi CUT&RUN, ATAC-seq e RNA-seq per dimostrare che CIART controlla l'infezione da SARS-CoV-2, almeno in parte, attraverso la regolazione del gene NR4A1 (che codifica per la sottofamiglia del recettore nucleare 4 gruppo A membro 1), che è stato identificato dall'analisi multi-organoidi ed era precedentemente noto per codificare un importante regolatore della proliferazione e dell'apoptosi nelle cellule tumorali [12](#), [13](#).

Il profilo trascrizionale e l'inibizione farmacologica hanno ulteriormente stabilito che la via del recettore retinoide X (RXR) regola l'infezione da SARS-CoV-2 a valle di CIART e NR4A16. Le analisi delle infezioni di questa piattaforma multi-organoidi, quindi, forniscono potenziali bersagli terapeutici per la protezione contro COVID-19. Sono necessarie ulteriori ricerche per confermare il potenziale di RXR come bersaglio farmacologico nel trattamento dell'infezione da SARS-CoV-2 e altri virus.

Come Tang et al. [6](#) osservato downregulation dei geni associati al percorso RXR negli organoidi CIART -knockout (KO) e poiché studi precedenti hanno dimostrato che la segnalazione RXR regola il metabolismo degli acidi grassi [14](#), gli autori hanno ulteriormente analizzato i dati RNA-seq da wild-type e CIART - KO organoidi delle vie aeree. Più geni che codificano le molecole coinvolte nella sintesi degli acidi grassi hanno mostrato un'espressione inferiore negli organoidi CIART -KO rispetto agli organoidi wild-type o negli organoidi trattati con l'inibitore RXR HX531 rispetto agli organoidi trattati con DMSO di controllo.

Successivamente i ricercatori hanno eseguito analisi metaboliche di tipo selvatico, CIART-KO e organoidi delle vie aeree di cellule staminali umane pluripotenti trattate con HX531 wild-type e hanno rilevato la sottoregolazione di diversi acidi grassi, che ha indicato che l'orologio circadiano influenza la sintesi degli acidi grassi [6](#). È interessante notare che la sintesi lipidica cellulare ha dimostrato di essere necessaria per la replicazione di SARS-CoV-2 [15](#) e offre un'opportunità per l'intervento farmacologico.

Ad esempio, il farmaco anti-obesità orlistat (che è stato approvato dalla Food and Drug Administration degli Stati Uniti) inibisce la replicazione in vitro delle varianti di SARS-CoV-2, comprese le varianti Delta [15](#).

I modulatori RXR possono offrire una strategia per lo sviluppo di farmaci antivirali.

A differenza dei modelli animali, le piattaforme organoidi mancano di una possibile comunicazione interorgano presente in tutto il corpo. Inoltre, l'assenza di cellule immunitarie o endoteliali nella piattaforma organoidi richiede ulteriore attenzione da parte dei ricercatori per aggiungere questi componenti individualmente al modello cellulare. Pertanto, in studi futuri sarebbe utile incorporare altri tipi di cellule nella piattaforma organoidi, oltre alla vascolarizzazione, per espandere ulteriormente la sua rilevanza fisiologica.

Sarà inoltre importante generare e studiare organoidi sia da donatori sani che da individui con COVID-19 per ottenere valutazioni molecolari affidabili della suscettibilità virale in individui di diversa età, sesso, etnia e indice metabolico basale e per sviluppare strategie di trattamento personalizzate per pazienti attuali e future pandemie.

<https://www.nature.com/articles/s41556-023-01099-8>

Pietro V. Markov , Mahan Ghafari , Martino Birra , Katrina Lythgoe , Pietro Simmond , Nikolaos I. Stilianakis & Aris Katzourakis

Nature Reviews Microbiology (2023)

Abstract

La sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha causato milioni di morti e una sostanziale morbilità in tutto il mondo. L'intenso sforzo scientifico per comprendere la biologia della SARS-CoV-2 ha portato a un numero impressionante di sequenze genomiche.

Abbiamo assistito a eventi evolutivi che potevano essere per lo più dedotti indirettamente prima, come l'emergere di varianti con fenotipi distinti, ad esempio trasmissibilità, gravità ed evasione immunitaria.

Questa recensione esplora i meccanismi che generano la variazione genetica nella SARS-CoV-2, alla base dei processi all'interno dell'ospite e a livello di popolazione che sono alla base di questi eventi.

Esaminiamo le forze selettive che probabilmente hanno guidato l'evoluzione di una maggiore trasmissibilità e, in alcuni casi, una maggiore gravità durante il primo anno della pandemia e il ruolo dell'evoluzione antigenica durante il secondo e il terzo anno, insieme alle implicazioni della fuga immunitaria e delle reinfezioni e alla crescente evidenza e alla potenziale rilevanza della ricombinazione.

Per capire come vengono generati i principali lignaggi, come le varianti di preoccupazione (COV), confrontiamo le prove del modello di infezione cronica alla base dell'emergere di COV con la possibilità che un serbatoio animale svolga un ruolo nella SARS-CoV-2 evoluzione, e concludere che la prima è più probabile. Valutiamo incertezze e delineiamo scenari per le possibili traiettorie evolutive future di SARS-CoV-2. confrontiamo le prove del modello di infezione cronica alla base dell'emergere di COV con la possibilità che un serbatoio animale svolga un ruolo nell'evoluzione della SARS-CoV-2 e concludiamo che il primo è più probabile. Valutiamo incertezze e delineiamo scenari per le possibili traiettorie evolutive future di SARS-CoV-2. confrontiamo le prove del modello di infezione cronica alla base dell'emergere di COV con la possibilità che un serbatoio animale svolga un ruolo nell'evoluzione della SARS-CoV-2 e concludiamo che il primo è più probabile. Valutiamo incertezze e delineiamo scenari per le possibili traiettorie evolutive future di SARS-CoV-2

<https://www.nature.com/articles/s41579-023-00878-2>

Noi e la pentola New Public Management (NPM) con le sue varianti, una sotto-narrazione del neoliberismo (Salute Internazionale, Maria Elisa Sartor)

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)^[1]. 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 resiste 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 "rimiscolare 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.

[i] M.E. Sartor, La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica, Amazon, 2021

[ii] C. Cordelli, The Privatized State, Princeton University Press, New Jersey, 2020; C. Cordelli, Privatocrazia. Perché privatizzare è un rischio per lo Stato democratico, Mondadori, 2022

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

In 10 anni chiusi 125 ospedali e più spazio al privato. (Quotidiano Sanità, Luciano Fassari)

E dopo il Covid si è tornati a tagliare i posti letto: -20 mila tra il 2021 e il 2020. Allarme medici di famiglia, pediatri e guardie mediche: -8mila nell'ultimo decennio

Luciano Fassari

È la fotografia che emerge dal nuovo Annuario del Ssn relativo al 2021 appena pubblicato dal Ministero della Salute che confrontato con il medesimo report di 10 anni prima evidenzia come il Ssn abbia lentamente mutato volto con un'assistenza territoriale in difficoltà e con solo pochi e insufficienti progressi nell'Assistenza domiciliare integrata. [ANNUARIO SSN 2021](#) – [ANNUARIO SSN 2011](#)

26 MAR - Un Ssn con sempre meno ospedali, sempre più strutture private e un territorio sempre più sguarnito di medici di famiglia, pediatri e medici di continuità assistenziale. Inoltre, dopo il boom di posti letto per acuti del 2020, anno dello scoppio della pandemia nel 2021 si è tornati a tagliarne circa 20 mila. È questa la fotografia che emerge dal nuovo annuario statistico del Ssn del Ministero della Salute relativo al 2021. E così andando a confrontare il medesimo rapporto relativo al 2011 emerge con la limpidezza dei numeri la dieta forzata cui i vari Governi che si sono succeduti nello scorso decennio hanno sottoposto il Ssn che in 10 anni si è ritrovato con 125 ospedali in meno, un peso del privato sempre più forte e un'assistenza territoriale al palo con solo pochi e insufficienti progressi nell'Assistenza domiciliare integrata.

Iniziamo dagli ospedali. In 10 anni ne sono stati chiusi 125, ben l'11%. Nel 2011 tra pubblici e privati erano 1.120 mentre nel 2021 sono scesi a 995, con un taglio più marcato per quelli pubblici (84 in meno in 10 anni).

In calo anche le strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale: erano 9.481 nel 2011 e sono scese a 8.778 dieci anni dopo. In crescita, ma solo grazie al privato quelle di assistenza Territoriale Residenziale che a fronte delle 6.383 strutture presenti nel 2011 ne conta 7.984 nel 2021 (pubbliche sono appena il 16,5%). Stesso trend per quanto riguarda le strutture di assistenza territoriale semi residenziale che vede crescere le strutture: erano 2.694 nel 2010 e sono 3.005 nel 2021. Stesso dicasi per la Riabilitativa che da 993 strutture è passata a 1.154. In crescita anche i numeri per l'altra assistenza territoriale.

Ma ciò che più fa effetto è che i tagli hanno riguardato il settore pubblico che nel 2021 annovera il 43% delle strutture totali contro il 46,1% di 10 anni prima.

Posti letto, dopo il Covid si torna a tagliare: Rispetto a 10 anni fa tra pubblico e privato sono stati tagliati 5.818 letti tra degenze ordinarie, day hospital e day surgery. Merito del 2020 quando con lo scoppio della pandemia c'è stato un elevato aumento di posti. Ma è da notare che in appena un anno, passato il momento più duro del Covid, ne sono stati tagliati 20 mila: nel 2020 i posti letto erano 257.977 contro i 236.481 del 2021

In discesa anche il numero dei Consulitori: ne sono stati chiusi 1 su 10 (erano 2.535 nel 2011 contro i 2.225 del 2021). Sono cresciuti invece i Centri di Salute mentale (erano 1.497 dieci anni fa e ora sono diventati 1.754 nel 2021).

Meno medici convenzionati. I medici di famiglia dai 46.061 che erano nel 2011 sono diventati 40.250 nel 2021 (-5.811). In calo anche i pediatri (-694 in 10 anni per un totale nel 2021 di 7.022 unità). In frenata anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) che dagli 11.921 che erano nel 2011 sono diventati 10.344 nel 2019 (-1.577).

Dieta amministrativa. Le Asl sono passate dalle 145 del 2011 alle 99 del 2021.

Come abbiamo visto gli anni '10 del nuovo secolo hanno cambiato il volto del nostro Servizio sanitario che è sempre meno pubblico, ha meno strutture ospedaliere e personale a cui non è seguito un potenziamento adeguato del territorio sia in termini di uomini e donne che di servizi. Unico dato parzialmente in controtendenza è l'Assistenza domiciliare integrata (Adi): nel 2021 sono stati assistiti 1.170.130 pazienti

contro i 605.896 anche se le ore erogate per paziente sono passate dalle 22 del 2011 alle appena 17 del 2021. E in ogni caso il numero di assistiti è ancora molto inferiore a quello registrato nei principali Paesi dell'Ue, motivo per il quale anche nell'ultimo Pnrr è stato predisposto un finanziamento ad hoc per il potenziamento dell'Adi.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=112325

la Repubblica

Lavoro minorile in Italia: 336 mila bambini e adolescenti tra i 7 e i 15 anni, quasi 1 minore su 15, hanno praticato un mestiere (La Repubblica)

Una nuova indagine nazionale condotta da Save the Children, a dieci anni di distanza dalla presentazione dell'ultima ricerca sull'argomento nel nostro Paese

ROMA - Secondo un recente studio di [Save the Children](#), si stima che 336 mila bambini e adolescenti tra i 7 e i 15 anni – pari al 6,8%, quasi 1 minore su 15 - abbiano avuto esperienze di lavoro. Il 27,8% dei 14-15enni che dichiarano di aver avuto un'esperienza di lavoro, è stato coinvolto in attività lavorative dannose per i percorsi scolastici e per il benessere psicofisico. Si tratta di circa 58.000 adolescenti. Una nuova indagine nazionale condotta da Save the Children, a dieci anni di distanza dalla presentazione dell'ultima ricerca sul lavoro minorile in Italia, evidenzia come il coinvolgimento di ragazzi e ragazze in attività lavorative prima dell'età consentita per legge (16 anni) sia ancora diffuso nel nostro Paese.

Tra i 14-15enni, 1 su 5 lavora o ha lavorato e, tra questi ultimi, più di uno su 10 ha iniziato a lavorare a 11 anni o prima. Tra i ragazzi del circuito della giustizia minorile l'incidenza è ancora più alta: più di un intervistato su 3 lavorava prima dell'età consentita. Un fenomeno sommerso e "Non è un gioco". Il fenomeno del lavoro minorile, che rimane in Italia per lo più sommerso in assenza di rilevazioni statistiche ufficiali, investe soprattutto i settori della ristorazione, del commercio, i lavori agricoli e in cantiere.

Emergono anche nuovi ambiti lavorativi, come quelli legati al mondo digitale.

Dalla ricerca si evince una relazione positiva tra lavoro minorile e dispersione scolastica: un circolo vizioso di povertà ed esclusione. E' stata presentata a Roma, alla presenza, tra gli altri, di Marina Elvira Calderone, Ministra del Lavoro e delle Politiche sociali, la ricerca "Non è un gioco", il podcast disponibile su Spotify e su tutte le piattaforme gratuite di streaming, da ieri e per 4 settimane.

È stato realizzato da Save the Children in partnership con Will Media.

I settori prevalentemente interessati. I principali comparti economici al centro del fenomeno del lavoro minorile sono la ristorazione (25,9%) e la vendita al dettaglio nei negozi e attività commerciali (16,2%), seguiti dalle attività in campagna (9,1%), in cantiere (7,8%), dalle attività di cura con continuità di fratelli, sorelle o parenti (7,3%)[1].

Ma emergono anche nuove forme di lavoro online (5,7%), come la realizzazione di contenuti per social o videogiochi, o ancora il reselling di sneakers, smartphone e pods per sigarette elettroniche. Nel periodo in cui lavorano, più della metà degli intervistati lo fa tutti i giorni o qualche volta a settimana e circa 1 su 2 lavora più di 4 ore al giorno.

Alcuni dati raccolti. Questi sono solo alcuni tra i dati raccolti da "Non è un gioco", la nuova indagine sul lavoro minorile nel nostro Paese, secondo la quale quasi un 14-15enne su cinque svolge o ha svolto, un'attività lavorativa prima dell'età legale consentita (16 anni).

L'indagine, condotta a dieci anni di distanza dalla presentazione degli ultimi dati e delle ultime ricerche sul lavoro minorile in Italia da Save the Children ha l'obiettivo di definire i contorni del fenomeno, comprenderne le caratteristiche, l'evoluzione nel tempo e le connessioni con la dispersione scolastica, e vuole sopperire almeno parzialmente alla mancanza di una rilevazione sistemica di dati sul tema in Italia.

I dati della ricerca verranno messi a disposizione sul nuovo datahub di Save the Children, un portale nato per monitorare le disuguaglianze, mappare i territori a rischio, orientare le politiche e l'azione sociale, costruire una conoscenza condivisa del mondo dell'infanzia e dell'adolescenza.

La relazione tra lavoro e giustizia minorile.

Nello studio dell'Organizzazione è stata indagata anche la relazione tra lavoro e giustizia minorile, mettendo in luce un forte legame tra esperienze lavorative troppo precoci e coinvolgimento nel circuito penale.

Quasi il 40% dei minori e giovani adulti presi in carico dai Servizi della Giustizia Minorile – più di uno su 3 - ha affermato di aver svolto attività lavorative prima dell'età legale consentita. Tra questi, più di un minore su 10 ha iniziato a lavorare all'età di 11 anni o prima e più del 60% ha svolto attività lavorative dannose per lo sviluppo e il benessere psicofisico.

Il danno alla continuità lavorativa. “Per molti ragazzi e ragazze in Italia l'ingresso troppo precoce nel mondo del lavoro, prima dell'età consentita, incide negativamente sulla crescita e sulla continuità educativa, alimentando il fenomeno della dispersione scolastica.

Sono ragazzi che rischiano di rimanere ingabbiati nel circolo vizioso della povertà educativa, bloccando di fatto le aspirazioni per il futuro, anche sul piano della formazione e dello sviluppo professionale, con pesanti ricadute anche sull'età adulta” ha dichiarato Claudio Tesauro, Presidente di Save the Children.

I numeri diffusi dall'ILO. Nel mondo, nonostante la maggior parte degli Stati abbia ratificato la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e la Convenzione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) n. 138 (1973), il lavoro minorile è ancora molto diffuso.

Secondo i dati di ILO e Unicef, nel 2020 a livello globale circa 160 milioni di bambine, bambini e adolescenti tra i 7 e i 15 anni hanno lavorato. Di questi, 79 milioni hanno svolto lavori pericolosi, in grado di danneggiare la salute e lo sviluppo psicofisico e morale.

Il lavoro minorile e le rilevazioni del fenomeno in Italia. In Italia la legge stabilisce la possibilità per gli adolescenti di iniziare a lavorare a 16 anni, avendo assolto l'obbligo scolastico.

Già secondo un'indagine svolta da Save the Children e [Associazione Bruno Trentin](#) nel 2013 i minorenni tra i 7 e i 15 anni che avevano sperimentato un lavoro prima dell'età legale consentita nel Paese erano circa 340.000, quasi il 7% della popolazione di riferimento.

Sulla base di una seconda ricerca, condotta nel 2014 da Save the Children in collaborazione con il Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità, il 66% degli adolescenti coinvolti nel circuito penale aveva svolto attività lavorative prima dei 16 anni.

I minori che lavorano prima dell'età legale consentita rischiano di compromettere i loro percorsi educativi e di crescita. Come certifica l'Istat, la quota dei giovani 18-24enni 'dispersi', ovvero che escono dal sistema di istruzione e formazione senza aver conseguito un diploma o una qualifica, nel 2021 era pari al 12,7% del totale, contro una media europea del 9,7%. La trasmissione intergenerazionale della povertà. Il lavoro minorile può anche influenzare la condizione futura di giovani 'NEET' - i senza scuola, senza lavoro, senza formazione - alimentando la trasmissione intergenerazionale della povertà e dell'esclusione sociale. I ragazzi e le ragazze di età compresa tra 15 e 29 anni in questa situazione in Italia sono più di 1 milione e 500mila nel 2022, il 19 % della popolazione di riferimento, con un valore in Europa secondo solo a quello osservato in Romania. La crisi economica e l'aumento della povertà in Italia - sono 1 milione 382 mila i minori che vivono in povertà, il 14,2% del totale - rischiano di far crescere il numero di minori costretti a lavorare prima del tempo, spingendone molti verso le forme di sfruttamento più intense. Tuttavia, la mancanza nel nostro Paese di una rilevazione statistica sistematica sul lavoro minorile non consente di definirne i contorni del fenomeno e intraprendere azioni efficaci di contrasto al fenomeno.

Le proposte. “La ricerca mette in luce come molti ragazzi oggi in Italia entrano nel mondo del lavoro dalla porta sbagliata - dice Raffaella Milano, direttrice del programma Italia-EU di Save the Children - troppo presto, senza un contratto, nessuna forma di tutela, protezione e conoscenza dei loro diritti e questo incide negativamente sulla loro crescita e sul loro percorso educativo.

Il lavoro minorile precoce è infatti l'altra faccia della medaglia della dispersione scolastica. In una stagione di crisi economica e di forte crescita della povertà minorile il rischio è che il quadro possa ancora peggiorare, in assenza di interventi.

Per questo - ha aggiunto Raffaella Milano - chiediamo un'azione istituzionale coordinata che innanzitutto rilevi in modo sistematico la consistenza del fenomeno nei diversi territori e metta in atto misure volte a prevenirlo.

https://www.repubblica.it/solidarieta/diritti-umani/2023/04/05/news/lavoro_minorile_in_italia_336_mila_bambini_e_adolescenti_tra_i_7_e_i_15_anni_quasi_1_minore_su_15_hanno_praticato_un_mest-395018279/?ref=drila-f-3

la Repubblica

Sud, omissione di soccorso (La Repubblica)

Isaia Sales

L'abbandono scolastico tocca punte superiori all'80% in Sicilia e Campania, e l'Autonomia differenziata rischia di aumentare il divario con il Nord. Anche per questo l'Italia deve lavorare meglio sul Pnrr

Come è ben noto, differenza e diseguaglianza non sono sinonimi.

Si può essere differenti per tradizioni, culture, geografia da altri abitanti della stessa nazione senza che ciò impedisca di usufruire delle stesse opportunità, come crescere e studiare in condizioni simili, avere a disposizione gli stessi asili per figli e nipoti, usufruire di un numero di mense diffuse in tutte le scuole della nazione per allungare al pomeriggio le lezioni, avere accesso a servizi sanitari di uguale qualità in grado di curare anche malattie gravi o di poterle prevenire.

Nascere e abitare in luoghi diversi della stessa nazione non può significare essere destinati a due diverse forme di cittadinanza, una piena (con uno standard alto di servizi a disposizione) e l'altra dimezzata (con uno standard nettamente inferiore alle necessità minime di civiltà).

Se in altre nazioni dell'Europa occidentale alle disparità economiche dei diversi territori non si somma necessariamente anche una disparità di servizi alle persone, in Italia i due svantaggi si sovrappongono: dove c'è minore sviluppo economico (al Sud), c'è anche minore presenza dello Stato nell'offrire quei servizi che il reddito personale o familiare non consente.

Siamo un Paese a due velocità in economia e a due velocità nei servizi ai cittadini. Cioè, si è consolidata una "diseguaglianza doppia", una economica e una di cittadinanza

La diseguaglianza di luogo, però, non ha niente a che fare con la diversa collocazione territoriale della popolazione, non è qualcosa di naturale ma solo una conseguenza delle scelte politiche e istituzionali: si può vivere in una nazione fortemente differenziata per geografia senza venir meno al dovere fondamentale dello Stato di non far diventare uno svantaggio a vita il luogo di nascita e il posto dove abbiamo deciso di risiedere. Dovremo sempre ricordarci di questi principi elementari quando si vuole trasformare la cosiddetta "Autonomia differenziata" in autonomia diseguale tra le regioni.

Quanto incide questa disparità di servizi su un bimbo di Bologna e uno di Napoli nati nello stesso anno?

E quanto incide la dispersione scolastica (non contrastata con mezzi adeguati) a Milano o a Palermo nella esposizione alle opportunità illegali di strada?

E quanto incide l'assenza di mense per un bambino di Reggio Calabria rispetto a uno di Verona?

È evidente che alla mancanza di orario prolungato a scuola (per carenza di mense) può sopperire meglio un bambino di famiglia benestante, con genitori istruiti o ben inseriti nel lavoro, rispetto a chi vive in una famiglia non in condizione di sostituirsi a ciò che la scuola non è in grado di dare.

Secondo una felice espressione di Federico Fubini un asilo per un bimbo "vale più di un bond" e senza adeguati servizi pubblici "si diventa quello che si è nati".

È impressionante, infatti, il dato degli alunni della scuola primaria senza mensa:

nel Mezzogiorno quasi l'80% degli scolari non beneficia di alcun servizio mensa (con punte dell'87% in Campania e dell'88% in Sicilia). Da ricordare che nel Sud più che l'orario prolungato si registra un largo uso dell'orario ridotto. Si perdono così 4 ore di scuola a settimana rispetto ai loro coetanei del Nord, cioè si fanno meno ore laddove di scuola c'è maledettamente bisogno.

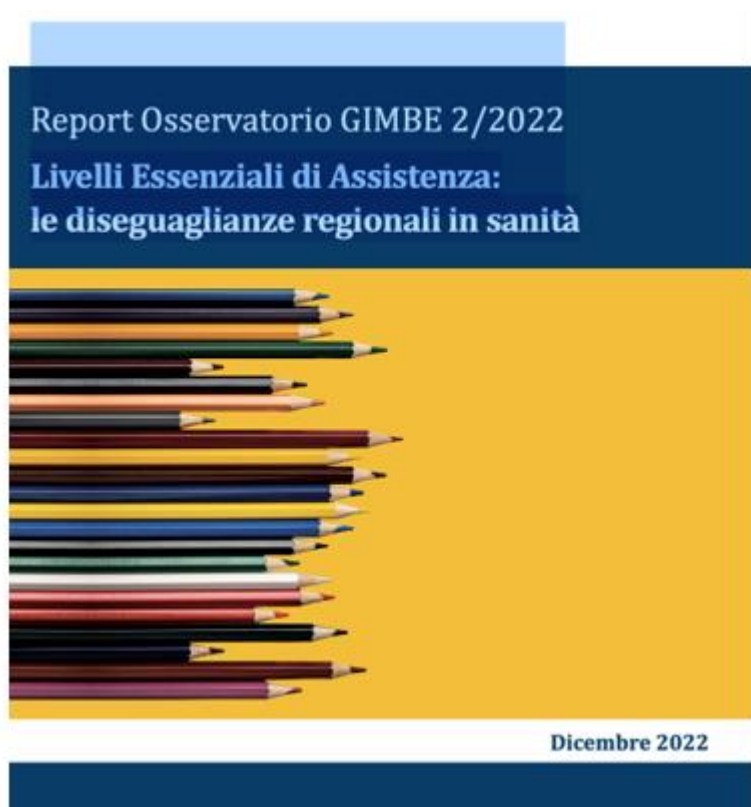
Infine, che rapporto c'è tra il precoce abbandono della scuola da parte di migliaia e migliaia di bambini e ragazzi meridionali e l'altrettanto precoce reclutamento nella malavita organizzata? Prendiamo Napoli. Tutto ciò che qui succede è il frutto dell'intreccio tra deprivazione scolastica, familiare e lavorativa.

Quasi tutti i ragazzi coinvolti in attività delinquenziali sono "orfani di genitori vivi", orfani di scuola, orfani di lavoro legale. Infatti, quando si leggono i dati di Napoli sul rapporto strettissimo tra tassi di abbandono scolastico, precedenti penali nel nucleo familiare, svolgimento di lavori precari e tassi di criminalità minorile, non si può che restare impressionati da una così implacabile connessione.

I ragazzi sono formati più dal circolo ricreativo che dalla scuola, più dal bar che dall'aula, più dal gruppo di amici rionali che dai professori. Per tutti questi motivi non provare ad attuare il Pnrr in tutte le sue previsioni per ridurre al Sud il divario nei servizi, a partire dagli asili e dalla scuola, è un'omissione di soccorso.

https://www.repubblica.it/commenti/2023/04/06/news/sud_scuola_pnrr_autonomia_differenziata-395101738/?ref=nl-rep-a-bgr

Report Osservatorio GIMBE 2/2022 Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità



https://www.sostienigimbe.it/dona-ora.it-IT.html?idcampagna=4&campagna=report_osservatorio_2022.02_pdf

Franco Persaresi¹

Per affrontare il tema, piuttosto complesso, delle norme relative ai Livelli essenziali contenute nella Legge di Bilancio 2023 occorre innanzitutto introdurre una breve illustrazione di che cosa sono i Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali.

Che cosa sono i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali?

I livelli essenziali delle prestazioni (LEP) costituiscono il nucleo di prestazioni da erogare in modo uniforme sul territorio nazionale al fine di garantire la tutela dei diritti civili e sociali nelle diverse macroaree definite dalla legge (sanità, scuola, assistenza, trasporti, ecc.) per tutti i cittadini indipendentemente dalla regione di residenza. La Costituzione ha attribuito la loro definizione alla competenza esclusiva dello Stato (art. 117, comma 2, lettera m) Cost.).

La giurisprudenza costituzionale ha chiarito inoltre che i LEP indicano la soglia di spesa costituzionalmente necessaria per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale, nonché il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivi tali diritti. (sentenza n. 220 del 2021).

L'art. 20, comma 2, della legge n. 42 del 2009 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale) ha stabilito che la legge statale disciplina la determinazione dei LEP.

Allo stato attuale, numerose norme statali hanno individuato i LEP nelle materie di competenza concorrente e in quelle di competenza esclusiva che potrebbero rientrare nelle intese Stato-Regione per l'attuazione dell'autonomia differenziata.

Per esempio, sul fronte dell'assistenza si segnala che, più recentemente, l'art. 1, comma 159, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio 2022) ha fornito una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) – sottoinsieme della più ampia categoria dei LEP, analogamente LEA (sanità) – come “gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità”.

Il successivo comma 160 ha previsto che, al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, nonché di concorrere all'attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS).

I successivi commi 167 e 169 della legge di bilancio 2022 hanno stabilito, infine, che rispettivamente con DPCM e con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali siano, nel primo caso, determinate le modalità attuative dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e, nel secondo caso, definiti i LEPS negli altri settori del sociale individuati dall'art. 22 della legge n. 328 del 2000. Giova sottolineare che queste disposizioni normative mantengono intatta la loro efficacia perché, come si dirà di seguito, non sono state annullate o modificate dalla Legge di Bilancio 2023, con particolare riferimento alle norme sui Livelli essenziali. Livelli essenziali e Legge di Bilancio 2023

La Legge di Bilancio 2023 ha approvato delle norme relative all'accelerazione del processo di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Nel settore sanitario e nel settore scolastico, per esempio, i Livelli essenziali sono già stati approvati ma chi si occupa di assistenza e di servizi sociali magari avrà esultato perché questi sono attesi da oltre vent'anni. In realtà non c'è nessun rinnovato interesse per i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) mentre c'è un grande interesse per l'autonomia differenziata delle regioni e i Livelli essenziali rappresentano una pre-condizione per avviarla. E' per questo che vengono rimessi in campo.

Infatti le norme per l'accelerazione della definizione dei LEP sono esplicitamente finalizzate:

¹ ASP Ambito 9 (Jesi); NNA; Asiquas.

all'attribuzione di forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni a statuto ordinario;

al superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni;

ad erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale;

alla garanzia di uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari tra lo Stato e le autonomie territoriali;

all'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

La Legge di Bilancio 2023 instaura un collegamento diretto tra la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e l'attuazione dell'autonomia regionale differenziata, vale a dire la realizzazione del processo di attribuzione di forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni ordinarie nelle materie di legislazione concorrente e in alcune materie di legislazione esclusiva dello Stato.

A questo fine, è istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, una Cabina di regia per la determinazione dei LEP, presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri e costituita da Ministri competenti nelle materie chiamate in causa dai compiti e dalle funzioni della Cabina di regia, oltre che dai Presidenti della Conferenza delle regioni e delle province autonome, dell'UPI e dell'ANCI.

Il comma 793 dell'art. 1 della Legge 197/2022 fissa i seguenti compiti e gli obiettivi che la Cabina di regia è chiamata a conseguire, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica e in coerenza con i relativi obiettivi programmati, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge di bilancio 2023:

effettua una **ricognizione della normativa** statale e delle funzioni esercitate dallo Stato e dalle regioni a statuto ordinario in ognuna delle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione²;

effettua una **ricognizione della spesa storica** a carattere permanente dell'ultimo triennio, sostenuta dallo Stato in ciascuna regione per l'insieme delle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, per ciascuna materia e per ciascuna funzione esercitata dallo Stato;

individua le materie o gli ambiti di **materie che sono riferibili ai LEP**, sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard;

determina, nel rispetto dell'articolo 17 della legge 196/2009, e, comunque, nell'ambito degli stanziamenti di bilancio a legislazione vigente, i LEP, sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard.

Il comma 794 stabilisce che la Commissione tecnica per i fabbisogni standard, sulla base della ricognizione effettuata e a seguito delle attività della Cabina di regia, trasmette a quest'ultima le ipotesi tecniche inerenti alla determinazione dei costi e fabbisogni standard nelle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

² Art. 116, comma 3 Costituzione: "Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) (norme generali sull'istruzione) e s) (tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali), possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 119. La legge è approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata."

Art. 117, comma 3, Costituzione: Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; **tutela della salute**; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Il comma 795 prevede che entro sei mesi dalla conclusione delle attività, la Cabina di regia predisponga uno o più schemi di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) con cui sono determinati, anche distintamente, i LEP e i correlati costi e fabbisogni standard nelle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione (Servizio Studi Camera e Senato, 2022).

Le disposizioni appena approvate con la Legge di Bilancio 2023 comportano che siano escluse dalla ricognizione e dai provvedimenti conseguenti i Livelli essenziali che si occupano delle prestazioni sociali (LEPS) e quindi di assistenza e servizi sociali. Questo accade perché la macroarea dell'assistenza non è ricompresa fra quelle indicate nel 3° comma dell'art.116 della Costituzione. Questo aspetto colpisce perché i LEPS sono assolutamente necessari per ridurre le straordinarie differenze regionali nell'accesso ai servizi sociali, dopo oltre 20 anni di attesa.

L'aspetto sorprendente è che le procedure individuate non prevedono un coinvolgimento delle Camere neanche in sede consultiva nel procedimento di adozione dei suddetti DPCM di determinazione dei LEP e dei correlati costi e fabbisogni standard, diversamente da quanto previsto in altri procedimenti di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni contemplati dalla legge ordinaria (ad esempio, per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al DPCM 12 gennaio 2017, approvato dopo essere stato sottoposto al parere delle Commissioni parlamentari competenti). Si rammenta a questo proposito che l'art. 20, comma 2, della legge n. 42/2009 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale) ha stabilito che **la legge statale disciplina la determinazione dei LEP**, il che farebbe supporre la necessità di una Legge parlamentare o, come è accaduto nel caso dell'approvazione dei LEA sanitari con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), almeno l'acquisizione del parere delle Commissioni parlamentari competenti. Questa procedura che si sottrae dalle determinazioni del Parlamento relativamente ai diritti sociali e civili rischia di incappare nell'incostituzionalità se solo supererà l'attività ricognitoria per introdurre nuovi LEP o modificare gli attuali.

La sintesi è, dunque, che entro il 2023, dovrebbero essere approvati dei DPCM con i quali:

saranno rideterminati i LEP già esistenti e cioè già approvati con norme statali (senza alcun passaggio Parlamentare),

per ognuno di questi saranno definiti costi e fabbisogni standard (e cioè essenzialmente i finanziamenti che dovranno essere destinati all'attuazione dei LEP già esistenti),

e che questi riguarderanno le materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, e quindi con esclusione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) che non sono previsti nel citato comma della Costituzione Italiana.

Qualche valutazione

La disciplina contenuta nella manovra di bilancio 2023 sembra limitarsi a sistematizzare l'esistente, assumendo come LEP i servizi che sono già previsti dalla normativa o comunque sono offerti sul territorio e rivalutandone la spesa in termini di costo e fabbisogno standard.

In altri termini, la disciplina posta dalla Legge di Bilancio è rivolta essenzialmente all'individuazione dei LEP di cui consentire l'erogazione in ogni Regione mediante finanziamenti collegati ai fabbisogni standard, quale condizione preliminare per l'attribuzione di ulteriori condizioni di autonomia.

Ma proprio perché si è previsto che l'intero processo è vincolato dall'invarianza finanziaria e si concluderà con DPCM, ovvero con atti non dotati di forza di legge, il risultato finale della disciplina introdotta con la legge di bilancio comporterà inevitabilmente che la rilevazione concernerà soltanto LEP fondati o comunque rintracciabili nella vigente normativa legislativa. Pertanto, da tale procedimento di emersione e ufficializzazione non ne potrà in alcun modo scaturire l'incremento complessivo della spesa pubblica.

Ma se la spesa rimane invariata rimane intatto e forse addirittura peggiorato il tema dei divari territoriali. In altre parole, se si intaccano i divari territoriali occorrerà spostare risorse da chi già le percepisce per ridurli mentre in caso contrario non si permetterà all'intera nazione di fare passi avanti nell'applicazione dei Livelli essenziali e dunque nella riduzione delle grandi differenze territoriali nella disponibilità di servizi. Ipotesi quest'ultima che sembra la più probabile dato che non pare che sia previsto alcun meccanismo per superare i divari territoriali, in quanto non possono essere determinati – né tantomeno finanziati – i LEP relativi a prestazioni che non vengano già erogate.

Quel che è certo è che la valutazione delle risorse da trasferire alle Regioni che chiederanno nuovi spazi di autonomia dovrebbe avvenire sulla base di una fotografia della situazione attuale.

In questo quadro, non si registra nessuna attenzione per il tema dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) che devono essere ancora definiti (salvo una decina) e che sono esclusi dal percorso di ricognizione e di determinazione del fabbisogno finanziario. Questo, nel prossimo futuro, potrebbe comportare due possibili esiti, alternativi fra loro:

Tutte le attenzioni del Governo relative ai Livelli essenziali saranno concentrate sul percorso definito dalla Legge di Bilancio 2023 e non ci sarà spazio alcuno per la determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) perché questo potrebbe creare confusione e contraddizioni formali rispetto ad un percorso di cristallizzazione dei provvedimenti precedenti relativi ai LEP, necessario per permettere la ricognizione di normative e fabbisogni finanziari;

Siccome per i LEPS non ci sono i vincoli normativi e finanziari stabiliti dalla Legge di Bilancio 2023, il Governo, così come indicato nei commi 167 e 169 della legge di bilancio 2022 (che rimangono validi ed efficaci) rispettivamente con DPCM e con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, dovranno essere determinate le modalità attuative dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e i LEPS negli altri settori del sociale individuati dall'art. 22 della legge n. 328 del 2000.

Vedremo in futuro quali saranno le decisioni che su questo assumerà il Governo, consapevoli del fatto che la seconda ipotesi appena illustrata relativa ai LEPS rimane percorribile, legittima ed urgente anche alla luce del nuovo quadro normativo delineato dalla Legge di Bilancio 2023.

Bibliografia

L. 29 dicembre 2022, n. 197: "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025".

Salerno G.M., Con il procedimento di determinazione dei LEP (e relativi costi e fabbisogni standard) la legge di bilancio riapre il cantiere dell'autonomia differenziata, Federalismi.it [11/1/2023](https://www.federalismi.it/nv14/editoriale.cfm?eid=660):

<https://www.federalismi.it/nv14/editoriale.cfm?eid=660> :

Servizio Studi Camera dei Deputati e Senato della Repubblica, dossier Legge di bilancio 2023, 24/12/2022, volume 1: <https://documenti.camera.it/Leg19/Dossier/Pdf/ID0002evol1.Pdf>

Ufficio Parlamentare di bilancio (UPB), Audizione nell'ambito dell'esame del DDL di bilancio per il 2023, 5 Dicembre 2022: <https://www.upbilancio.it/audizione-nellambito-dellesame-del-dcl-di-bilancio-per-il-2023/>

la Repubblica

Lascia gli studi un ragazzo su 6: al Sud il buco nero della scuola, (La Repubblica, Conchita Sannino)

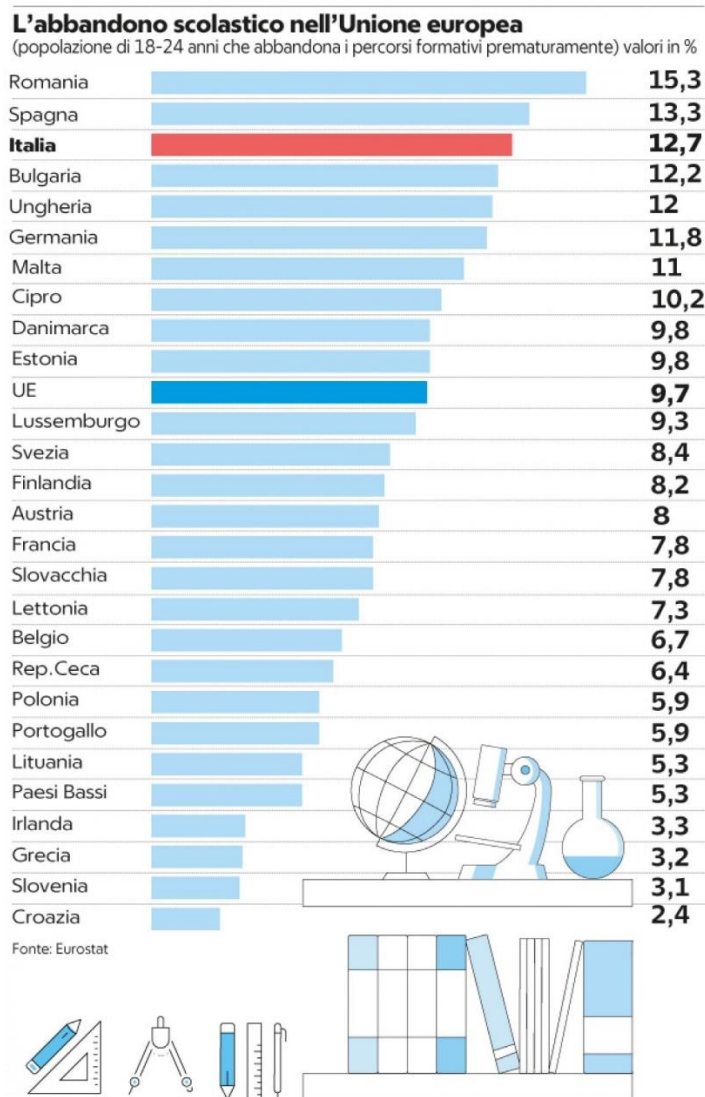
Conchita Sannino

I dati Svimez fotografano un'Italia divisa in due: al Centro-nord il tasso di abbandoni è del 10,4%, nel Mezzogiorno del 16,6%. E a Napoli arriva a sfiorare il 23%. Una disparità che riguarda tutti i servizi, dalle mense alle palestre al tempo pieno

NAPOLI - Dispersi, soprattutto nelle regioni del Sud, ma non solo. Invisibili, almeno fino a quando non incrociano precarietà, sfruttamento, fragilità esistenziali. I

n qualche caso, il reclutamento criminale. Erano 83mila i ragazzi che, alla chiusura degli scorsi scrutini, sono stati [bocciati](#) solo perché non hanno raggiunto la soglia minima delle presenze.

Rischiano almeno di raddoppiare, nel 2023. È la piaga dispersione scolastica. Che assegna la maglia nera al Mezzogiorno, ma ha un picco [nell'area metropolitana di Napoli](#).



In Europa li osservano più a valle, sono Early leavers, i precoci nell'abbandono: ragazzi tra i 18 e i 24 anni con nessun titolo di studio o al massimo la licenza di scuola media, rappresentano la somma di tutte le evasioni ignorate: e oggi sono al 16,6% nel Sud Italia (a fronte del 10,4% nel Centro-Nord); quindi quasi il doppio della media del 9 in Europa. Una [ferita italiana](#). Ma non interroga il governo come gli sbarchi, non allarma come i rave party. E se la pandemia ha moltiplicato le povertà educative, il progetto di Autonomia tracciato dal ddl Calderoli rischia di sparare il colpo di grazia. C'era una volta la pubblica istruzione che univa.

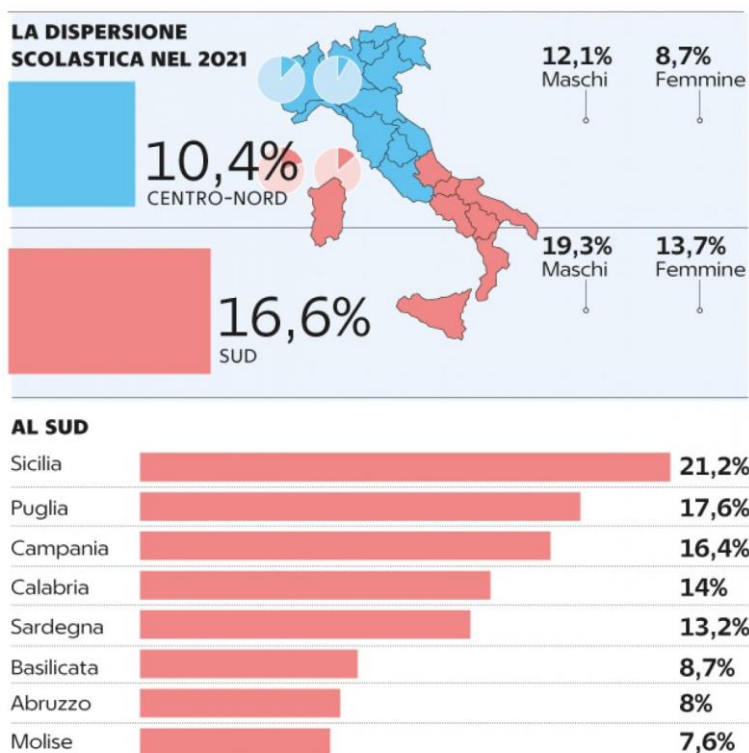
Oggi, dimmi dove sei nato e saprai quale destino ti tocca. Stretta la connessione, tra i servizi che la scuola nega in alcuni territori e [l'abbandono](#): vedi il tempo pieno, che al Sud è solo al 18%, contro il 48 del resto del Paese. Di più: a Milano è all'80%, a Napoli solo al 20. Grandi disuguaglianze montano: gli analisti di Svezia guidati dal dg Luca Bianchi, per dire, con il manager Ernesto Albanese de l'Altra Napoli onlus, ci hanno costruito un amaro cartoon, titolo: Un Paese, due scuole.

Due ragazzini di quinta elementare, nati lo stesso giorno: uno vive in Toscana, dove l'85 % delle scuole ha una mensa, e il 75 dispone di palestra; l'altro scolaro invece sta a Napoli, con l'80% delle scuole senza il tempo pieno, e l'83 che non ha palestra.

Il bimbo del Nord avrà avuto alla fine della quinta, grazie al tempo pieno, 1.226 ore di formazione, e quello del Sud solo mille. Risultato: alla fine del ciclo, il ragazzino del Meridione è in credito di un intero anno in termini di formazione, doposcuola, educazione alimentare e allo sport.

In pratica: un anno di crescita che manca, il "prezzo" della Costituzione tradita.

Divario che [nessun Pnrr](#), con la sua miliardaria - e ancora astratta - potenza di fuoco potrebbe mutare, senza azioni sinergiche d'impatto (mai varate, anche da governi di sinistra). E i numeri continuano a crescere.



Quota 23% di dispersione, in media, nell'area metropolitana di Napoli, dove il Comune ha attivato una piattaforma integrata per controllare il fenomeno. Era stato siglato un anno fa anche il "Patto educativo", ancora al palo, in verità. Il prefetto Claudio Palomba ha ripetuto spesso: "In provincia siamo a picchi del 50-60%, impressionante". E il recente dossier voluto da Ettore Acerra, Ufficio scolastico della Campania, segnala: 3.757 denunce alle due Procure per i minori per inadempienze.

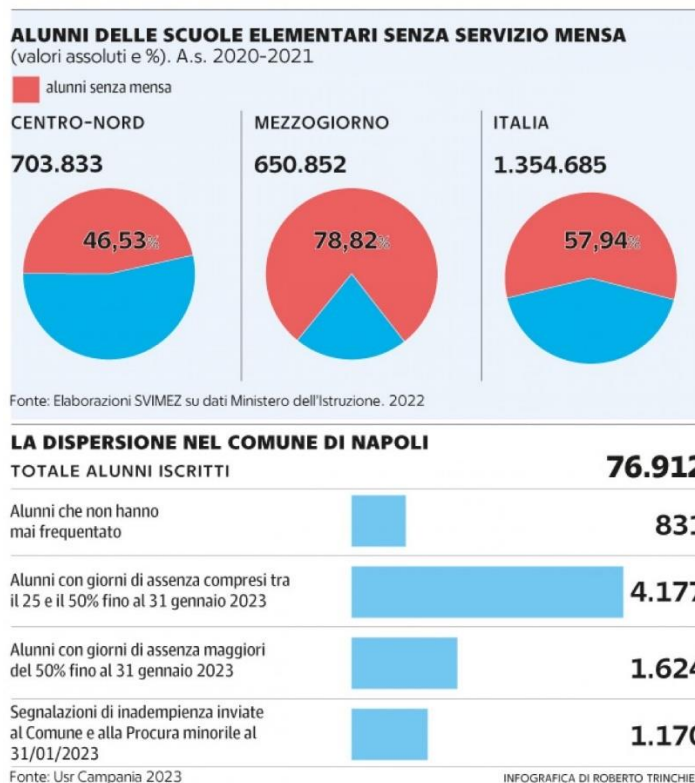
Bianchi, da Svimez, anticipa a Repubblica: "Il Pnrr che dedica importanti risorse all'istruzione non raggiunge l'obiettivo di colmare i divari: la priorità oggi è rafforzare il sistema soprattutto nelle aree più marginali, garantendo asili nido, tempo pieno, palestre.

Da una ricerca Svimez in via di pubblicazione emerge che l'investimento per alunno del Pnrr sull'istruzione (esclusi gli asili nido) è stato pari a 903 euro nella provincia di Milano, dove il tempo pieno è assicurato al 75 % dei bambini della primaria, mentre è di 725 euro a Palermo, col tempo pieno solo al 10%".

E con [l'Autonomia](#)? "C'è il rischio grave: adattare l'intensità dell'azione pubblica alla ricchezza dei territori. Quindi, più investimenti e stipendi lì dove se li possono permettere: pregiudicando la funzione principe della scuola, fare uguaglianza".

Denunce, carte. "Partono le segnalazioni ai Servizi sociali e alla Procura. E poi? Poi nulla", testimonia Valeria Pirone, la dirigente che a Napoli est guida il Vittorino da Feltre, 850 alunni, dai 3 ai 14 anni. Per inciso, un'altra delle sue allieve, Chiara, è diventata mamma a 14 anni. Caso isolato? "Macché, tante".

Gli esempi positivi esistono. Ma quasi sempre partono dal basso. Proprio dall'incontro tra Fondazione Riva e salesiani (con padre Loffredo, Fondazione San Gennaro, Cometa, If, Millepiedi, Regione) è nata a Napoli nel 2019 la Scuola del Fare. "Sembrava una follia. Volevamo dare una reale prospettiva di ingresso nel mondo del lavoro a giovani che avevano mollato la scuola - spiega il presidente Antonio Riva - Oggi, 140 ragazzi frequentano.



E quelli del quarto anno sono inseriti, come operatori della logistica o di officine meccaniche". E poiché il caso (non) fa strani scherzi, la scuola è intitolata a Giulia Civita Franceschi, che negli anni Venti del secolo scorso trasformò la nave Caracciolo in una innovativa scuola per 750 ragazzi. Scugnizzi che diventarono i "caracciolini": strappati a ignoranza e povertà. Per inciso, ci pensò il fascismo a spezzare uno straordinario modello educativo che guardava al futuro.

https://www.repubblica.it/cronaca/2023/04/06/news/dispersione_scolastica_napoli_dati_svimez-395103060/?ref=nl-rep-a-bgr

IL SOCIALE NELLA LEGGE DI BILANCIO 2023 (Franco Persaresi, ASIQUAS)

Franco Persaresi³

La parte della Legge di bilancio (L. 197/2022) dedicata al settore sociale è concentrata in 35 commi (distribuiti senza continuità dal 17 al 451) dell'art. 1. Vediamo di seguito i contenuti della legge ordinandoli per le seguenti politiche di settore:

1. Politiche per il contrasto alla povertà;
2. Politiche per la famiglia;
3. Politiche per la disabilità;

³ Direttore ASP Ambito 9 Jesi; NNA; Asiquas.

4. Politiche per gli anziani;
5. Disposizioni diverse.

1. POLITICHE PER IL CONTRASTO ALLA POVERTA'

Bonus sociale elettrico e gas (commi 17-19)

Per il 2023 viene elevata a 15.000 euro la soglia ISEE di accesso al bonus sociale per i clienti domestici di energia elettrica e gas in condizioni di disagio economico di cui al decreto del Ministro dello sviluppo economico 28 dicembre 2007. Inoltre, per il primo trimestre 2023, le agevolazioni relative alle tariffe dell'energia elettrica rivolte ai clienti domestici economicamente svantaggiati o in gravi condizioni di salute di cui al decreto del Ministro dello sviluppo economico 28 dicembre 2007 sono rideterminate dall'Arera.

Modificazioni al Reddito di cittadinanza (commi da 313 a 321)

Le nuove norme prevedono che, nel corso del 2023, nelle more di una riforma organica delle misure di sostegno alla povertà e di inclusione attiva, il reddito di cittadinanza sia riconosciuto per un massimo di sette mensilità, salvo il caso in cui siano presenti nel nucleo familiare persone con disabilità (come definita ai fini ISEE ai sensi del D.P.C.M n. 159 del 2013), minorenni o con almeno sessant'anni di età. Si rammenta, a tal proposito, che attualmente il beneficio è riconosciuto per un periodo massimo di diciotto mesi, rinnovabile, previa sospensione dell'erogazione del medesimo per un mese.

Dal 1° gennaio 2023, si dispone l'obbligo, per i beneficiari del reddito di cittadinanza tenuti all'adesione ad un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale, di frequentare, per sei mesi, un corso di formazione e/o riqualificazione professionale, pena la decadenza dal beneficio per l'intero nucleo familiare. L'erogazione del reddito di cittadinanza ai beneficiari di età tra i 18 e i 29 anni che non hanno adempiuto all'obbligo scolastico è, inoltre, condizionata alla frequenza di percorsi di istruzione funzionali al suo adempimento.

Inoltre, si richiede ai comuni di impiegare tutti i percettori di reddito di cittadinanza residenti che sottoscrivono un patto per il lavoro o per l'inclusione sociale, anziché solo un terzo di essi, nell'ambito di progetti utili alla collettività.

Si dispone poi che intervenga sempre la decadenza dal beneficio nel caso in cui uno dei componenti il nucleo familiare non accetti la prima offerta di lavoro, anche se perviene nei primi diciotto mesi di godimento del beneficio.

Si prevede, inoltre, che il maggior reddito da lavoro percepito in forza di contratti di lavoro stagionale o intermittente, fino a 3.000 euro lordi, non concorra alla determinazione del beneficio economico.

Si dispone poi che la componente del reddito di cittadinanza riconosciuta ai nuclei familiari residenti in abitazione in affitto sia erogata direttamente al locatore dell'immobile che la imputa al pagamento parziale o totale del canone.

Infine, si dispone l'abrogazione delle norme istitutive del reddito e della pensione di cittadinanza dal 1° gennaio 2024.

Per effetto di tali misure, è ridotta di 743 milioni di euro per l'anno 2023 l'autorizzazione di spesa prevista per il finanziamento del reddito e della pensione di cittadinanza. Infine, è istituito presso lo stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali il "Fondo per il sostegno alla povertà e all'inclusione attiva", dove confluiscono risorse derivanti dalla soppressione del reddito e della pensione di cittadinanza rideterminate al netto delle risorse destinate al rafforzamento dell'assegno unico e universale. La sezione II del Bilancio indica gli importi riferiti agli anni 2024 e 2025, in misura pari a 7.076,1 milioni di euro per l'anno 2024 e 7.067,7 milioni di euro per l'anno 2025. Solo dalla relazione tecnica si evince che la dotazione del Fondo per gli esercizi successivi è pari a 7.057,0 milioni di euro per l'anno 2026, 7.052,7 milioni di euro per l'anno 2027, 7.048,4 milioni di euro per l'anno 2028 e 7.044,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029.

Dunque, nel 2023 l'attuale beneficio sarà corrisposto per l'intero anno a tutti i nuclei con disabili, minori o persone con almeno 60 anni e per sette mensilità a tutti gli altri. Viene, pertanto, implicitamente ridefinito il target dei nuclei in povertà da sostenere, che risulta legato non solo all'assenza di un certo livello di reddito

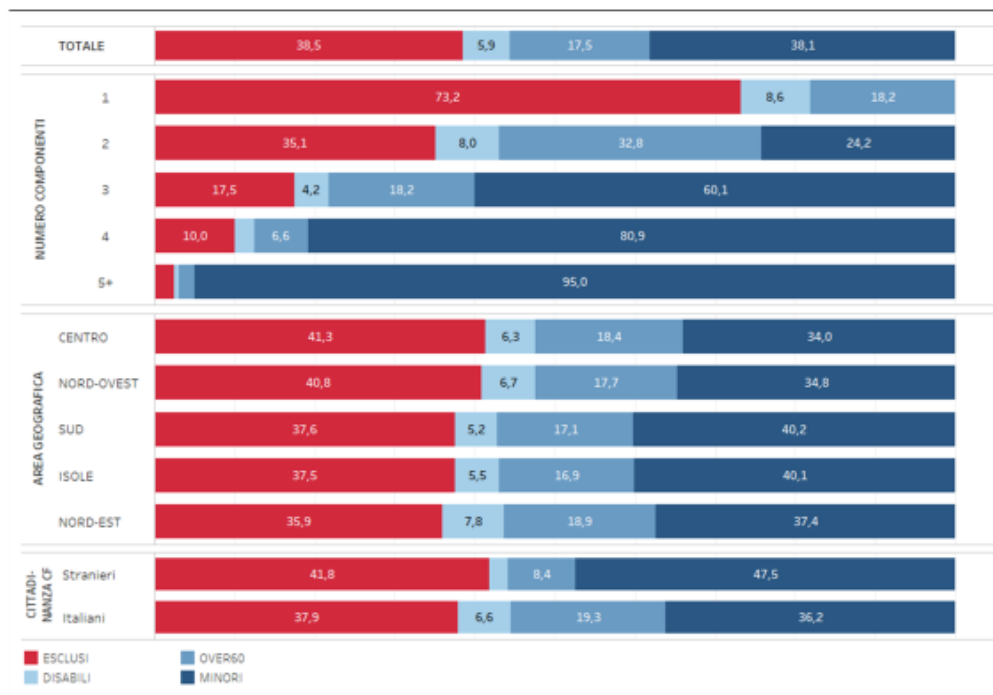
ma alla presenza di disabilità o specifiche condizioni di età (meno di 18 e più di 60 anni). In base alla Relazione tecnica allegata alla Legge di Bilancio, la misura genera risparmi di spesa nel 2023 per 785 milioni (che diventano 776 al netto dell'aumento automatico dell'assegno unico universale per i figli a carico).

Dal 2024, invece, l'abolizione del RdC produce risparmi per poco più di 8 miliardi l'anno (sempre al netto dell'incremento dell'assegno unico), di cui circa 7 confluiscono nel nuovo Fondo per il sostegno alla povertà e all'inclusione lavorativa istituito nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in attesa di una riforma organica dello strumento.

Da una simulazione dell'UPB su dati INPS emerge che, con le nuove regole introdotte dalla manovra, il 38,5% dei nuclei che oggi ricevono il RdC potrebbero perderlo da agosto 2023 (vedi la successiva fig. 4 dell'audizione dell'UPB). Fra chi smetterà di ricevere il RdC dopo agosto rientrano tre quarti dei nuclei composti da una persona sola, mentre al crescere del numero dei componenti si riduce la quota degli esclusi (essenzialmente per la presenza di minori).

La quota di esclusi è sostanzialmente costante all'interno delle ripartizioni geografiche con quote leggermente maggiori nel Centro e nel Nord-Ovest (rispettivamente 41,3% e 40,8%). Dato che il RdC è prevalentemente fruito nel Mezzogiorno, ne consegue che la maggior parte degli esclusi sarà residente in quell'area.

Fig. 4 – Composizione percentuale dei nuclei beneficiari potenzialmente esclusi dal RdC nel 2023



Fonte: elaborazioni su dati delle dichiarazioni ISEE (DSU) di fonte INPS.

Fonte: UPB (2022)

Dal punto di vista della nazionalità, gli stranieri sono più colpiti dall'intervento (41,8% di esclusi) rispetto agli italiani (37,9%) per via di una minore presenza di persone disabili all'interno dei loro nuclei.

Se invece dei nuclei si considerano i singoli beneficiari, dall'analisi emerge che a perdere il reddito di cittadinanza sarà solo il 22,9% degli individui, con una lieve prevalenza degli uomini (25,2%) sulle donne (20,7%), più tutelate soprattutto per la presenza di figli.

Con riferimento alla condizione professionale, risultano esclusi il 36,1% dei disoccupati e meno di un terzo degli occupati. Questi ultimi sono soggetti con salari molto bassi (i cosiddetti working poors), di cui sarebbe

auspicabile tenere conto nel ridisegnare gli strumenti di sostegno alla povertà e all'inclusione attiva (UPB, 2022).

Siamo in presenza di un processo di ampia modificazione del principale strumento di contrasto alla povertà di cui si anticipano alcune prime restrizioni rinviando al futuro il disegno della riforma organica il che rende pertanto difficile valutare il peso e l'orientamento delle misure adottate. Per ora, se ne possano valutare solo gli effetti negativi relativi all'esclusione di una quota importante di famiglie in condizione di povertà senza conoscere le alternative.

Fondo per la sperimentazione del reddito alimentare (Comma 434 e 435)

I commi 434 e 435 della Legge di bilancio 2023 istituiscono un Fondo, con una dotazione pari a 1,5 milioni di euro per il 2023 e 2 milioni di euro a decorrere dal 2024, finalizzato all'erogazione, **nelle città metropolitane**⁴, ai soggetti in condizioni di povertà assoluta, di pacchi alimentari realizzati con l'inventario della distribuzione alimentare. Le modalità di attuazione della misura, sperimentale, sono definite da un decreto da emanare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di bilancio. Più in particolare, il Fondo, istituito nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, è destinato a finanziare, nelle città metropolitane, la sperimentazione del Reddito alimentare, quale misura per combattere lo spreco e la povertà alimentare.

Agevolazioni per l'acquisto di alimentari di prima necessità (commi 450-451)

È istituito nello stato di previsione del Ministero dell'agricoltura un fondo, con una dotazione di 500 milioni per il 2023, destinato all'acquisto di beni alimentari di prima necessità dei soggetti con ISEE non superiore a 15.000 euro, da fruire mediante l'utilizzo di un apposito sistema abilitante. Entro 60 giorni (1° marzo 2023) dalla data di entrata in vigore della legge di bilancio, con decreto del Ministro dell'agricoltura di concerto con il MEF, sono stabiliti:

- a) i criteri e le modalità di individuazione dei titolari del beneficio, tenendo conto dell'età dei cittadini, dei trattamenti pensionistici e di altre forme di sussidi e trasferimenti già ricevuti dallo Stato, della situazione economica del nucleo familiare, dei redditi conseguiti, nonché di eventuali ulteriori elementi atti a escludere soggetti non in stato di effettivo bisogno;
- b) l'ammontare del beneficio unitario;
- c) le modalità e i limiti di utilizzo del fondo e di fruizione del beneficio, da erogare sulla base di procedure di competenza dei Comuni di residenza;
- d) le modalità e le condizioni di accreditamento degli esercizi commerciali che aderiscono a Piani di contenimento dei costi dei generi alimentari di prima necessità.

2. POLITICHE PER LA FAMIGLIA

Aliquota iva per prodotti dell'infanzia e per la protezione dell'igiene intima femminile (comma 72)

Viene disposta la riduzione dell'IVA al 5% per i prodotti della prima infanzia quali latte e alimenti per bambini (latte in polvere o liquido, preparazioni alimentari a base di farine), seggiolini auto e pannolini, nonché per tutti i tipi di assorbenti e tamponi per l'igiene intima femminile.

⁴ La legge individua dieci città metropolitane: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli, Reggio Calabria, a cui si aggiunge la città metropolitana di Roma capitale (art. 1, comma 5, L. n. 56/2014). La legge n. 56 dispone l'istituzione delle città metropolitane esclusivamente nelle regioni a statuto ordinario. Per quanto riguarda le regioni a statuto speciale, i principi della legge valgono come principi di grande riforma economica e sociale, in conformità ai rispettivi statuti (art. 1, comma 5, della L. n. 56/2014). Finora sono 4 le città metropolitane istituite dalle regioni a statuto speciale sono Cagliari, Catania, Messina e Palermo.

Piano strategico nazionale contro la violenza sulle donne (commi 338-341)

La norma incrementa – portandole da 5 a 15 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023 - le risorse del fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità, al fine di potenziare le azioni previste dal Piano strategico nazionale contro la violenza sulle donne.

Il comma 339 stanziava 2 milioni di euro per il 2023 e 7 milioni di euro annui a decorrere dal 2024 da destinare all'attuazione del Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani.

I commi 340 e 341 incrementano il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità (art. 19, comma 3, DL 223/2006) rispettivamente di 4 milioni di euro per il 2023 e di 6 milioni di euro annui a decorrere dal 2024 - da destinare al potenziamento dell'assistenza e del sostegno alle donne vittime di violenza – e di 1.850.000 euro per il 2023 da destinare al Fondo per il reddito di libertà delle donne vittime di violenza.

Il comma 338 interviene sull'art. 5 del d.l. n. 93 del 2013, che disciplina il Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, prevedendo che - per il finanziamento del suddetto Piano - le risorse del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità, siano incrementate di 10 milioni di euro annui rispetto ai 5 milioni attualmente previsti e portando dunque le risorse stanziate annualmente a 15 milioni di euro a decorrere dal 2023.

Assegno unico e universale (commi 320, 357 e 358)

La legge di Bilancio 2023 modifica le norme sull'assegno unico e universale per i figli a carico. Si rendono permanenti le equiparazioni, già previste fino al 31 dicembre 2022, rispettivamente: tra il figlio minore a carico e il figlio maggiorenne disabile e a carico; tra il figlio minore a carico e disabile e il figlio di età inferiore a ventuno anni, sempre disabile e a carico.

Inoltre, si proroga, nell'ambito dell'istituto in esame, un ulteriore beneficio con riferimento ai figli a carico con disabilità, nell'ambito dei nuclei familiari rientranti in una determinata fattispecie, e si introducono: un incremento dell'assegno con riferimento ai figli di età inferiore ad un anno ovvero, in una determinata ipotesi, di età inferiore a tre anni; un elevamento da 100 a 150 euro mensili della maggiorazione forfettaria dell'assegno, prevista per i nuclei familiari con quattro o più figli a carico.

È incrementato, di 11 milioni di euro nel 2023, di 708,8 milioni di euro nel 2024, 717,2 milioni di euro nel 2025, 727,9 milioni di euro nel 2026, 732,2 milioni di euro nel 2027, 736,5 milioni di euro nel 2028 e 740,8 milioni di euro l'anno dal 2029, lo stanziamento a favore dell'assegno unico e universale per i figli a carico. Tale incremento si reputa necessario, si legge nella relazione tecnica, in ragione del fatto che le modifiche previste dal disegno di legge di bilancio 2023 alla disciplina del reddito di cittadinanza e dell'assegno unico universale, unitamente al superamento del reddito di cittadinanza comporteranno il riconoscimento del beneficio in misura maggiore ad una platea più ampia di destinatari.

Congedo parentale (comma 359)

Il comma 359 della Legge di bilancio 2023 prevede, con riferimento ai lavoratori dipendenti e limitatamente ad un periodo o ad un complesso di periodi non superiori ad un mese e compresi entro il sesto anno di vita del bambino - ovvero entro il sesto anno dall'ingresso in famiglia del minore nel caso di adozione o affidamento -, un elevamento della misura dell'indennità per congedo parentale. Tale elevamento è riconosciuto in alternativa (o in alternativa per frazioni di periodo) alla madre o al padre; in base a tale elevamento, l'aliquota (commisurata sulla retribuzione) per il calcolo dell'indennità per congedo parentale è pari, limitatamente al periodo o ai periodi in oggetto, all'80%, anziché al 30%.

L'elevamento non si applica per i casi in cui - per la madre o, rispettivamente, per il padre - il periodo di congedo di maternità o di paternità sia terminato entro il 31 dicembre 2022.

3. POLITICHE PER LA DISABILITA'

Fondi per l'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordi (comma 355)

La Legge di bilancio 2023 autorizza la spesa di 200.000 euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 allo scopo di sostenere l'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordi

Fondo per le periferie inclusive (commi 362-364)

I commi 362-364 della Legge di bilancio 2023 istituiscono il Fondo per le periferie inclusive con una dotazione di 10 milioni per il 2023. Il Fondo è destinato ai comuni con popolazione superiore a 300.000 abitanti per il finanziamento di progetti finalizzati a favorire, nelle periferie, l'inclusione sociale delle persone con disabilità e il miglioramento del loro livello di autonomia. Con riguardo alla dotazione del Fondo, la Relazione tecnica al provvedimento evidenzia che, tenuto conto del numero dei comuni italiani con più di 300 mila abitanti (pari a 10), si stima un contributo medio per ciascuna città di circa 1 milione di euro.

A un decreto del Presidente del Consiglio è demandato il compito di regolamentare il Fondo (requisiti di ammissibilità dei progetti, modalità di erogazione del finanziamento e eventuali forme di co-finanziamento), e di istituire un Comitato di valutazione che definisca i criteri per la valutazione dei progetti favorendo l'attivazione di finanziamenti pubblici e privati, il coinvolgimento di enti privati, anche del Terzo settore, e le forme di co-programmazione e co-progettazione.

Detrazione per l'eliminazione di barriere architettoniche (comma 365)

Il comma 365 proroga al 31 dicembre 2025 la detrazione prevista per gli interventi finalizzati al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche.

Viene, altresì precisato che per le deliberazioni in sede di assemblea condominiale relative a tali lavori è necessaria la maggioranza dei partecipanti all'assemblea che rappresenti un terzo del valore millesimale dell'edificio.

La norma in esame, proroga al 31 dicembre 2025 una agevolazione prevista dall'articolo 119-ter del decreto legge 34 del 2020 in materia di detrazione per gli interventi finalizzati al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche che stabiliva che ai fini della determinazione delle imposte sui redditi, ai contribuenti è riconosciuta una detrazione dall'imposta lorda, fino a concorrenza del suo ammontare, per le spese documentate sostenute dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2022 per la realizzazione di interventi direttamente finalizzati al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti. La norma del 2020 prevede altresì che la suddetta detrazione, da ripartire tra gli aventi diritto in cinque quote annuali di pari importo, spetta nella misura del 75 per cento delle spese sostenute ed è calcolata su un ammontare complessivo non superiore a: a) euro 50.000 per gli edifici unifamiliari o per le unità immobiliari situate all'interno di edifici plurifamiliari che siano funzionalmente indipendenti e dispongano di uno o più accessi autonomi dall'esterno; b) euro 40.000 moltiplicati per il numero delle unità immobiliari che compongono l'edificio per gli edifici composti da due a otto unità immobiliari; c) euro 30.000 moltiplicati per il numero delle unità immobiliari che compongono l'edificio per gli edifici composti da più di otto unità immobiliari. La detrazione spetta anche per gli interventi di automazione degli impianti degli edifici e delle singole unità immobiliari funzionali ad abbattere le barriere architettoniche nonché, in caso di sostituzione dell'impianto, per le spese relative allo smaltimento e alla bonifica dei materiali e dell'impianto sostituito.

4. POLITICHE PER GLI ANZIANI

Contributo alle Ipab (commi da 366 a 368)

I commi da 366 a 368 della Legge di bilancio 2023 prevedono uno stanziamento di 5 milioni di euro per il 2023, al fine del riconoscimento di un contributo straordinario destinato, in via esclusiva, alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che erogano servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, in regime semiresidenziale o residenziale, in favore di anziani; il contributo è determinato - secondo i criteri da definire con decreto attuativo - in proporzione all'incremento dei costi sostenuti per l'energia termica ed elettrica nell'anno 2022 rispetto all'anno 2021.

Le disposizioni in esame fanno riferimento alle "istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza"; il riferimento concerne le istituzioni suddette residue che non siano state trasformate, ai sensi del D.Lgs. 4 maggio 2001, n. 207, in aziende pubbliche di servizi alla persona o in fondazioni o associazioni di diritto privato; si ricorda che i soggetti trasformati che erogano i servizi summenzionati rientrano invece tra i beneficiari di un analogo contributo straordinario (nell'ambito di uno stanziamento relativo al 2022), ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.L. 23 settembre 2022, n. 144, convertito, con modificazioni, dalla L. 17

novembre 2022, n. 175, e successive modificazioni. Il contributo assegnato alle IPAB non ancora trasformate dopo 20 anni (sic!) appare però sproporzionato rispetto a quanto previsto per le Fondazioni e le Aziende pubbliche servizi alla persona.

5. DISPOSIZIONI DIVERSE

Consiglio nazionale dei giovani (commi 304 e 305)

Il comma 304 eleva da 500.000 euro a 1.000.000 euro la dotazione per il 2023 del Fondo per il finanziamento delle attività del Consiglio nazionale dei giovani ed introduce una dotazione, pari a 1.000.000 euro, del medesimo Fondo anche per ciascuno degli anni 2024 e 2025 (il 2025 costituisce, quindi, il nuovo anno terminale).

Si ricorda che il Consiglio nazionale dei giovani e il relativo Fondo sono stati istituiti dall'articolo 1, commi da 470 a 477, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, e successive modificazioni. Il Consiglio in esame è un organo consultivo e di rappresentanza, con funzioni volte ad incoraggiare la partecipazione dei giovani allo sviluppo politico, sociale, economico e culturale dell'Italia. Tra le funzioni in capo al Consiglio figurano: la promozione del dialogo tra istituzioni ed organizzazioni giovanili; la formazione e lo sviluppo di organismi consultivi dei giovani a livello locale; l'espressione di pareri e proposte su atti normativi di iniziativa del Governo che interessino i giovani; la partecipazione ai forum associativi, europei ed internazionali. Il Consiglio è composto dalle associazioni giovanili maggiormente rappresentative e dai soggetti indicati nel proprio statuto.

Misure di semplificazione in materia di ISEE (comma 323)

Il comma 323 della Legge di Bilancio 2023 è diretto a promuovere, fino a renderla ordinaria, la presentazione della Dichiarazione sostitutiva unica (DSU) dell'ISEE in modalità precompilata. A tal fine prevede che fino al 31 dicembre 2022 permanga la possibilità di presentare la DSU nella modalità non precompilata, ma che, a decorrere dal 1° luglio 2023, la presentazione della DSU da parte del cittadino avvenga prioritariamente in modalità precompilata fermo restando la possibilità di presentare la DSU nella modalità ordinaria.

Con successivo decreto sono individuate le modalità operative, le ulteriori semplificazioni e le modalità tecniche per consentire al cittadino la gestione della dichiarazione precompilata resa disponibile in via telematica dall'INPS.

Confederazione nazionale delle Misericordie d'Italia (comma 356)

Il comma 356 autorizza la spesa complessiva di euro 500.000 per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 in favore della Confederazione nazionale delle Misericordie d'Italia con la finalità di fronteggiare gli aumenti eccezionali dei prezzi dei carburanti, dei prodotti energetici e dei beni di consumo, nonché per il sostegno delle organizzazioni di volontariato impegnate nel trasporto sanitario, anche emergenziale, e nel mantenimento di presidi di coesione sociale, di soccorso e contrasto a situazioni di svantaggio sociale.

Qualche valutazione

Nel 2023, si riducono in modo significativo le risorse dedicate alle politiche sociali grazie al taglio di 743 milioni operato nel finanziamento del Reddito di cittadinanza. Entrambi gli interventi più significativi sono collocati tra le politiche per il contrasto alla povertà. Da una parte si avvia un processo di revisione del Reddito di cittadinanza anticipando un importante taglio dei beneficiari e rinviando al futuro la presentazione di una ampia riforma della misura e per contro viene invece attivato, a cura del Ministero dell'agricoltura, un fondo, con una dotazione di 500 milioni, per il solo 2023, destinato all'acquisito di beni alimentari di prima necessità dei soggetti con ISEE non superiore a 15.000 euro che però, nel complesso, non compensa la riduzione di finanziamenti per il settore.

Tra gli interventi positivi si segnala un miglioramento dell'assegno unico universale e del congedo parentale ma per il resto gli interventi previsti sono tutti di modestissima entità o limitati alle sole città metropolitane. Si segnala a questo proposito che non ci sono interventi significativi a favore del settore della disabilità e la scomparsa degli interventi a favore degli anziani proprio nell'anno di probabile approvazione della Legge delega sulla riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

PNRR e sua implementazione



PNRR: Confesercenti, con ritardi attuazione già bruciati 7,6 miliardi nel 2022
(FiscoEquo, Luciano Cerasa)

Luciano Cerasa

28 Marzo 2023

“L’impatto positivo del Pnrr su Pil e consumi rischia di essere fortemente indebolito dai ritardi di attuazione accumulati fino ad oggi. Stimiamo che le difficoltà incontrate nell’implementare il Piano abbiano già determinato una perdita di Pil dello 0,4% nel 2022, pari a 7,6 miliardi di euro di minore crescita. E nel 2023 potrebbero costarci ulteriori 5,6 miliardi di euro di aumento del Pil”. A lanciare l’allarme è Confesercenti, sulla base di una simulazione condotta attraverso il modello econometrico Cer.

Secondo l’ufficio studi di Confesercenti a oggi si può valutare che il Pnrr accumulerà alla fine dell’anno corrente un ritardo di attuazione pari a 19 miliardi. La mancata spesa avrebbe già determinato una perdita di Pil dello 0,4% nel 2022 e rallenterà la crescita del Pil di un ulteriore 0,3% nel 2023 rispetto alle previsioni. Per i consumi delle famiglie, si stima che le difficoltà incontrate nell’implementare il Piano abbiano comportato lo scorso anno un minore incremento di 1,9 miliardi, mentre per il 2023 la dinamica della spesa delle famiglie verrebbe rallentata di 3,2 miliardi di euro.

“Il PNRR è un’occasione storica per la crescita e la modernizzazione della nostra economia: è quindi assolutamente prioritario recuperare i ritardi di attuazione. Con le risorse del PNRR la nostra Italia può diventare un Paese migliore. Più coesione sociale, più lavoro, più giustizia, più attenzione all’ambiente ed agli sprechi, più risorse per chi ha bisogno. Ci sono però diverse criticità dalla gestione dei progetti da parte delle amministrazioni locali alle difficoltà nel rendere note alle imprese le opportunità disponibili”, commenta la **Presidente nazionale di Confesercenti Patrizia De Luise**.

“La modernizzazione innescata dal PNRR deve essere infrastrutturale, ma non solo: servono innovazioni e investimenti immateriali, dal credito al fisco, fino al sistema dei pagamenti. Bisogna investire anche nell’incontro tra domanda e offerta di lavoro e nelle politiche attive: la ripartenza di alcuni settori, e in particolare del turismo, si sta infatti scontrando sempre di più con le difficoltà di reperimento del personale. Uno dei capitoli del PNRR, poi, è dedicato alla rigenerazione urbana e riguarda, a nostro avviso, anche il sistema delle cosiddette imprese ‘di vicinato’. Negozi e botteghe sono le attività più strettamente connesse al tessuto urbano: per questo pensiamo che il tema debba essere affrontato anche lavorando, insieme alle associazioni di categoria, per il loro rilancio”.

<https://www.fiscoequo.it/pnrr-confesercenti-con-ritardi-attuazione-gia-bruciati-76-miliardi-nel-2022/>

La crescita dell'Italia è appesa al PNRR. EY: "Se i cantieri non accelerano sarà recessione" (La Repubblica, Filippo Santelli)

Filippo Santelli

Secondo le previsioni di EY il nostro Paese chiuderà il 2023 con un Pil a +0,5%, ma solo se riuscirà a spendere per intero i 40 miliardi di fondi europei previsti per l'anno. Se si fermasse al 70% l'economia finirebbe in stagnazione, e se continuasse al ritmo attuale si contrarrebbe dello 0,3%

ROMA - L'economia italiana è appesa ai cantieri del PNRR. Cantieri che, come ha certificato la recente [relazione della Corte dei Conti](#) e [riconosciuto lo stesso governo Meloni](#), procedono con grande ritardo. Accelerare e recuperare la tabella di marcia è un imperativo che vale qualche decimo di Pil, quelli che separano crescita, stagnazione e recessione. Se continuasse ad investire i fondi europei con la lentezza mostrata finora infatti, considerata anche la debolezza dei consumi delle famiglie e la frenata degli investimenti, il nostro Paese potrebbe chiudere il 2023 con una contrazione dello 0,3%, per poi tornare a crescere solo nel 2024. Le simulazioni sull'impatto dell'esecuzione - o non esecuzione - del PNRR le ha fatte la società di consulenza EY, nel suo bollettino macroeconomico di marzo.

Le previsioni base per l'Italia indicano una crescita nel 2023 dello 0,5%, di poco superiore alle ultime stime di Confindustria (+0,4) e poco inferiore alle più recenti del governo (+0,6), che però sembrava orientato a rivederle al rialzo di qualche punto nel Def di aprile. Si tratta però dello scenario base, avverte il bollettino EY, quello in cui l'Italia riesce a spendere per intero le risorse del Piano europeo previste per l'anno, cioè 40,9 miliardi di euro. Obiettivo che appare ogni giorno più lontano, tra stallo del governo sulla governance e le difficoltà degli enti locali nel bandire le gare.

Gli analisti di EY costruiscono quindi uno scenario più pessimistico, in cui l'Italia riesce ad accelerare solo in parte, investendo il 70% delle risorse previste per il 2023 e il 90% di quelle 2024: l'effetto sarebbe un azzeramento del Pil di quest'anno, stagnazione, e un rimbalzo all'1,8% il prossimo.

Mentre nell'ipotesi ancora più pessimistica - ma non certo irrealistica - in cui l'Italia continui a spendere i fondi europei al ritmo attuale, la metà rispetto alle previsioni, il 2023 si chiuderebbe addirittura in recessione (-0,3%), con un recupero dell'1,5% nel 2024. Insomma nei prossimi mesi, scrivono gli analisti di EY, il PNRR rappresenterà "il vero motore della crescita del Pil italiano".

Dopo aver tenuto sorprendentemente per quasi tutto il 2022 infatti, i consumi delle famiglie ora sono in calo, con l'inflazione che continuerà a eroderne ancora per molti mesi il potere d'acquisto e il tesoretto dei risparmi accumulato durante la pandemia ormai esaurito.

Nel frattempo l'aumento del costo del denaro rallenta le decisioni di investimento delle imprese, mentre l'export, che comunque resta positivo, subisce le incognite della congiuntura globale.

https://www.repubblica.it/economia/2023/03/30/news/PNRR_spesa_recessione-394186236/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S2-T1

Allarme PNRR, il Grande Piano s'è inceppato l'Italia rischia il naufragio (La Repubblica, Giuseppe Colombo)

Giuseppe Colombo

La governance, i tempi e il rodaggio della macchina, la capacità di spesa e le difficoltà dei Comuni. Ecco i quattro fattori che rischiano di condannare il Piano al fallimento

Doveva essere la grande occasione. La leva per il Pil, da tradurre in migliaia di progetti nel Paese. Per renderlo più digitale, ma anche più green e inclusivo. E invece il Pnrr si è inceppato. "Una scarsa capacità di programmazione", scrive la Corte dei Conti. Da qui i ritardi, nei ministeri come negli uffici dei Comuni, l'ultimo anello della catena attraverso cui transiteranno 191,5 miliardi, fino al 2026. Non a caso il richiamo dell'Europa. "In Italia si presta attenzione al Ponte sullo Stretto e alla flat tax, ma c'è un problema di estrema attualità che è il Pnrr, al quale non si presta abbastanza attenzione", ha detto una settimana fa il commissario europeo all'Economia [Paolo Gentiloni, intervenendo alla presentazione del nuovo Affari&Finanza](#).



I 4 fattori di rischio

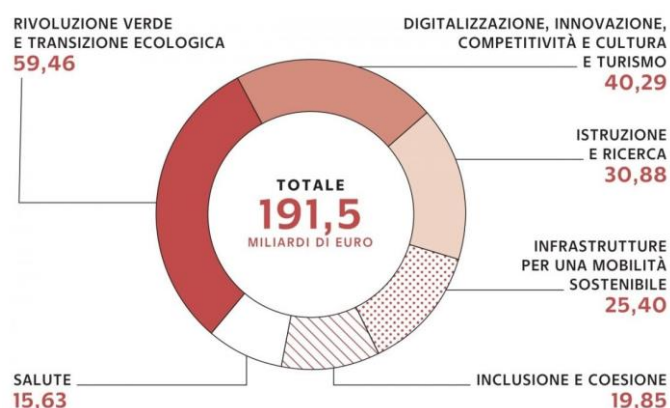
I fattori di rischio sono diversi, ma sintetizzabili in quattro grandi questioni. La prima: la nuova stanza dei bottoni. La governance è stata accentrata a Palazzo Chigi, ma è ancora appesa alla conversione di un decreto in Parlamento, senza contare il tempo che servirà dopo per rendere operativa la nuova Struttura di missione, partendo dalla selezione di 50 tecnici e tre dirigenti.

Sarà la vecchia macchina a occuparsi della programmazione e del coordinamento dei progetti finché non sarà pronto l'avvicendamento, ma la staffetta non risponde al problema che è destinato a maturare a breve: i nuovi tecnici dovranno prendere confidenza con un sistema che è inedito per sua natura.

Perché la programmazione del Pnrr non è quella dei fondi strutturali europei, per varie ragioni. E perché intanto è lo stesso Piano che sta cambiando, per volontà del governo che sta negoziando una revisione con Bruxelles. La seconda criticità incrocia la prima: la maxi cabina di regia potrebbe diventare operativa nel pieno di un semestre complesso, quello che scade il 30 giugno, rendendo quindi evidente il tema del rodaggio della nuova macchina. Entro questa data, infatti, il governo dovrà mettere in fila 27 obiettivi per richiedere la quarta rata del finanziamento, che vale 16 miliardi. Ma bisognerà correre, e parecchio. L>alert è già scattato: al 20 marzo risultavano centrati appena cinque traguardi sui tredici previsti entro la fine di questo mese.

Anche il passo che si è tenuto negli scorsi semestri ha richiesto uno sprint finale, ma quello che è accaduto da giugno a settembre dell'anno scorso dimostra che non basta fare i compiti a casa. Bisogna farli bene. Per la prima volta, infatti, la Commissione europea si è presa un mese in più di tempo (tre invece di due) per validare i 55 obiettivi indicati nella road map e firmare l'assegno da 19 miliardi. Ci sono problemi sul fronte delle concessioni portuali, ma il tema è più generale: il primo livello della programmazione, che compete ai ministeri, presenta delle disfunzioni.

Che potrebbero addirittura crescere se, accogliendo una disposizione prevista dal decreto sulla governance, i titolari dei dicasteri scegliessero di riorganizzare le Unità di missione, le strutture interne che hanno in mano il coordinamento delle attività necessarie per l'attuazione degli interventi.

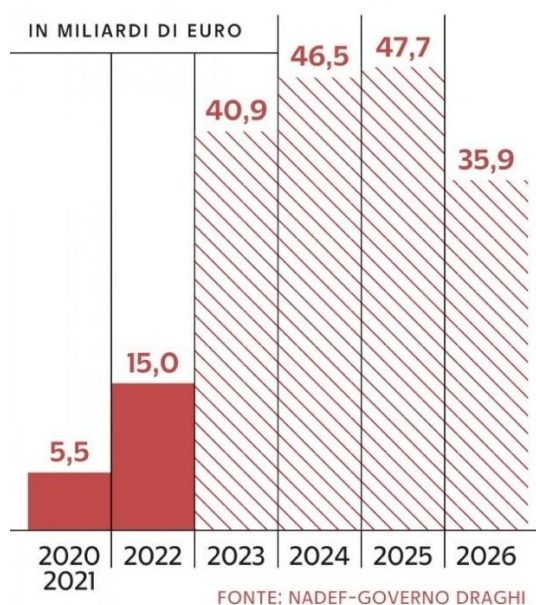


La questione spesa

L'affanno sugli obiettivi corre parallelo a quello sulla spesa. Fino a oggi l'Italia ha incassato 66,9 miliardi, ma ne ha impiegati molto meno. E si entra così nel terzo ordine di problemi, che interessa tanto il livello centrale quanto quello degli enti locali. L'ultimo dato ufficiale sulla spesa, reso noto da Palazzo Chigi, risale al 31 agosto 2022, quando alla guida del governo c'era Mario Draghi: 11,7 miliardi. Il nuovo esecutivo sta preparando la nuova relazione semestrale per il Parlamento, dove sarà contenuto l'aggiornamento di questo dato.

Non c'è da aspettarsi un balzo considerevole, tutt'altro: le stime ufficiose dicono che l'asticella si è fermata sotto i 20 miliardi, al 31 dicembre dell'anno scorso. Prendendo atto dell'ennesimo ridimensionamento della tabella di marcia: il Pnrr era partito con una previsione di spesa pari a 41 miliardi per il triennio 2020-2022; ridotta poi a 33,7 miliardi, per scendere ancora, a 20,5 miliardi.

La questione è articolata, deve tenere in considerazione l'impatto degli extracosti che si sono generati a causa della guerra in Ucraina, oltre al doppio livello in cui si articola la spesa. Se i fondi scorrono con rapidità quando sono gestiti dalle grandi stazioni appaltanti, come Rfi e Anas, lo stesso non si può dire per i bandi a livello locale.



Si arriva così al quarto blocco del Pnrr. Ai Comuni è stato affidato più del 40% delle risorse Pnrr, una fetta considerevole che deve però misurarsi con almeno due problemi: il personale e l'assistenza tecnica. Sul primo è in corso un potenziamento che va dai concorsi a misure dedicate, come il fondo per le assunzioni nei piccoli Comuni, con meno di 5 mila abitanti.

Ma il grido d'allarme che arriva dai sindaci spiega la difficoltà di passare dalle misure sulla carta alla loro applicazione. Marco Leonardi, professore di Economia politica alla Statale di Milano, conosce bene la questione.

È stato a capo del Dipe, il Dipartimento per la programmazione economica di Palazzo Chigi, fino a pochi mesi fa, con il governo Draghi. "I concorsi - spiega - procedono a rilento, ai Comuni servono mesi, tra bandi e ricorsi. Temporaneamente, in attesa dei concorsi, si potrebbero prendere subito tecnici in somministrazione per la realizzazione dei progetti".

Un'esternalizzazione che, quindi, sarebbe funzionale a non lasciare i Comuni scoperti fino all'esito delle procedure concorsuali. Anche l'assistenza tecnica richiede un intervento. Il Pnrr ha una peculiarità: non destina, come fanno i fondi europei di coesione, una percentuale del 4% a questa voce.

"In questo caso - aggiunge Leonardi - servono risorse perché a disposizione dei Comuni sono stati messi Cassa depositi e prestiti e Invitalia, ma i sindaci preferiscono affidarsi a professionisti che già conoscono e che li hanno già aiutati". Anche di questo deve tenere conto la rincorsa per non perdere i fondi del Pnrr.

https://www.repubblica.it/economia/2023/03/27/news/allarme_pnrr_il_grande_piano_se_inceppato_li_talia_rischia_il_naufragio-393524604/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S3-T1

PERSONALE del SSN

Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale (AGENAS)



Personale Ssn. Rapporto Agenas conferma incremento di circa 21mila unità dal 2019 al 2021. In calo i medici di famiglia (Quotidiano Sanità)

In particolare, nell'anno 2021 il personale dipendente del SSN ammontava a 670.566 unità di cui 68,7% donne e 31,3% uomini. Rispetto al 2020 risultava aumentato di 6.097 unità e di 21.223 rispetto al 2019. Per i MMG i dati indicano una loro diminuzione dai 42.428 del 2019 con una media di 1.224 assistiti per MMG, ai 40.250 MMG del 2021 con un rapporto medio di 1.237 assistiti per medico.

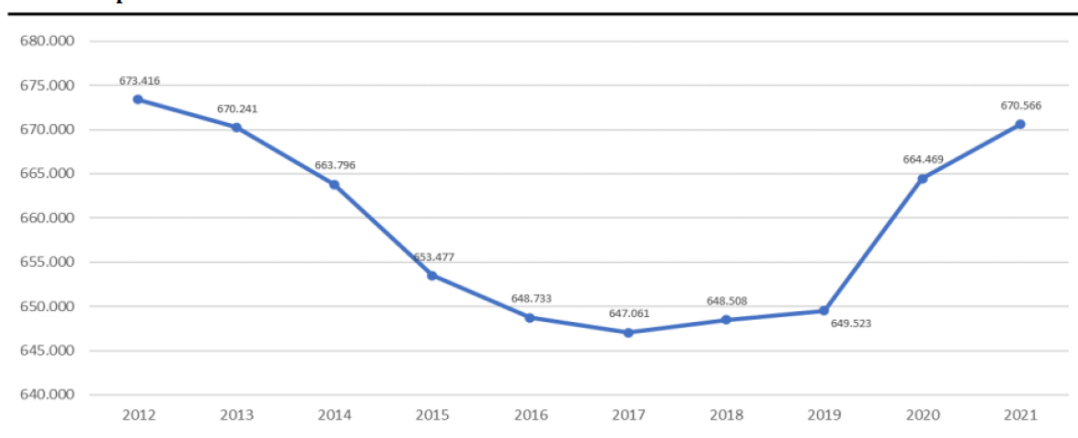
04 APR - Dal 2019 al 2021 il personale del Ssn è cresciuto di circa 21 mila unità raggiungendo quota 670.566 addetti, vicino ai 673 mila del 2012 quando il Ssn contava oltre 673mila unità di personale.

La fotografia l'ha scattata Agenas nel suo ultimo rapporto sul personale del Ssn che riprende i dati del conto annuale del Mef [di cui abbiamo già parlato nei giorni scorsi](#).

In particolare nell'anno 2021 il personale dipendente del SSN ammontava a 670.566 unità di cui 68,7% donne e 31,3% uomini.

Rispetto all'anno 2020 il personale del 2021 risultava aumentato di 6.097 unità e di 21.223 rispetto al 2019. Nell'anno 2020 il personale dipendente del SSN ammontava a 664.469 unità di cui 68,4% donne e 31,6% uomini. Rispetto all'anno 2019 il personale del 2020 risultava aumentato di 15.126 unità.

Grafico 1. Il personale in servizio nel SSN



Fonte: Report MEF su CA del Personale, 2021 - Ragioneria Generale dello Stato.

Composizione personale del SSN. I medici in servizio nel SSN al 2021 corrispondono a 108.250 mentre gli odontoiatri corrispondono a 137 unità di personale. Il personale sanitario dirigente ammonta a 127.424 unità, portando il personale di ruolo sanitario dirigente e non dirigente a 476.359 unità.

Le unità con profilo infermieristico costituiscono con un numero assoluto di 279.837 unità, il 41,7% del totale del personale del SSN (tabella 1). Il personale sanitario non dirigente di profili diverso da quello infermieristico è costituito da 69.098 unità, che sommato al personale sanitario infermieristico arriva a un totale di 348.935 unità. A seguito del blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito.

Al 31 dicembre 2018 era inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (circa 41.400 rispetto al 2008). Tra il 2012 e il 2017, il personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici è passato da 653 mila a 626 mila unità, pari ad una flessione di poco meno di 27 mila unità (4 %).

Negli anni 2020-2021, si legge nel rapporto Agenas, a seguito "anche all'effetto mandatorio dato dalla situazione pandemica", si è assistito a un incremento di personale, che è avvenuto per effetto dei decreti

emergenziali del 2020, portando il numero delle unità in servizio al 2021 sovrapponibile a quello del 2012 (si registra infatti un andamento generale del -0,4%).

Il costo del personale, nel 2020, subisce un aumento, rispetto al 2018, del 5,40%. Su tale evoluzione, sottolinea Agenas, “sembra aver inciso la situazione pandemica e, in particolare, le misure adottate per potenziare il personale del ruolo sanitario”.

Dall’esame delle voci che compongono l’aggregato emerge come la gran parte della spesa riguardi il “personale del ruolo sanitario”, tale importo rappresenta l’81,09% del totale costo del personale. Negli anni esaminati (2018-2020) in quasi tutte le Regioni e Province autonome si assiste ad una costante crescita della componente di costo del personale.

Il protrarsi del blocco delle assunzioni fino al 2018 nelle Regioni in piano di rientro, oltre al tasso di turnover negativo ha avuto quale conseguenza un innalzamento dell’età media dei professionisti con impatto sulle quiescenze. Infatti, i medici dipendenti del Ssn che andranno in pensione nel quinquennio 2022-2027 sono circa 29.331, mentre per il personale infermieristico i pensionamenti sono stimati in 21.050.

Tabella 1. Personale impiegato presso le strutture del SSN e confronto degli anni 2021 - 2020.

Regioni	Medici e odontoiatri 2020 ¹	Medici odontoiatri 2021 ²	Delta 2021 – 2020	Infermieri 2020 ¹	Infermieri 2021 ²	Delta 2021 – 2020
Abruzzo	2.718	2.727	9	5.769	5.816	47
Basilicata	1059	1.034	-25	2.764	2.742	-22
Calabria	3.575	3.527	-48	7.005	7.030	25
Campania	9.378	9.333	-45	18.610	18.997	387
Emilia-Romagna	9.282	9.436	154	28.075	29.302	1.227
Friuli Venezia G	2.678	2.666	-12	8.279	8.215	-64
Lazio	8.567	8.895	328	22.430	22.716	286
Liguria	3.517	3.450	-67	10.075	9.791	-284
Lombardia	15.050	15.079	29	39.597	41.112	1.515
Marche	3.033	3.075	42	8.076	8.509	433
Molise	478	441	-37	1.402	1.328	-74
PA Bolzano	957	993	36	3.382	3.279	-103
PA Trento	1.141	1.130	-11	3.124	3.237	113
Piemonte	8.364	8.167	-197	22.408	21.882	-526
Puglia	6.548	6.634	86	15.749	15.659	-90
Sardegna	4.043	3.852	-191	8.127	7.595	-532
Sicilia	8.960	8.965	5	17.509	17.029	-480
Toscana	8.542	8.850	308	23.039	22.542	-497
Umbria	1.997	1.981	-16	4.915	5.240	325
Valle d'Aosta	325	301	-24	710	678	-32
Veneto	7.893	7.851	-42	26.073	27.138	1.065
Totale	108.105	108.387	282	277.118	279.837	2.719

Scuole di specializzazione in medicina

Negli ultimi anni il numero delle borse per la formazione specialistica finanziate dallo Stato è stato in costante crescita, passando da 5000 del 2015 a 17.400 nell’anno accademico 2021/2022 poi ridotti a 14.700 nell’anno accademico 2022-2023.

La stima fatta da Agenas del personale medico specialista che si formerà al 2026 valuta che il numero di nuovi specialisti nel SSN (75% del totale) sarà pari a 39.244. Circa 10 mila specialisti in più rispetto al numero di

pensionati e comunque in numero superiore anche tenendo in considerazione i dati delle dimissioni. Mentre per quanto riguarda gli infermieri, considerando inoltre un tasso di successo di completamento del corso di studi in Infermieristica pari al 75%, Agenas stima che il numero di infermieri formati nel 2026 e disponibili dal 2027 sarà pari a circa 61.760.

Le specializzazioni più gettonate secondo il rapporto che riporta alcune stime della Fiaso indicano anestesia e rianimazione con quasi 5mila nuovi specialisti nel 2026, seguiti dagli specialisti in pediatria con oltre 3.200 specialisti, chirurghi generali con oltre 2.500 specialisti, internisti con oltre 2.400 specialisti e cardiologi con oltre 2.200 specialisti.

Tabella n.5. Numero borse di specializzazione in medicina

Anno	Borse di specializzazione	Variazione rispetto l'anno precedente (valore assoluto)
2014/2015	5.000	-
2015/2016	6.000	+1.000
2016/2017	6.105	+105
2017/2018	6.200	+95
2018/2019	8.920	+2.720
2019/2020	14.455	+5.535
2020/2021	18.397	+3.942
2021/2022	14.378	-4.019

Medicina generale e i Pediatri di libera scelta.

In Italia dal 2019 al 2021 il numero dei MMG si è ridotto di 2.178 unità e quello dei PLS di 386 unità.

Per quanto riguarda il rapporto tra cittadini assistibili e numero di medici di medicina generale per regione, il rapporto Agenas rileva che il numero di medici tende a diminuire negli anni mentre è presente un aumento del rapporto tra cittadini assistibili e medici di famiglia.

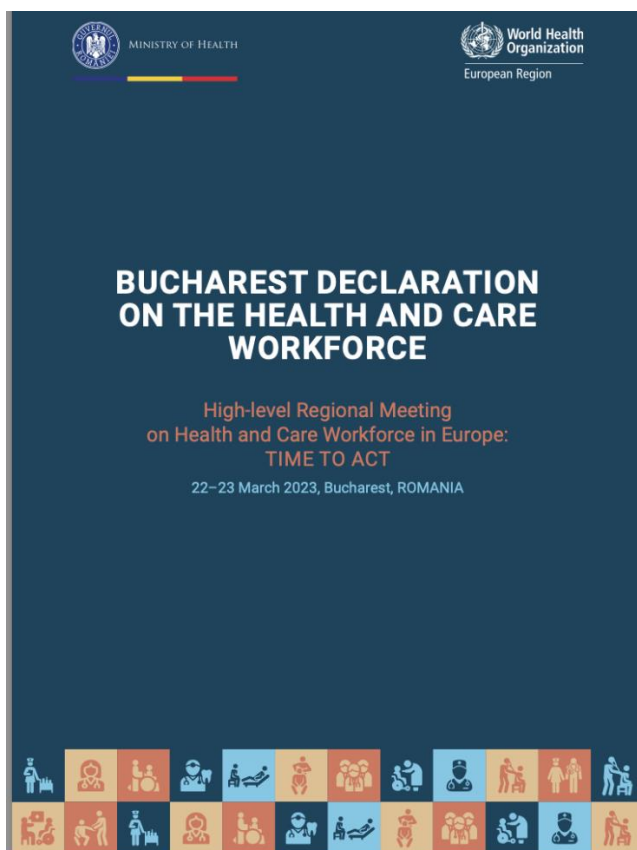
I dati indicano infatti una diminuzione dei MMG dai 42.428 del 2019 con una media di 1.224 assistiti per MMG ai 40.250 MMG del 2021 con un rapporto medio di 1.237 assistiti per medico.

Tabella n.5. Numero borse di specializzazione in medicina

Anno	Borse di specializzazione	Variazione rispetto l'anno precedente (valore assoluto)
2014/2015	5.000	-
2015/2016	6.000	+1.000
2016/2017	6.105	+105
2017/2018	6.200	+95
2018/2019	8.920	+2.720
2019/2020	14.455	+5.535
2020/2021	18.397	+3.942
2021/2022	14.378	-4.019

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112616

BUCHAREST DECLARATION ON THE HEALTH AND CARE WORKFORCE (WHO)



World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark

Tel: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

Email: eurocontact@who.int Website: www.who.int/europe

© World Health Organization 2023. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO license.

quotidianosanita.it

In tutta Europa operatori sanitari in crisi: poco pagati, stressati e sempre più vecchi.

(Quotidiano Sanità)

Oms: "Intervenire subito o sanità andrà in tilt". Approvata la "Carta di Bucarest"

Cesare Fassari

"Gli operatori sanitari sono la spina dorsale dei sistemi sanitari e la loro dedizione e il loro duro lavoro devono essere riconosciuti e sostenuti ora. Ciò porterà a sostanziosi benefici in termini di salute e benessere individuali e collettivi, sia per gli operatori sanitari che per coloro che servono, e preparerà meglio i paesi e la nostra Regione nel suo insieme a gestire le prossime emergenze sanitarie che ci attendono". Queste le parole di Natasha Azzopardi-Muscat, direttore dei sistemi e delle politiche sanitarie nazionali dell'Oms/Europa.

24 MAR - Undici punti, condivisi da 50 dei 53 paesi membri della Regione Europea dell'Oms, per riconoscere che "gli operatori sanitari e assistenziali sono la spina dorsale del sistema sanitario" e che è il momento di agire subito per affrontare una crisi senza precedenti del comparto che lamenta carenza di organici, stipendi

troppo bassi e condizioni di lavoro insostenibili in moltissime realtà. Stiamo parlando della [“Carta di Bucarest”](#) adottata in occasione del [summit co-organizzato da OMS/Europa e Ministero della Salute rumeno](#) svoltasi nella capitale rumena gli scorsi 22 e 23 marzo.

“La crisi del personale sanitario in Europa non è più una minaccia imminente, è qui e ora. Gli operatori sanitari e i lavoratori di tutta la nostra regione chiedono a gran voce aiuto e sostegno”, ha affermato il dott. **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'OMS per l'Europa. “La pandemia di COVID-19 – ha aggiunto – ha rivelato la fragilità dei sistemi sanitari e l'importanza di una forza lavoro sanitaria solida e resiliente. Non possiamo più aspettare per affrontare le pressanti sfide che il nostro personale sanitario deve affrontare. Sono in gioco la salute e il benessere delle nostre società: semplicemente non c'è tempo da perdere”.

Durante lo scorso anno, l'Europa ha assistito a un numero crescente di scioperi tra gli operatori sanitari, indetti per protestare contro condizioni di lavoro difficili e risorse insufficienti.

In Francia medici e infermieri hanno indetto uno sciopero nazionale nel novembre 2022, con la partecipazione di oltre 100.000 operatori sanitari. Nel settembre 2022, più di 6000 infermieri in Irlanda hanno scioperato per preoccupazioni sulla bassa retribuzione e sulle cattive condizioni di lavoro. In Germania, migliaia di operatori sanitari hanno partecipato a uno sciopero nazionale nell'agosto 2022, per ragioni simili. E nel Regno Unito, scioperi di medici, infermieri e personale delle ambulanze hanno avuto un grave impatto sul sistema sanitario per mesi. “Queste azioni sindacali riflettono chiaramente la crescente frustrazione e preoccupazione tra gli operatori sanitari in tutta la nostra regione, evidenziando ulteriormente l'urgente necessità di un'azione su più fronti per sostenere e investire nella forza lavoro sanitaria e assistenziale”, ha spiegato il dott. Kluge.

Un [rapporto regionale pubblicato dall'OMS/Europa nel settembre dello scorso anno](#) ha parlato di una “bomba a orologeria” che minaccia i sistemi sanitari in Europa e in Asia centrale.

Con il rapido invecchiamento della popolazione e una forza lavoro sanitaria anch'essa in gran parte verso la vecchiaia, la crescita delle malattie croniche e gli effetti della pandemia di COVID-19, l'OMS avverte che “siamo vicini a un imminente collasso in aree chiave dei sistemi sanitari a meno che non vengano affrontate subito azioni politiche rapide e concrete questi problemi, a partire dal personale sanitario”. Il rapporto ha evidenziato che in 13 dei 44 paesi che forniscono dati, il 40% dei medici ha già 55 anni o più, il che rappresenta una sfida significativa per la sostenibilità della forza lavoro. Allo stesso tempo, i mercati del lavoro stanno cambiando con una mobilità e una migrazione dei lavoratori sempre più complesse. Di conseguenza, alcuni paesi trovano sempre più difficile attrarre e trattenere i giovani nelle professioni sanitarie e assistenziali.

Nonostante il numero storicamente elevato di operatori sanitari e assistenziali in tutta la regione europea, i sistemi sanitari nazionali stanno lottando da tempo per tenere il passo con la crescente domanda di assistenza sanitaria, esacerbata dagli arretrati dei servizi causati dalla pandemia di COVID-19, dalle crescenti aspettative dei pazienti e dai rischi per la salute poste dai cambiamenti climatici e dalle emergenze.

La pandemia di COVID-19, sottolinea l'OMS, ha solo aumentato le tensioni sull'assistenza sanitaria, portando a stress, esaurimento e violenza nei confronti dei lavoratori, molti dei quali hanno lasciato il lavoro.

Durante la prima ondata della pandemia nella primavera del 2020, la Regione ha registrato un incredibile aumento del 62% delle assenze degli operatori sanitari. Un aumento dei problemi di salute mentale tra gli operatori è stato inoltre segnalato in quasi tutti i paesi della Regione e, in alcuni paesi, oltre l'80% degli infermieri ha riportato una qualche forma di disagio psicologico correlato alla pandemia. Inoltre, l'OMS/Europa ha ricevuto segnalazioni secondo cui 9 infermieri su 10 avevano dichiarato la loro intenzione di lasciare il lavoro.

In risposta a queste sfide, la Dichiarazione di Bucarest chiede un'azione politica per:

- Migliorare il reclutamento e creare le condizioni per il mantenimento in servizio degli operatori sanitari e assistenziali
- Migliorare i meccanismi di offerta di personale sanitario
- Ottimizzare le prestazioni del personale sanitario e assistenziale
- Pianificare meglio il personale sanitario e assistenziale

- Aumentare gli investimenti pubblici nell'istruzione, nello sviluppo e nella protezione della forza lavoro.

La Dichiarazione riconosce i legami tra queste priorità e la necessità di collaborazione con tutte le parti interessate, compresi i rappresentanti del personale sanitario e assistenziale, i loro datori di lavoro, i ministeri nazionali delle finanze e dell'istruzione e le organizzazioni internazionali senza scopo di lucro, i trust e le fondazioni. Non è più possibile ignorare le sfide che il personale sanitario e di assistenza deve affrontare", ha affermato la dott.ssa **Natasha Azzopardi-Muscat**, direttore dei sistemi e delle politiche sanitarie nazionali dell'OMS/Europa.

"Gli operatori sanitari – ha detto ancora - sono la spina dorsale dei sistemi sanitari e la loro dedizione e il loro duro lavoro devono essere riconosciuti e sostenuti ora. Ciò porterà a sostanziosi benefici in termini di salute e benessere individuali e collettivi, sia per gli operatori sanitari che per coloro che servono, e preparerà meglio i paesi e la nostra Regione nel suo insieme a gestire le prossime emergenze sanitarie che ci attendono, oltre che a rafforzare i sistemi sanitari per fornire servizi essenziali e quotidiani".

Ecco gli undici punti della Carta di Bucarest:

1. Noi, partecipanti all'incontro regionale sulla salute e l'assistenza dell'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa riconosciamo che gli operatori sanitari e assistenziali sono la spina dorsale del sistema sanitario.

2. Notiamo che, nonostante il numero storicamente elevato di operatori sanitari e assistenziali in tutta la Regione Europea dell'OMS, i sistemi sanitari nazionali stanno incontrando difficoltà nel far fronte all'aumento della domanda di servizi sanitari a seguito dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle malattie croniche, degli arretrati dovuti alla pandemia di COVID-19, alle crescenti aspettative degli utenti dei servizi e alle minacce alla salute legate ai cambiamenti climatici e alle emergenze sanitarie.

3. Teniamo conto del rapporto dell'Ufficio regionale dell'OMS [Health and care workforce in Europe: time to act](#) che identifica le principali sfide della forza lavoro che devono affrontare i sistemi sanitari nazionali, comprese le carenze, la distribuzione non uniforme, le discrepanze nel mix di competenze, le insufficienze nello sviluppo di competenze per soddisfare l'evoluzione dei bisogni sanitari e assistenziali e delle nuove tecnologie digitali e di altro tipo. Anche la forza lavoro invecchia e lavora in mercati del lavoro che stanno cambiando, con mobilità e migrazione dei lavoratori sempre più complesse. Alcuni paesi stanno trovando sempre più difficile attrarre e trattenere i giovani nel mondo del lavoro sanitario e assistenziale.

4. Notiamo che queste sfide di lunga data sono state esacerbate dalla pandemia di COVID-19, che ha inoltre evidenziato la necessità di tutelare la salute e il benessere psico-fisico dei lavoratori, molti dei quali continuano a sperimentare stress, esaurimento e violenza, con alcuni che lasciano il lavoro.

5. Riconosciamo che i governi sono consapevoli di queste sfide e molte le stanno già affrontando con misure importanti.

Riconosciamo che è necessaria un'attenzione continua e chiediamo che le misure siano ulteriormente amplificate e rafforzate in collaborazione con tutte le parti interessate. Chiediamo di condividere le esperienze tra i paesi nel campo della progettazione e dell'attuazione delle soluzioni.

6. In linea con il rapporto regionale, chiediamo di migliorare l'offerta di operatori sanitari e assistenziali, attraverso:

- generazione di dati sui fabbisogni di forza lavoro attuali e futuri;
- sostegno alle istituzioni sanitarie ed educative per adattare i programmi di studio, la selezione degli studenti e l'apprendimento e rafforzare la loro capacità di insegnamento, per includere l'insegnamento di pratiche sanitarie e assistenziali innovative rispettose dell'ambiente;

- costruzione delle competenze per una regolamentazione efficace e l'accreditamento del personale sanitario e assistenziale;
- rafforzamento dello sviluppo professionale continuo e incoraggiando lo sviluppo della leadership e garantendo opportunità di apprendimento permanente disponibili per tutto il personale sanitario e assistenziale;
- ampliamento dell'uso appropriato degli strumenti digitali per fornire servizi più efficaci, efficienti e accessibili.

7. Chiediamo di migliorare il mantenimento e il reclutamento di operatori sanitari e assistenziali:

- incoraggiando misure idonee a mantenere in servizio i propri operatori incidendo sulle condizioni di lavoro e lo sviluppo di carriera e con misure di supporto adeguate;
- gestendo in modo etico ed efficace le politiche di reclutamento internazionale in linea con il [Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel](#) dell'OMS, monitorando le migrazioni di personale;
- prestando particolare attenzione al mantenimento e all'attrazione di operatori sanitari e assistenziali nelle zone rurali, remote e altre aree scarsamente servite;
- adottando la tolleranza zero nei confronti della violenza contro gli operatori sanitari e assistenziali.

8. Ci impegniamo a ottimizzare le prestazioni del personale sanitario e assistenziale:

- creando ambienti di lavoro e condizioni di lavoro dignitosi, sicuri e dotati di personale adeguato, motivando e sostenendo gli operatori sanitari e assistenziali, garantendo la loro salute e sicurezza sul lavoro e proteggendo la loro salute e il loro benessere mentale: utenti e servizi ne beneficeranno quando i lavoratori saranno meglio supportati;
- tenendo conto delle differenze di genere e di età nei rischi e nelle esigenze dei lavoratori: burnout, violenza, sicurezza sul posto di lavoro e sostegno all'infanzia e alla famiglia;
- garantendo che le capacità degli operatori sanitari e assistenziali siano utilizzate al massimo per fornire assistenza sanitaria e servizi di cura.

9. Chiediamo una migliore pianificazione strategica della forza lavoro sanitaria e assistenziale mediante:

- una adeguata gestione delle dinamiche del mercato del lavoro sanitario, promuovendo una maggiore intergovernabilità e un'azione intersettoriale, compresa la collaborazione con i ministeri delle finanze e dell'istruzione per sostenere la fornitura futura di operatori sanitari e assistenziali e garantire il coinvolgimento delle parti interessate in tutte le politiche;
- rafforzare i sistemi informativi del personale sanitario e di assistenza e garantire che la ricerca e i dati siano disponibili e utilizzati per informare il processo decisionale;
- riconoscere che le donne svolgono la maggior parte del lavoro sanitario e assistenziale retribuito e non retribuito nella maggior parte dei paesi e che occorre intraprendere un'azione specifica per eliminare le disuguaglianze di genere come i divari retributivi di genere, valorizzando il lavoro di cura non retribuito e promuovendo l'equilibrio di genere in tutti i processi decisionali e nell'erogazione del servizio.

10. Chiediamo maggiori e più intelligenti investimenti pubblici nell'istruzione e nello sviluppo della forza lavoro, attraverso:

- stanziamento di risorse sufficienti per l'istruzione e l'occupazione di un numero adeguato di operatori sanitari;
- ottimizzando l'utilizzo degli investimenti pubblici attraverso politiche che promuovano performance e qualità delle cure, compreso l'uso di soluzioni rispettose dell'ambiente;
- delineando un'efficiente ripartizione dei ruoli e supportare la sanità e l'assistenza di team multiprofessionali integrati;
- miglioramento delle competenze digitali del personale sanitario e assistenziale;
- elaborazione di modalità di lavoro più flessibili;

- miglioramento delle condizioni di lavoro e sviluppo di politiche specifiche per attrarre e mantenere in salute gli operatori sanitari.

11. Riconosciamo che ci sono collegamenti tra queste priorità e che per fare progressi significativi è importante coinvolgere tutte le principali parti interessate, compresi i rappresentanti del personale sanitario e assistenziale, i loro datori di lavoro, i ministeri nazionali delle finanze e dell'istruzione e le organizzazioni internazionali senza scopo di lucro, trust e fondazioni. È in questo spirito di cooperazione che abbiamo presentato questa dichiarazione.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=112284

quotidianosanita.it

Medici di famiglia, pediatri e guardie mediche in via d'estinzione? (Quotidiano Sanità)

Rispetto a 15 anni fa ce ne sono quasi 14 mila in meno e per i cittadini è più difficile curarsi sul territorio di L.F.

Persi circa il 20% dei professionisti tra il 2006 e il 2021. Una fotografia che rimarca come senza il personale sul territorio il nostro Ssn faticherà a garantire quella capillarità delle cure che per anni è stata un nostro vanto e che oggi nonostante gli investimenti del PNRR rischia seriamente il tasto dolente della sanità italiana.

26 APR - In 15 anni il Ssn ha perso quasi un quinto dei medici del territorio. Tra medici di famiglia, pediatri e guardie mediche nel 2006 il Ssn annoverava 71.354 professionisti contro i 57.566 del 2021. Un calo di 13.788 unità pari a circa il 20%.

Una fotografia, quella scattata comparando gli annuari del Ssn del [2021](#) e quello del [2006](#) che racconta e spiega in parte come l'assistenza territoriale (come il Covid ha dimostrato) sia in grave sofferenza con sempre meno professionisti che devono occuparsi di un maggior numero di pazienti.

Le ragioni di questa crisi sono plurime: poche risorse investite, riforme al palo, scarsa evoluzione della categoria, pochi contratti di formazione e scarso appeal per la professione, limitato ricambio generazionale e l'elenco potrebbe seguire indefinitamente.

Resta il fatto che senza il personale sul territorio il nostro Ssn faticherà a garantire quella capillarità delle cure che per anni è stata un nostro vanto e che oggi nonostante gli investimenti del PNRR sembra essere diventato purtroppo il tasto dolente della sanità italiana. Vediamo in breve i numeri.

Medici di famiglia. Nel 2006 erano 46.478 con una media di un medico ogni 1.098 abitanti. Nel 2021 si è arrivati a quota 40.250 (-6.228 pari a -13%) con una media di un medico ogni 1.295 abitanti.

Pediatri di libera scelta. Nel 2006 ce n'erano 7.526 con una media di un medico ogni 1.023 bambini. Nel 2021 il numero dei pediatri è sceso a 7.022 anche se complice il calo delle nascite i bimbi da seguire per ogni professionista è sceso a 985.

Guardie mediche. Nel 2006 il Ssn ne annoverava 17.350 sparsi su 3.019 presidi. In media 23 medico ogni 100mila abitanti. Nel 2021 invece i medici sono scesi 10.344 e i presidi a 2.958 con il risultato che ci sono 18 medici ogni 100mila abitanti.

Numeri eloquenti su cui occorre un'immediata inversione di rotta.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=113037

Come ridisegnare l'esclusività di rapporto e la libera professione... per tutte le professioni sanitarie (Quotidiano Sanità)

Saverio Proia

Una via è quella indicata da alcuni emendamenti presentati al cosiddetto "decreto bollette" che prevedono di omogeneizzare la normativa in materia tra i dipendenti del SSN appartenenti alle otto professioni sanitarie della dirigenza (medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi) e i dipendenti del SSN appartenenti alle ventidue professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

24 APR - Alcuni emendamenti presentati al c.d. decreto bollette ridisegnano completamente l'attuale quadro normativo dell'esclusività di rapporto di cui tratta anche l'articolo 13 del decreto e di cui, con questi emendamenti, si propone una sostanziale riscrittura ([emendamenti](#) ***13.2.** Furfaro, Malavasi, Ciani, Stumpo, Girelli; ***13.3.** Zanella, Borrelli, Bonelli, Dori, Evi, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zaratti; **13.4.** Girelli, Malavasi, Furfaro, Stumpo, Ciani).

Queste proposte di modifica riformulano, a mio avviso opportunamente, la norma prevedendo non solo la sua immediata fruibilità del diritto ad esercitare la libera professione ma anche ad omogeneizzare la normativa in materia tra i dipendenti del SSN appartenenti alle otto professioni sanitarie della dirigenza (medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi) e i dipendenti del SSN appartenenti alle ventidue professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

Constato, inoltre, che in questi emendamenti vi è molta analogia nei contenuti riformatori con [quanto scrissi](#) nel commentare l'entusiasmo nei confronti della presunta caduta dell'esclusività del rapporto di lavoro per le professioni sanitarie di cui alla legge 43/06.

Vorrei ricordare, in particolare per chi crede ancora negli inodissabili e costituzionali principi fondanti della legge 833/78, che il valore aggiunto dato all'esclusività del rapporto di lavoro con il SSN della dirigenza medica e sanitaria non è stato il diritto ad esercitare la libera professione fuori dalle mura dell'azienda sanitaria, considerato, invece, un non valore, bensì il fatto che lo si potesse esercitare all'interno delle mura della azienda sanitaria o in forma allargata in presidi accreditati o nei propri studi o a domicilio dell'utente sulla base di regole concordate e contrattate, per questo ricompensati con una specifica indennità economica di esclusività, tra l'altro pure recentemente adeguata economicamente nonché per un introito riconosciuto alle aziende sanitarie per l'attività svolta da questi professionisti.

Quindi già siamo in presenza di una profonda differenza tra il valore che si dà all'esclusività del rapporto di lavoro tra le professioni sanitarie della dirigenza e di quelle del comparto: per le prime il mantenimento dell'esclusività, ampiamente ricompensato, costituisce il livello più elevato e aulico del rapporto di lavoro con il SSN mentre per le seconde è la perdita dell'esclusività il presunto momento più alto del rapporto di lavoro con il SSN non ricompensato da nulla essendo vincolato da precisi paletti e concesso e autorizzato sulla base da vincoli aziendali abbastanza precisi se non difficili da superare nonché nessun vantaggio economico per le stesse aziende sanitarie, tutt'altro anzi.

Il primo vincolo è che, confermato dallo stesso Ministro, è che siamo in presenza di una sperimentazione con vincoli temporalmente stretti poco più di trenta mesi che nella pubblica amministrazione tra programmazione ed attuazione si traducono in poche settimane reali di spendibilità della norma.

Il secondo vincolo, tuttavia, è dato dal fatto che non si modifica il comma 2 della legge 165/21 che disciplina le modalità con le quali il professionista debba dar corso all'attività che definirei extra moenia o meglio incarico esterno in quanto la norma esclude tassativamente l'applicabilità in questa fattispecie della disciplina dell'esclusività del lavoro della dirigenza medica e sanitaria degli articoli 15-quater e 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, negando di conseguenza l'applicabilità dell'indennità economica di esclusività della dirigenza medica e sanitaria, come scrissi non professionisti liberi ma liberi si sarebbe detto nell'antica Roma.

Sono attività o incarichi, inoltre, che sono soggetti all'autorizzazione preventiva e vincolante della Azienda di appartenenza subordinata all'obbligo di garantire prioritariamente le esigenze organizzative del SSN nonché di verificare il rispetto della normativa sull'orario di lavoro, che, come è noto, la direttiva Ue limitano in 48 ore (straordinario compreso) l'orario massimo settimanale di lavoro e fissano il riposo giornaliero in almeno 11 ore.

L'Azienda dovrà, altresì, attestare che l'autorizzazione concessa non pregiudichi l'obiettivo postole dalla Regione relativo allo smaltimento delle liste di attesa, nel rispetto della disciplina nazionale di recupero delle predette liste di attesa anche conseguenti all'emergenza pandemica, obiettivo quanto mai arduo e difficile da conseguire già ora.

Non nego che la norma dell'articolo 14 possa essere vissuta dagli interessati come un progresso rispetto alla situazione precedente ritenendo in completa buona fede che potrebbe avvicinare verso una maggiore omogeneizzazione normativa in materia di esercizio della libera professione tra professioni sanitarie della dirigenza sanitaria con le professioni sanitarie di cui alla legge 43/06.

Però a lettura comparata della normativa non siamo in presenza di un integrale superamento dell'esclusività del rapporto di lavoro, invece si dispone che a questi professionisti dipendenti del comparto sanità non si applica il divieto ad esercitare altra attività esterna per poco meno di trenta mesi, qualora il datore di lavoro autorizzasse e concedesse l'esercizio di tale diritto, verificando il rispetto della normativa europea sul tetto massimo di orario di lavoro da svolgere e che l'usufrutto di tale diritto non compromettesse la ordinario funzionamento dell'attività aziendale e quello straordinario per garantire il recupero e lo smaltimento delle liste di attesa.

La norma non mi sembra che specifichi quali incarichi o attività esterni possano essere autorizzati né a quale regime fiscale debbano essere soggetti (partita iva o lavoro dipendente) né a quale contributo previdenziale bisognerà fare riferimento (gestione separata dell'INPS, ENPAPI, o gestione ordinaria INPS), quindi tutto da precisare con quesiti, circolari interpretative, probabili successivi emendamenti alla norma...tutto nei trenta mesi o poco meno di vigenza della sperimentazione...certamente è quanto mai allora migliore il sistema fiscale e previdenziale delle c.d. prestazioni aggiuntive che non prevede alcuna modifica per il professionista rispetto ai regimi in godimento.

Gli emendamenti proposti, invece omogeneizzano la normativa per le professioni sanitarie, estendendola anche alla professione sociosanitaria di assistente sociale, a quella vigore per la dirigenza medica e sanitaria per l'esercizio del diritto all'esclusività derivante dagli articoli 15 quater, quinquies e septies del dlgs 502/92 per i quali è previsto che possano annualmente optare o per l'esercizio dell'attività libero professionale extra moenia o intra moenia e quest'ultimo si configura quale rapporto di lavoro esclusivo apprezzato economicamente e normativamente dalla contrattazione e dall'indennità economica di esclusività, recentemente aumentato ope legis.

Ricordo che tale rapporto di lavoro esclusivo comporta l'esercizio dell'attività professionale nelle seguenti tipologie:

il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali o in altre non accreditate allo scopo convenzionate con l'azienda individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione;

la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolta in equipe, al di fuori dell'impegno di servizio, all'interno delle strutture aziendali;

la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in equipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura allo scopo sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture;

la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipes dei servizi interessati.

Sono tutte fattispecie che ben si possono riferire alle attività professionali delle professioni di cui alla legge 251/00 e in tal caso, se passasse questo emendamento, le modalità di svolgimento delle attività di cui sopra e i criteri per l'attribuzione dei relativi proventi ai professionisti interessati nonché all'eventuale personale

che presti la propria collaborazione sono stabiliti dal direttore generale in conformità alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

Così come l'azienda disciplinerebbe i casi in cui il cittadino possa chiedere all'azienda medesima che la prestazione sanitaria sia resa direttamente dal dirigente scelto dall'assistito ed erogata al domicilio dell'assistito medesimo, in relazione alle particolari prestazioni sanitarie richieste o al carattere occasionale o straordinario delle prestazioni stesse o al rapporto fiduciario già esistente fra il professionista e l'assistito con riferimento all'attività libero professionale intramuraria già svolta individualmente o in equipe nell'ambito dell'azienda, fuori dell'orario di lavoro.

Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non potrebbe comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali.

Sarebbe affidata alla disciplina contrattuale nazionale la definizione del corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che verrebbe esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; dovrebbero essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali ed i tempi di attesa concordati con le equipe; l'attività libero professionale sarebbe soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sarebbero individuate penalizzazioni consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione di tali disposizioni o di quelle contrattuali.

Questo sarebbe il quadro di riferimento per le professioni di cui alla legge 251/00 (cito questa legge perché comprende anche la professione di assistente sociale) se passassero questi emendamenti in una forma omogenea a quanto previsto per le professioni della dirigenza medica e sanitaria.

La suddetta omogeneizzazione continuerebbe il percorso già intrapreso e realizzato nella recente stipula del CCNL del comparto sanità con il quale si è dato corso ad un sistema degli incarichi professionali e gestionali erga omnes i professionisti della salute in maniera analoga e corrispondente al CCCNL della dirigenza medica e sanitaria e cioè per ogni professionista del comparto, come della dirigenza, è previsto, dopo il periodo di prova, un incarico professionale di base e successivamente un incarico professionale di alta specialità o di professionista esperto o specialista o un incarico organizzativo o gestionale.

Sarebbe quanto saggio e lungimirante se Governo e Parlamento accogliessero questi emendamenti considerata visto l'enorme valenza riformatrice e strategica; se ciò non fosse, l'importante è perseverare nell'obiettivo, considerato giusto e alla lunga vincente e tutt'altro un obiettivo irrealizzabile.

Ricordo, come ho già scritto, che in questi decenni ci siamo posti per tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie obiettivi che sembravano irrealizzabili se non lucide follie oppure fantasia al potere e sogni ad occhi aperti...oggi, invece, sono parte centrale e strategica della legislazione nazionale e regionale e perché questo non dovrebbe realizzarsi nei tempi che saranno possibili politicamente ma senza disperare sapendo che anche quanto è stato scritto nell'articolo 13 del DL 76/23 è un progressivo e importante passo in avanti verso l'obiettivo principale e realmente discontinuo e innovativo della parità normativa dell'esercizio della libera professione e del rapporto esclusivo tra tutti i dipendenti professionisti della salute del SSN, per il raggiungimento di tale obiettivo, perché questa parità ha anche un enorme valenza costituzionale di medesimi diritti e doveri.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113184

di Valeria Pini

Tra il 2012 e il 2018 sono andati via 40 mila professionisti dal Servizio sanitario. I sindacati: "Investire al più presto"

La fuga dei medici dagli ospedali italiani va fermata. Un problema che riguarda soprattutto i giovani che preferiscono il privato o l'estero, visto che il Sistema sanitario nazionale rende il loro lavoro spesso precario e sempre più complicato. È questo l'appello del sindacato dei medici e dirigenti sanitari italiani.

"Non possiamo che condividere e apprezzare l'impegno alla messa in campo di tempestive e rilevanti misure, anche di natura finanziaria, per rinnovare e incentivare l'interesse verso il Ssn, da parte di tutti i professionisti sanitari assunto in Parlamento dal Ministro della Salute, Orazio Schillaci. L'unico modo per arrestare l'emorragia di medici e dirigenti sanitari dal Ssn è investire sui professionisti e sul sistema di cure", spiega il segretario nazionale Anao Assomed, il sindacato dei medici e dirigenti sanitari italiani, Pierino Di Silverio.

Pochi e stanchi

L'attuale carenza di medici è dovuta al blocco del turn over dal 2005 e al mancato finanziamento per anni delle scuole di specializzazione. Oggi infatti molti laureati non hanno la preparazione adeguata per lavorare dove serve.

Secondo i dati Ocse 2020 (Health at a Glance: Europe 2022), in Italia il tasso di medici in servizio (4% abitanti) è sovrapponibile alla media europea. Ma il nodo non è quello del numero di camici bianchi in assoluto, ma piuttosto della carenza di specialisti.

Il risultato di questa situazione e del mancato turn over è che i dottori nelle corsie degli ospedali sono sempre di meno e affrontano turni pesanti. Una situazione ancora più complicata nei reparti d'emergenza.

"Non solo gli operatori sanitari, ma anche i cittadini e i pazienti hanno bisogno di una certezza, che il nostro Servizio sanitario nazionale possa continuare a vivere - aggiunge Di Silverio - e che l'articolo 32 della Costituzione non continui ad essere calpestato da definanziamenti e lassismo legislativo".

[[ge:rep-locali:content-hub:266625999]]

Più pagati all'estero

In paesi come Francia, Germania, Olanda un medico ad inizio carriera guadagna circa il doppio di un collega italiano. Nel nostro paese gli stipendi sono fermi e si fa fatica ad assumere. Il problema, anche per chi vorrebbe rimanere in Italia e nel pubblico, è spesso il precariato. Molti camici bianchi lavorano "a gettone", ricevono un compenso "a giornata lavorativa", senza garanzie di continuità.

Secondo la Ragioneria dello Stato, tra il 2012 e il 2018 sono andati via 40 mila professionisti dal Servizio sanitario: in gran parte infermieri e medici. Per questo negli ospedali italiani, i reparti sono sempre più affollati e la quotidianità è faticosa per il personale e i pazienti.

Secondo un'indagine Assomed, lasciare il posto in ospedale è il desiderio di un medico su tre. I camici bianchi sognano più tempo libero e uno stipendio più alto. Chi è più avanti con l'età vorrebbe anche più sicurezza sul lavoro. La fascia dei camici bianca più in crisi è infatti quella che va dai 45 ai 55 anni.

Più insoddisfatti fra 45 e 55 anni

Secondo l'indagine, alla quale hanno partecipato 2.130 professionisti, il 56,1% tra medici e dirigenti sanitari è insoddisfatto delle condizioni del proprio lavoro e 1 su 4 (26,1%) anche della qualità della propria vita di relazione o familiare.

L'insoddisfazione cresce con l'aumentare della anzianità di servizio e delle responsabilità, tanto che i giovani medici in formazione (24,6%) si dichiarano meno scontenti dei colleghi di età più avanzata (36,5%). Più delusi coloro che fanno parte della fascia di età tra i 45 e i 55 anni, un periodo in cui si aspetta quel riconoscimento professionale che il nostro sistema, però, non riesce a garantire.

La situazione tenderà a peggiorare

Una recente pubblicazione del Ministero della Salute segnala che il numero dei medici in servizio in Italia a fine dicembre 2020 era di circa 241mila professionisti con l'età media, però, più alta tra tutti i Paesi Ocse. Il 56% ha più di 55 anni. Secondo le stime, dal 2021 al 2030, circa 113 mila medici andranno in pensione, con un picco di pensionamenti al 2026/2027 e un successivo calo progressivo di camici bianchi.

Le richieste dei medici

Che fare quindi per fermare la fuga, soprattutto dei medici più giovani? Nove i punti che, secondo il segretario di Anaa-Assomed, il ministro della Salute dovrebbe inserire nel pacchetto di misure annunciato entro l'estate. Tra questi, l'immediata "defiscalizzazione di parte della retribuzione variabile; la depenalizzazione dell'atto medico, per ridurre la medicina difensiva e restituire ruolo sociale e professionale a medici e dirigenti sanitari". Servirebbero inoltre "investimenti economici extracontrattuali per una nuova collocazione retributiva della dirigenza sanitaria".

E ancora: "l'abolizione dell'anacronistico tetto di spesa al personale; incentivi economici e normativi per il personale che opera nei Pronto Soccorso; riforma del sistema dell'emergenza-urgenza; sicurezza dei luoghi di cura, fermando l'escalation di aggressioni anche attraverso la procedibilità di ufficio per tutti i casi e pene severe per l'interruzione di pubblico servizio e l'aggressione a personale sanitario nell'esercizio o a causa delle sue funzioni". "Questa è la strada maestra per raggiungere l'obiettivo per il quale - conclude Di Silverio - noi continueremo a collaborare".

https://www.repubblica.it/salute/2023/03/30/news/giovani_medici_ospedali-394223626/?ref=RHVB-BG-I270679801-P4-S8-T1

quotidianosanita.it

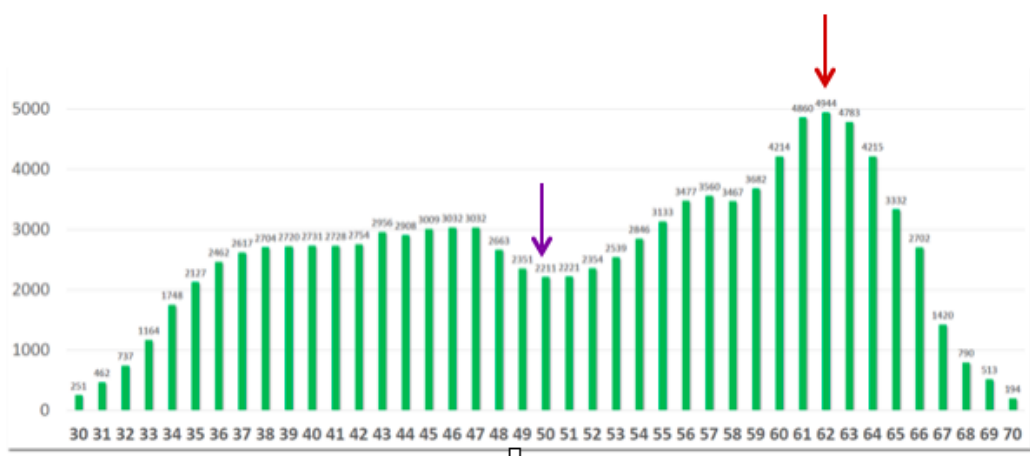
Sono 32 mila i medici laureati in più rispetto ai pensionamenti. "Ecco perché il numero chiuso è un falso problema". Lo studio Anaa (Quotidiano Sanità, Carlo Palermo et al.)

Carlo Palermo, Matteo D'Arienzo, Giammaria Liuzzi, Costantino Troise, Pierino Di Silverio

Aumentare i posti a Medicina, in un tale contesto, rischia di tradursi in uno sperpero di risorse, soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia. Solo una nuova stagione di concorsi può rimediare al depauperamento del personale medico e infermieristico nelle strutture pubbliche, una vera e propria desertificazione degli Ospedali, che costringe il personale rimasto in servizio a lavorare anche per coloro che se ne vanno, sopportando turni massacranti

30 MAR - Emergono periodicamente all'interno dei partiti politici, senza distinzione di fede, idee stravaganti relative alla questione del numero chiuso a Medicina, come se i grossolani errori di programmazione nel settore della formazione post-lauream in epoca spending review e le limitazioni all'assunzione del personale sanitario decise prima dal 2004 in poi fossero superabili allargando a dismisura le maglie del numero programmato per l'accesso al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, giunto nel 2022 a 14.740 accessi. Senza contare la porta di servizio costituita dalle iscrizioni all'estero. Peccato che ogni modifica al tempo zero in merito alla formazione medica, avrà le sue ricadute solo dopo i sei anni del corso di laurea e i 3/5 anni di formazione post-lauream. In pratica, i primi effetti di una modifica effettuata nel 2024 si vedrebbero solo tra il 2033 e il 2035, peraltro in un contesto del mercato del lavoro in sanità totalmente modificato (vedi Figura 1).

Figura 1. *Suddivisione per età dei medici dipendenti ASL, Aziende Ospedaliere e IRCCS, contribuenti Onaosi per 12 mesi continuativi al 31 dicembre 2020. Le frecce indicano le età con pensionamenti più numerosi, zenit previsto intorno al 2026/2027 (in rosso) e il calo progressivo che si osserverà successivamente, con un nadir intorno al 2037/2038 (in viola)*



La Ministra dell'Università e Ricerca ha dichiarato che per far fronte alla strutturale carenza di medici nel SSN sarà previsto un ampliamento dei posti disponibili per la laurea in Medicina tra il 20% e il 30% rispetto allo scorso anno. A nostro parere non si risolve la carenza attuale di personale medico specialistico negli Ospedali né si rallenta la fuga dei neolaureati verso l'estero e degli specialisti verso il settore privato mediante l'incremento delle iscrizioni al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Cosa rivelano i dati a disposizione?

Se valutiamo i dati OCSE, riferiti al 2020 (Health at a Glance: Europe 2022), in Italia abbiamo un tasso di medici attivi del 4‰ abitanti, perfettamente sovrapponibile alla media EU27, a dimostrazione del fatto che in Italia non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia, ma piuttosto di medici specialisti.

In linea con questi dati, una recente pubblicazione del Ministero della Salute indica il numero dei medici attivi in Italia al 31/12/2020 intorno a 241mila con l'età media, però, più alta tra tutti i Paesi OCSE: ben il 56% ha più di 55 anni. Pertanto, si può stimare che dal 2021 al 2030, secondo Conto Annuale dello Stato, Onaosi, Enpam, circa 113 mila medici saranno collocati in pensione (vedi Tabella 3 per la metodologia adottata nella stima) con un picco di pensionamenti al 2026/2027 e un successivo calo progressivo (Figura 1).

Se consideriamo i medici dipendenti del SSN (vedi Figura 1), i pensionamenti scenderanno progressivamente dal 2027 fino a raggiungere un nadir di circa 2mila nel 2037, a fronte dei 5mila professionisti ogni anno della fase attuale (al netto delle uscite per il cosiddetto fenomeno delle "dimissioni volontarie"; (Figura 2).

Nel periodo 2021/2030 i nuovi iscritti a Medicina, a invarianza di programmazione, saranno circa 145 mila (media degli accessi programmati per il 2021/2022/2023 proiettata a 10 anni), dei quali solo il 94% completerà con successo il percorso: circa 136 mila.

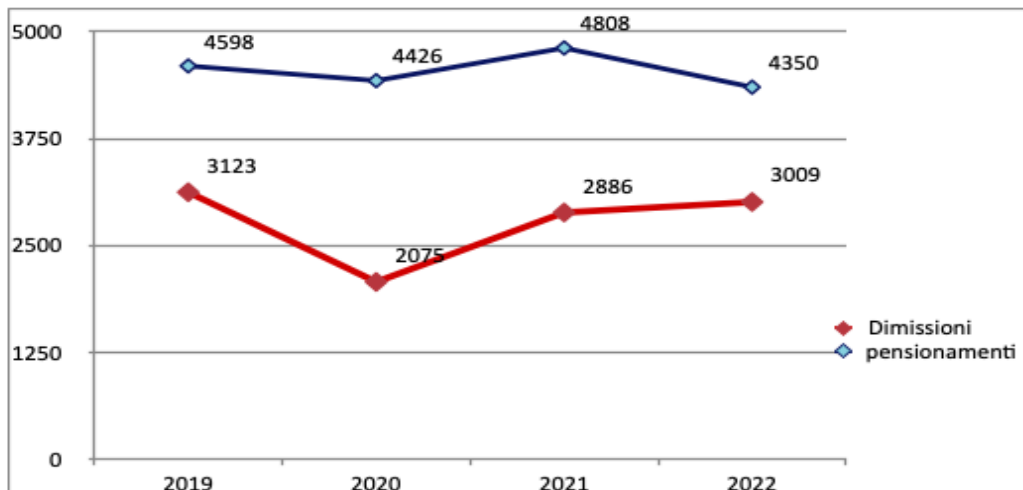
Essi troveranno un numero di contratti per la formazione specialistica di circa 125.000 (in realtà il titolo di specialista sarà effettivamente conseguito da circa 103.000 medici, se permane la percentuale di non assegnazione dei contratti del 18%; Tabella 2), cui aggiungere circa 21.000 borse per la formazione in Medicina Generale (media delle borse finanziate negli anni dal 2018 al 2021 proiettate a 10 anni).

In sintesi, già ora si prospetta un differenziale di circa 32 mila posti tra stima delle uscite per quiescenza (113.000) dei medici attivi nel 2020 e posti di iscrizione al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia (145.000). Ben oltre quelli necessari a colmare la attuale carenza di circa 20/25 mila medici, tra specialisti e MMG.

Un apprezzabile incremento degli ingressi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia potrebbe essere giustificato solo al fine di avviare un rafforzamento degli organici per far fronte ad eventuali nuove gravi emergenze sanitarie (personale specialista per terapie intensive e sub-intensive), alle esigenze derivanti dalla

realizzazione del PNRR (personale medico per Ospedali e Case di Comunità) o all'incremento delle richieste di prestazioni sanitarie legate alla pressione epidemiologica indotta dall'invecchiamento progressivo della popolazione.

Figura 2. Andamento dei pensionamenti e delle dimissioni volontarie dei medici dipendenti del SSN dal 2019 al 2022 (database Onaosi e Conto annuale dello Stato)



Pensionamenti= uscite per quiescenza, decessi, invalidità civile 100% o inabilità assoluta e permanente
Dimissioni= dimissioni volontarie, termine contratto a T.D.

In ogni caso, un aumento, come annunciato, del 20-30% delle iscrizioni a Medicina (da 2900 a 4800 nuove iscrizioni ogni anno), senza un intervento costoso sui corsi di formazione post-lauream, rischia di creare, tra 6 o 7 anni, un nuovo “imbuto formativo” e successivamente, persistendo le attuali limitazioni alle assunzioni del personale sanitario, un “imbuto lavorativo”, con circa 19mila ogni anno laureati a fronte di una offerta di formazione post-lauream ferma a 16.600 – di cui 14.500 contratti di formazione specialistica e 2.100 borse per la formazione in Medicina generale. E questo non farà altro che incentivare ulteriormente i medici a emigrare verso paesi europei o extraeuropei.

Tabella 3. Stima dei pensionamenti nel decennio 2021/2030 nelle categorie di Medici dipendenti, convenzionati e privati.

N° medici in attività al	Pensionamenti entro il 2030
31/dicembre/2020	
Medici dipendenti del SSN* 113.485	39.100
Medici di Medicina Generale 40.250	25.300
Specialisti ambulatoriali 14.494	8.100
Pediatri Libera Scelta 7.022	4.800
Medici Universitari 5.957	3.300
Medici Ospedalità privata 30.956	17.400
Medici Strutture equiparate al pubblico 12.627	7.000
Titolari guardia medica 11.404	5.800
Medici Riabilitazione ex art.26 5.015	2.800

***Tempo indeterminato: 107.379;**
Tempo determinato: 6.106

I dati relativi ai medici in attività sono tratti dalla pubblicazione 2022 del Ministero della Salute "Il personale del SSN. Anno 2020". Per quanto attiene medici dipendenti del SSN, medici universitari, MMG, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta i pensionamenti rappresentano una stima basata su dati Conto Annuale dello Stato (CAT), Onaosi ed Enpam che forniscono una distribuzione per età dei contribuenti, prendendo come limite quello di "vecchiaia" (67 anni per i dipendenti e 68 per i convenzionati). Per le altre categorie si è tenuto conto della percentuale di medici over 55 indicata dall'OCSE (56%: Health at a Glance, 2021)), considerandoli in pensione entro il 2030.

Nel decennio 2021/2030, quanti medici andranno in pensione nelle singole categorie professionali?

Considerando il pensionamento di “vecchiaia” – si può stimare che i medici dipendenti del SSN avviati verso la quiescenza saranno circa 39,1mila (dati Onaosi e Conto annuale dello Stato), i medici di Medicina generale che andranno in pensione saranno circa 25,3mila (dati Enpam), gli specialisti ambulatoriali che usciranno dal lavoro saranno circa 8,1mila, i medici universitari circa 3,3mila (dati Onaosi), quelli di continuità assistenziale 5,8 mila (dati Enpam), circa 4,8mila i pediatri di libera scelta (dati Enpam), infine 27,2 mila medici andranno in quiescenza nel settore dell'ospedalità privata e della riabilitazione (vedi Tabella 3).

Perché i posti nelle scuole di specializzazione non vengono occupati?

Al momento abbiamo una sostanziale corrispondenza tra il numero dei neolaureati nel decennio (circa 136mila) e i posti programmati per l'accesso ad un corso di formazione post-lauream (circa 146mila). Il numero di neo specialisti crescerà in modo apprezzabile a partire dal 2025 e non ci sarebbe alcun bisogno di aumentare i posti nelle scuole di specializzazione.

È vero, semmai, come ha sottolineato la Ministra Bernini, che molti posti nelle scuole di specializzazione rimangono vacanti.

Da un recente studio Anaao/ALS (vedi tabella 2), sui 30.452 contratti statali finanziati negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022), ben 3.907 (13%) risulta non assegnato e 1601 (5%) risulta abbandonato durante il percorso. Le discipline che più risentono di tale emorragia sono la medicina d'emergenza-urgenza (1.144 contratti non assegnati o abbandonati, il 60,7% dei contratti stanziati), la microbiologia e virologia (191 contratti, il 78%), la patologia clinica e biochimica clinica (389 contratti, il 70,2%), l'anatomia patologica (181 contratti, il 50,1%) e la medicina di comunità e delle cure primarie (109 contratti, il 57,6%).

Al contrario, le discipline che hanno notevoli sbocchi lavorativi nel settore privato non presentano alcuna perdita rispetto ai contratti finanziati come ad esempio la dermatologia (2 contratti non assegnati o abbandonati, lo 0,1% dei contratti stanziati), l'oftalmologia (8 contratti, l'1,8%), la cardiologia (18 contratti, lo 0,1). Un caso a parte riguarda la Pediatria, che risente del dualismo tra medicina ospedaliera e medicina territoriale, con insufficienza degli organici in entrambi i settori.

Tale “programmazione a due velocità” porterà già nel 2024/2025 a una carenza significativa in certe discipline specialistiche, per lo più ospedaliere, ed un embrione di pleora specialistica per altre che hanno maggiore possibilità nelle attività private. Per le prime, l'Anaao Assomed ritiene opportuno predisporre una serie di iniziative ministeriali e legislative, compreso l'accorpamento.

L'altro elemento da tenere in considerazione, quando si parla di carenza del personale, è la fuga verso l'estero dei medici laureati, la cui formazione comporta un costo per l'erario pubblico di circa 100mila euro, che salgono, con l'acquisizione del titolo di specialista, fino a 150.000 euro pro-capite.

Il fenomeno è molto rilevante nel suo complesso, tanto da impattare notevolmente sulla attuale carenza ed è destinato ad allargarsi. La tabella 1, elaborata dalla Corte dei Conti su dati OCSE, mostra il numero dei medici che hanno lasciato l'Italia dal 2008 al 2018 e il Paese di destinazione. È come regalare da 1000 a 1500 Ferrari ogni anno all'Inghilterra, alla Germania o alla Svizzera.

Il fenomeno delle dimissioni volontarie rappresenta una ulteriore criticità che ha un impatto, ovviamente, solo sulle strutture del SSN. Gli ultimi dati riferiti al 2022 (Figura 2) mostrano un ulteriore incremento delle dimissioni nella fase post-pandemica rispetto alla nostra precedente rilevazione.

Aumentare i posti a Medicina, in un tale contesto, rischia di tradursi in uno sperpero di risorse, soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia.

Tabella 1. Emigrazione negli anni 2008/2018 del personale medico, in base alla Nazione di destinazione. Elaborazione Corte dei Conti su dati OCSE.

IL PERSONALE MEDICO ITALIANO ALL'ESTERO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2008-18
Totale	572	722	792	1.079	1.065	1.288	1.562	1.120	1.120	953	761	11.034
di cui												
Germania	44	58	73	98	84	98	110	105	110	107		887
Belgio	22	37	32	61	58	65	115	83	81	59	57	670
Regno Unito	279	343	373	386	454	609	790	328	266	220	226	4.274
Francia				80	112	107	149	184	167	158	124	1.081
Svizzera	150	162	191	194	218	263	237	208	272	228	214	2.337
Irlanda			12	7	11	11	29	29	33	32	19	183
Israele	21	27	28	51	37	62	47	73	70	82	108	606
USA	13	22	19	36	24	12	23	18	21	18		206
Canada	13	31	23	17	18	25	16	20	22	22		207

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OECD 2019

È per questo che noi riteniamo indispensabile prioritariamente intervenire su due questioni critiche per rendere attrattivo il lavoro nel settore pubblico della sanità:

- 1)** la riduzione del carico di lavoro nelle strutture ospedaliere, per permettere ai medici di dedicarsi anche alla propria vita familiare e sociale eliminando ogni anacronistico blocco delle assunzioni del personale sanitario;
- 2)** l'incremento progressivo degli stipendi, che per arrivare al livello medio europeo dovrebbero aumentare del 40-50%.

Solo una nuova stagione di concorsi può rimediare al depauperamento del personale medico e infermieristico nelle strutture pubbliche, una vera e propria desertificazione degli Ospedali, che costringe il personale rimasto in servizio a lavorare anche per coloro che se ne vanno, sopportando turni massacranti e carichi di lavoro incrementali, per gravosità e complessità clinica. Anche da qui origina il fenomeno delle "grandi dimissioni" e quello dei medici "gettonisti". Solo ripristinando adeguate dotazioni organiche possiamo migliorare la qualità del lavoro, soprattutto in presenza di bisogni assistenziali crescenti.

La criticità economica è influenzata anche dalle vicende contrattuali italiane, che vedono dopo quasi un decennio di blocco (2010/2019) non ancora completamente applicato il CCNL 2016/2018 (firmato definitivamente nel dicembre 2019) mentre quello relativo al 2019-2021, scaduto da due anni, in corso di discussione all'ARAN e quello del 2022/2024 rimandato a un incerto futuro non essendo nemmeno finanziato. I nostri stipendi si impoveriscono progressivamente non stando dietro al ritmo inflattivo e ciò rappresenta, come evidenziato nella nostra recente survey, uno dei motivi principali di fuga dei medici dal SSN insieme alla marginalizzazione di un ruolo che li vuole costretti in matrici organizzative che trascurano le competenze e mortificano il merito.

La politica e i gestori della sanità a tutti i livelli dovrebbero capire che senza il "capitale umano" gli ospedali diventano cattedrali nel deserto, i presidi territoriali arredi del paesaggio urbano, i Livelli Essenziali di Assistenza una chimera, come l'attuale lunghezza delle liste d'attesa sta dimostrando.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112505



Long Term Care in Giappone: come funziona l'assistenza agli anziani nel Paese più vecchio del mondo (Percorsi di secondo welfare)

Lo abbiamo chiesto alla professoressa Rie Miyazaki, docente di studi di Politica Sociale presso l'Ohtsuki City College. Grazie al suo contributo abbiamo provato a tratteggiare la situazione della LTC nel Paese e l'impatto che ha avuto la pandemia di Covid-19.

Franca Maino, Celestina Valeria De Tommaso

Secondo Welfare monitora da tempo il tema della Long Term Care, l'assistenza di lungo periodo per gli anziani non autosufficienti. Negli ultimi mesi si è occupato, in particolare, della Disegno di Legge Delega per la riforma del sistema che è stata approvata dal Parlamento nei giorni scorsi e che ora dovrà essere attuata dal Governo. Per contribuire al dibattito intorno a questo tema così importante, abbiamo scelto di pubblicare alcuni contributi di esperti internazionali di LTC. Dopo le interviste a Paula Blomqvist (Università di Uppsala) sulla situazione della Svezia, e a Heinz Rothgang (Università di lo Brema) su quella della Germania, di seguito vi proponiamo il nostro dialogo con la professoressa Rie Miyazaki (docente di studi di Politica Sociale presso l'Ohtsuki City College in Giappone), a cui abbiamo chiesto di rispondere ad alcune domande sull'assistenza a lungo termine in Giappone.

A lei abbiamo chiesto di tratteggiare la situazione della LTC nel suo Paese, aiutandoci a capire soprattutto quale impatto ha avuto la crisi del Covid-19.

Il Focus di Secondo Welfare sulla non autosufficienza

Ci stiamo occupando sistematicamente della riforma del sistema della Long Term Care. Lo facciamo pubblicando ogni settimana articoli e interviste che aiutino a capire meglio le diverse questioni che riguardano la LTC in Italia e non solo. **Sono tutti qui.**

I servizi di Long Term Care in Giappone

In Giappone, ogni cittadino ha diritto alle prestazioni mirate a prevenire e/o ridurre il rischio di disabilità fisica e cognitiva. I servizi per l'assistenza a lungo termine sono forniti a tutti coloro a cui è stato certificato il bisogno di assistenza in base alle rispettive esigenze e previa valutazione medica.

I servizi di Long Term Care comprendono le prestazioni a domicilio (ad esempio, visite a domicilio/servizi giornalieri e servizi/assistenza di breve durata) e quelli presso le strutture, sia assistenziali per l'assistenza a lungo termine (chiamate anche case di cura speciali), sia sanitarie (chiamate anche strutture sanitarie geriatriche) che mediche.

Non sono invece previste prestazioni in denaro o altre prestazioni dirette per i caregiver familiari. Gli anziani non autosufficienti possono infatti scegliere se utilizzare i servizi domiciliari o in struttura, in base alle loro personali esigenze e preferenze. Un team di care manager è attivamente coinvolto nella costruzione dei piani di assistenza individuale e nel definire il mix di servizi. Anche le persone non idonee all'assistenza a lungo termine (poiché con fragilità differenti o meno invalidanti) possono usufruire di servizi di assistenza cosiddetta "preventiva".

L'idoneità all'assistenza a lungo termine è valutata utilizzando un questionario di 74 voci basato sulla capacità di svolgere le attività della vita quotidiana e seguito da una decisione presa da una commissione di valutazione.

La decisione della commissione si fonda sulla profilazione automatica che segue i risultati del questionario, sul rapporto sintetico che segue la visita a domicilio del paziente e sul parere di un medico.

Sono sette i livelli di assistenza: i primi due riguardano l'assistenza "leggera" e preventiva, i livelli di supporto più intensi vanno invece da 3 a 7, in base al grado di non autosufficienza dell'individuo.

Il peso dell'invecchiamento demografico

Con riferimento al 2020, la popolazione in Giappone era di 125,71 milioni di persone.

Gli over 65 erano 36,19 milioni, circa il 28,8% della popolazione. Stando alle previsioni, entro il 2065 una persona su 2,6 avrà più di 65 anni. L'invecchiamento della popolazione è anche evidente tra i lavoratori: i tassi di occupazione per le fasce di età 60-64, 65-69 e 70-74 sono aumentati rispettivamente a 13,9 punti, 13,2 punti e 10,5 punti rispetto a dieci anni fa. A dirlo è il rapporto annuale sull'invecchiamento del Governo giapponese, che riporta come circa il 30% degli ultrasessantenni del Paese abbia dichiarato che il numero di giorni e ore di lavoro è diminuito a causa del Covid-19.

Pertanto, l'anzianità della forza lavoro – e, al contempo, della sottoccupazione di alcuni di essi – costituisce un problema socioeconomico rilevante. Sebbene si preveda che l'invecchiamento della società giapponese continuerà, è necessario fornire opportunità di lavoro congrue alle esigenze dei più anziani. Ad esempio, iniziative che consentano un'occupazione continuativa, come il mantenimento – in alcuni contesti – dello smart working.

Il Giappone è una società "super-anziana" ¹.

Alcuni autori sostengono che le cause di questa super-anzianità vadano ricondotte alla crescente emigrazione dei giovani giapponesi, alla ricerca di nuove e migliori opportunità lavorative.

Le conseguenze dell'invecchiamento e della riduzione della popolazione del Paese includono crisi economica, sfide di bilancio, pressione sui mercati del lavoro e spopolamento delle aree rurali. Secondo la professoressa Miyazaki, "il Giappone ha il più alto tasso di invecchiamento al mondo. Rispetto al caso italiano, credo che il fenomeno sia meno percepito dai cittadini giapponesi. In Giappone, i caregiver familiari sono i coniugi degli anziani fragili piuttosto che i loro figli in età lavorativa. E i figli in età lavorativa che abbandonano il lavoro per assistere i genitori anziani, piuttosto che l'insufficienza dei servizi pubblici di assistenza sanitaria di lunga durata, potrebbero essere considerati problemi sociali rilevanti in Giappone".

Secondo Miyazaki "la questione sociale di cui sopra è stata ripetutamente percepita nei rapporti pubblici o in alcuni white paper, ma sono ancora assenti delle misure decisive per far fronte al problema".

Negli ultimi anni, Tokyo ha intensificato il suo impegno nel supporto alla salute dei più fragili. Il Giappone si è impegnato nella cooperazione sanitaria globale riuscendo ad incorporare il concetto di sicurezza sanitaria negli obiettivi di sviluppo sostenibile.

È altrettanto attivo nella cooperazione internazionale sull'invecchiamento, con particolare attenzione alla regione dell'Associazione delle Nazioni del Sud-Est Asiatico (ASEAN). L'idea centrale e più rilevante è quella di "age-tech": la tecnologia che rende accessibile a tutti una longevità confortevole. Il nesso tra età anagrafica e mercato del lavoro ingloba infatti l'innovazione tecnologica. La silver economy è uno dei mercati più fiorenti in Giappone.

Esiste un ampio settore tecnologico che si occupa di sviluppare i robot per fronteggiare il calo della forza lavoro nell'ambito della cura e, quindi, per prendersi cura degli anziani.

Questo anche perché gli sforzi del Governo per affrontare la sfida demografica non sono stati sufficienti per attirare nuova forza lavoro dall'estero.

La pandemia Covid-19: nuove traiettorie di policy?

Secondo Miyazaki, "l'assistenza a lungo termine in Giappone soffre di un'insufficiente offerta di LTC, sia nel settore pubblico che in quello privato". Nonostante ciò, continua la professoressa, "la Long Term Care giapponese ha almeno due punti di forza principali. In primo luogo, esiste un sistema di assicurazione nazionale che riesce a coprire l'intera popolazione dal rischio di non autosufficienza. In secondo luogo, i cittadini di età pari o superiore ai 40 anni pagano una sorta di premio assicurativo basato sulla personale capacità contributiva e scelgono tra una gamma di servizi, partecipando al massimo il 10% dei costi".

In questo contesto come ha impattato la pandemia?

Secondo la docente “per il Covid-19, non è stata introdotta nessuna nuova misura specifica sul front LTC ma è stato richiesto ai fornitori di servizi di Long Term Care di fare uno sforzo e contribuire al contrasto della pandemia”. “A dire il vero” continua Miyazaki “a seguito della pandemia non c’è stato nessun cambiamento sostanziale nel sistema di LTC. A partire dal 2017 sono state introdotte alcune politiche per attrarre forza lavoro migrante nel settore della cura e questa appare ancora la priorità”.

Recentemente, un articolo della BBC riportava che “il Covid-19 ha causato un’impennata dei decessi tra gli anziani fragili. Il Giappone ha mantenuto, per lungo tempo, alcune delle restrizioni più severe contro la pandemia”. Anche per questo, la normativa giapponese che regola l’assicurazione pubblica e nazionale per l’assistenza a lungo termine è passata a un approccio più community-centered.

Ad esempio, sono partite alcune attività comunitarie e di gruppo – chiamate “Kayoi-no-ba” – per la prevenzione della non autosufficienza. Tra le iniziative più recenti c’è anche la Kihon Checklist, un questionario di 25 item utilizzato dagli esperti del sociosanitario e dai ricercatori medici per valutare la fragilità adulta in Giappone. In supporto alla valutazione nazionale per l’accesso ai servizi, è stato recentemente sviluppato il questionario di 15 voci per identificare la fragilità e altri problemi di salute negli anziani di 75 anni e oltre.

Ciò consentirà, in tempi più stretti, di fornire il supporto necessario alle persone fragili in qualsiasi struttura sanitaria delle comunità locali. Tra i programmi attivati, inoltre, ci sono quelli che promuovono l’esercizio fisico a domicilio. Inoltre, l’uso delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione, dei servizi di social network e delle videochiamate ha attirato l’attenzione per la loro efficacia come strumenti per facilitare la comunicazione degli anziani durante la pandemia.

<https://www.secondowelfare.it/long-term-care/ltc-in-giappone-intervista-miyazaki/>

ISTAT: Andamento demografico della popolazione



1. Salute¹

L'analisi degli indicatori del dominio salute mette in evidenza come nel 2019, alla vigilia della pandemia, la maggior parte degli indicatori del dominio (12 indicatori su 15) si trovasse su livelli migliori rispetto alla situazione di una decina di anni prima, con le uniche eccezioni rappresentate dall'indicatore che monitora la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso degli anziani, in aumento quasi costante a partire dal 2015, e dal consumo giornaliero di almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura che, sebbene con un trend altalenante, mostrava valori migliori nel 2010. Stabile invece l'indicatore di salute mentale².

L'eccesso di mortalità connesso alla diffusione della pandemia ha comportato nel 2020 una riduzione della speranza di vita alla nascita di oltre 1 anno di vita, solo parzialmente recuperata nel 2021 e nel 2022 (82,5 e 82,6 anni rispetto agli 83,2 anni del 2019).

Nonostante la flessione degli anni di vita attesi, nel 2020 l'indicatore della speranza di vita in buona salute alla nascita ha subito un miglioramento rispetto al 2019, per effetto di un aumento della quota di persone che, nel contesto della pandemia a fronte del disagio complessivo, ha valutato più positivamente le proprie condizioni di salute. Nel 2021 questo miglioramento è stato parzialmente riassorbito e i dati del 2022 mostrano una situazione invariata rispetto al 2021, con livelli di speranza di vita in buona salute che si mantengono comunque più elevati rispetto al dato pre-pandemia.

L'analisi dell'indicatore di salute mentale, sebbene in media nella popolazione mostri una relativa stabilità, ha messo in luce il forte contraccolpo in termini di benessere psicologico subito negli ultimi due anni dai più giovani, soprattutto dalle ragazze.

L'andamento di alcuni indicatori di mortalità per causa³ evidenzia nel 2020 un ulteriore peggioramento dell'indicatore relativo alla mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso nella popolazione anziana, nonché l'arresto del progressivo miglioramento registrato fino al 2019 dell'indicatore di mortalità evitabile. Quest'ultimo è verosimilmente l'effetto della crisi pandemica che nel 2020 ha determinato un incremento del numero totale di decessi per diverse cause di morte, molte delle quali incluse tra quelle evitabili.

La mortalità per incidenti stradali dei giovani di 15-34 anni aveva registrato nel 2020 una riduzione imputabile alla minore mobilità sul territorio dovuta alle restrizioni degli spostamenti per contenere la diffusione della pandemia. Tale riduzione, seppur più contenuta, si conferma anche per il 2021 quando la situazione della mobilità, per quanto in via di normalizzazione, non si era ancora del tutto riallineata rispetto ai livelli pre-pandemia.

Per quanto riguarda gli stili di vita della popolazione, dopo un miglioramento generale osservato fino al 2019, a partire dal 2020 si evidenziano significative oscillazioni per quasi tutti gli indicatori e, nella maggior parte dei casi, nel confronto 2019 - 2022 emergono segnali di peggioramento. In particolare, l'indicatore di sedentarietà, che era migliorato nel 2020 e nel 2021 per la necessità di modificare le proprie abitudini con una maggiore diffusione nella popolazione a svolgere attività fisica destrutturata al di fuori di palestre e piscine, peggiora nel 2022, tornando a livelli ancora più critici rispetto al 2019.

¹ Questo capitolo è stato curato da Emanuela Bologna. Hanno collaborato: Silvia Bruzzone, Lidia Gargiulo, Simone Navarra, Mariëna Pappagallo, Silvia Simeoni, Alessandra Tinto.

² Per questo indicatore il confronto di lungo periodo è stato fatto considerando come anno di partenza il 2016 non essendo disponibile tale dato prima di allora.

³ Per questi indicatori l'ultimo dato disponibile è il 2020.

Assistenza agli anziani: la riforma c'è, va messa in pratica

lavoce.info/archives/100696/assistenza-agli-anziani-la-riforma-ce-va-messa-in-pratica/

Cristiano Gori

4 aprile 2023



Il Parlamento ha approvato la legge delega per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Il progetto di cambiamento è condivisibile, ora si tratta di tradurlo in pratica. Decisivi i decreti delegati e le scelte sulle risorse.

Una lunga attesa giunta al termine

Il Parlamento ha approvato la legge delega per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, prevista nel Piano nazionale di ripresa e resilienza. L'Italia si dota così di una riforma del settore, attesa dalla fine degli anni Novanta, mentre all'estero simili provvedimenti sono già stati introdotti da tempo, ad esempio in Austria nel 1993, in Germania nel 1995, in Francia nel 2002 e in Spagna nel 2006. Ovunque lo scopo è stato il medesimo: modificare strutturalmente i sistemi di welfare, ideati quando gli anziani non autosufficienti erano molti meno di oggi e metterli in condizione di rispondere alla loro sempre più diffusa presenza.

La riforma rappresenta un caso di ascolto della società civile da parte delle istituzioni, che ha accomunato il precedente e l'attuale governo. All'inizio il provvedimento non era previsto nel Pnrr e vi è stato introdotto a seguito delle richieste delle organizzazioni del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, che rappresentano la gran parte della società civile coinvolta nell'assistenza e nella tutela degli anziani nel nostro paese. Successivamente, il dialogo con le istituzioni è proseguito: il testo della legge delega recepisce numerose proposte elaborate dal Patto.

La costruzione di un settore unitario

1/4

Rosaria Amato

Si riduce la quota dei Neet, che scende al 19%, ma rimaniamo il penultimo Paese in Europa per la percentuale di giovani che non studiano e non lavorano.

Le conseguenze del Covid riducono di un anno l'aspettativa di vita alla nascita, che però in Campania è di 80,9 anni, la più bassa in Italia, inferiore di tre anni a quella del Trentino. Aumenta la dispersione scolastica, ma si riduce la quota dei Neet.

ROMA - Oltre un terzo delle famiglie italiane nel 2022 ha visto peggiorare la propria situazione economica: la quota del 35,1 per cento di famiglie che dichiarano di stare peggio dell'anno precedente, che emerge dal "Rapporto BES 2022", presentato stamane dall'Istat, è "un livello mai raggiunto in precedenza". Aumenta anche la quota di persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con grande difficoltà, arriva al 9,1% dall'8,2 del 2019. Tra le cause il peggioramento della situazione lavorativa: aumenta infatti la quota di persone che vive in famiglie a bassa intensità di lavoro (ovvero con componenti tra i 18 e i 59 anni che hanno lavorato meno di un quinto del tempo), che arriva all'11,7%.

Tra le peggiori conseguenze del Covid c'è anche l'aumento della mortalità e l'accorciamento di un anno della speranza di vita alla nascita. Un dato che però risente molto delle disuguaglianze territoriali, che escono peggiorate dalla pandemia: la Campania mostra al momento la più bassa speranza di vita alla nascita (80,9 anni), quasi 3 anni in meno rispetto a Trento dove si registra un valore di 84 anni.

Nonostante alcuni miglioramenti, che vanno dal settore dell'istruzione al digitale alla qualità dell'aria, l'Italia rimane al di sotto delle medie europee per moltissimi indicatori, che vanno dal tasso di occupazione, inferiore di 10 punti alla media europea, (74,7%), con una distanza particolarmente accentuata tra le donne (55,0% in Italia rispetto a 69,4% per la media Ue27), alla percentuale di laureati e diplomati.

I giovani godono di una situazione di minore benessere rispetto agli adulti, ma si è ridotta la quota dei Neet, cioè dei giovani tra i 15 e i 29 anni che non sono in percorsi di studio o di lavoro, scesa dal 23,7% del 2020 al 19%. Una percentuale che tuttavia rimane molto superiore alla media europea Ue27 dell'11,7%. Male anche la quota di persone di 30-34 anni che hanno completato un'istruzione terziaria, nella Ue27 è del 42,8% rispetto alla media italiana del 27,4%.

Male anche la dispersione scolastica: in Italia si osserva ancora una quota più elevata di giovani di 18-24 anni che escono precocemente dal sistema di istruzione e formazione, di 3 punti percentuali superiore rispetto al valore medio europeo di 9,7%. Lo svantaggio dell'Italia rispetto alla media dell'Unione europea si osserva, seppur meno accentuato, anche per la partecipazione alla formazione continua, con una percentuale del 9,6% (rispetto all'11,9% per Ue27). E siamo indietro infine anche sul fronte delle competenze digitali: in Italia il 45,7% delle persone di 16-74 anni che ha usato Internet negli ultimi 3 mesi ha competenze digitali almeno di base contro una media europea del 54%.

https://www.repubblica.it/economia/2023/04/20/news/BES_istat_2022_disuguaglianze_poverta-396900120/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S8-T1

Rapporto BES: peggiorano gli stili di vita e speranza di vita a 82,6 anni, sotto i livelli pre Covid (Il Sole 24ore)

L'eccesso di mortalità connesso alla diffusione della pandemia da Covid-19 ha comportato nel 2020 una riduzione della speranza di vita alla nascita di oltre un anno di vita (82,1 anni rispetto agli 83,2 del 2019), solo parzialmente recuperata nel 2021 (82,5 anni) e nel 2022 (82,6).

Nel 2022, il gap di genere ritorna al livello pre-pandemico (4,3 anni), dopo aver subito un ampliamento nei due anni precedenti.

È quanto rileva l'Istat nella decima edizione del Rapporto sul Benessere equo e sostenibile (Bes). L'analisi territoriale - si legge nel Rapporto - mette in evidenza come nel 2022 nessuna regione sia tornata ai livelli di vita media attesa del 2019; soltanto alcune hanno in buona parte recuperato gli anni di vita persi durante il biennio di pandemia.

Complessivamente, le variazioni nella speranza di vita registrate tra il 2020 e il 2022 modificano molto poco la geografia della vita media attesa, consolidando le ben note disuguaglianze territoriali che vedono la Campania con la più bassa speranza di vita alla nascita (80,9 anni), quasi tre anni in meno rispetto a Trento (84,0 anni). E ancora: nel 2022, la speranza di vita in buona salute si stima pari a 60,1 anni.

L'andamento di questo indicatore - spiega l'Istat - ha segnato un punto di rottura dopo la pandemia per gli opposti andamenti delle due componenti dell'indicatore (speranza di vita e prevalenza della buona salute percepita), facendo registrare sia nel 2020 che nel 2021 valori superiori rispetto al 2019 (era pari a 58,6 anni).

L'andamento è dovuto al picco di aumento della quota di persone che aveva valutato positivamente le proprie condizioni di salute nel contesto della pandemia. Permane il divario di genere a vantaggio degli uomini, con oltre 2 anni di differenza (61,2 e 59,1 rispettivamente per uomini e donne).

L'analisi dell'indicatore di salute mentale, sebbene in media nella popolazione mostri una relativa stabilità, ha messo in luce il forte contraccolpo in termini di benessere psicologico subito negli ultimi due anni dai più giovani, soprattutto dalle ragazze. L'andamento di alcuni indicatori di mortalità per causa evidenzia nel 2020 un ulteriore peggioramento dell'indicatore relativo alla mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso nella popolazione anziana, nonché l'arresto del progressivo miglioramento registrato fino al 2019 dell'indicatore di mortalità evitabile.

Quest'ultimo è verosimilmente l'effetto della crisi pandemica che nel 2020 ha determinato un incremento del numero totale di decessi per diverse cause di morte, molte delle quali incluse tra quelle evitabili.

La mortalità per incidenti stradali dei giovani di 15-34 anni aveva registrato nel 2020 una riduzione imputabile alla minore mobilità sul territorio dovuta alle restrizioni degli spostamenti per contenere la diffusione della pandemia.

Tale riduzione, seppur più contenuta, si conferma anche per il 2021 quando la situazione della mobilità, per quanto in via di normalizzazione, non si era ancora del tutto riallineata rispetto ai livelli pre-pandemia. Per quanto riguarda gli stili di vita della popolazione, dopo un miglioramento generale osservato fino al 2019, a partire dal 2020 si evidenziano significative oscillazioni per quasi tutti gli indicatori e, nella maggior parte dei casi, nel confronto 2019 - 2022 emergono segnali di peggioramento.

In particolare, l'indicatore di sedentarietà, che era migliorato nel 2020 e nel 2021 per la necessità di modificare le proprie abitudini con una maggiore diffusione nella popolazione a svolgere attività fisica destrutturata al di fuori di palestre e piscine, peggiora nel 2022, tornando a livelli ancora più critici rispetto al 2019.

<https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2023-04-20/rapporto-bes-peggiorano-stili-vita-e-speranza-vita-826-anni-sotto-livelli-pre-covid-151940.php?uuid=AEqEZpJD&cmpid=nlqf>

Ma dal -2% di Forlì-Cesena al -56% di Carbonia-Iglesias, tutte le altre province registrano popolazione in calo. Assieme a Carbonia-Iglesias sono in calo di oltre il 50% altre due province sarde: Medio-Campidano e Oristano. Tra le maggiori metropoli, se Milano aumenta, Roma cala del -9% e anche le altre città metropolitane sono in calo: Bari -30%, Cagliari -42%, Catania -20%, Firenze -6%, Genova -18%, Messina -40%, Napoli -25%, Palermo -31%, Reggio Calabria -26%, Torino -18%, Venezia -10%.

Saremo di meno ma vivremo più a lungo.

Per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita nelle province, tra il 2019 e il 2100 per la popolazione maschile, rispetto a un aumento medio nazionale del +10,3% che porterà la vita media alla nascita per gli uomini a 89,9 anni, aumenta di più a Caserta, Caltanissetta (+12,4%) e Napoli (+12,1%), mentre sul versante opposto, anche se sempre in aumento, ci sono Firenze, Trento, Perugia e Rimini, tutte con il +8,7 per cento. Per la popolazione femminile invece la media è del +9,4% il che vuol dire una vita media di 93,5 anni per le donne, e aumenta di più nelle province di Siracusa, Napoli (+11,1%) e Ragusa (+10,9%), al contrario aumenta di meno a Treviso (+7,9%), Cagliari (+8%) e Macerata (+8,1%).

Infine, l'età media. Tra il 2019 e il 2100 aumenta in media nazionale del +9,7%, con il picco massimo a Caserta (+20,5%), Napoli (+19,5%) e Barletta-Andria-Trani (+19,1%) e addirittura una diminuzione a Gorizia (-1,2%) e Trieste (-0,2%). Gli aumenti minimi invece si registrano a Imperia (+0,6%), Genova (+1%) e Savona (+1,8%).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112620

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Lavorare più a lungo significa lavorare in condizioni migliori (The Lancet, Deschata, 2023)

Alessio Descatha

Pubblicato: 31 marzo 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100634>

In Francia c'è un grande dibattito politico e sociale sull'età pensionabile. L'allungamento dell'orario di lavoro sulla base di ragioni economiche è discusso con passione e forza. Oltre alla questione del pensionamento e dell'effetto sulla salute, potrebbe anche essere necessario sottolineare che un'estensione quantitativa del lavoro deve essere associata ad un miglioramento della qualità della vita lavorativa.

In effetti, l'Organizzazione mondiale della sanità e l'Organizzazione internazionale del lavoro hanno recentemente dimostrato che le lunghe ore di lavoro sono responsabili di circa un terzo del carico totale stimato di malattie legate al lavoro e rappresentano il fattore di rischio con il maggior carico di malattie professionali. È probabilmente legato a comportamenti e situazioni causate da un eccesso di condizioni di lavoro difficili, chiamate in francese "penibility" per lavori faticosi o faticosi (nessuna traduzione esatta).

Tali difficili condizioni di lavoro sono definite su fattori - fisici, chimici, biologici e psicosocio-organizzativi - che espongono l'organismo ad un precoce invecchiamento.

Si è tentata una valutazione globale dei fattori ma purtroppo con molti limiti.

Tuttavia, la Francia dispone di un'importante rete di professionisti del lavoro che potrebbero svolgere un ruolo nella valutazione di tali difficili condizioni di lavoro. Con risorse adeguate - per lo più tempo e capacità di agire - possono prevenire queste difficili condizioni di lavoro consigliando i datori di lavoro, le parti interessate dell'azienda e gli stessi lavoratori su come ridurre tali fattori di condizioni di lavoro difficili. Possono anche rilevare un inizio di invecchiamento precoce, spesso visibile solo troppo tardi. Utilizzo di strumenti di supporto alle decisioni sviluppati con agenzie e ricercatori del lavoro traslazionali, come software specifici, documenti specifici, matrici di esposizione lavorativa, potrebbe aiutarli a svolgere questo compito.

In conclusione, potremmo desiderare che un compromesso così complicato non aumenti le disuguaglianze sanitarie per i lavoratori con condizioni di lavoro difficili, in Francia o altrove. Migliorare le difficili condizioni di lavoro che causano un invecchiamento precoce, è la chiave di volta del pensionamento.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(23\)00053-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(23)00053-4/fulltext)

quotidianosanita.it

Europa sempre più vecchia e con meno abitanti. Eurostat (Quotidiano Sanità)

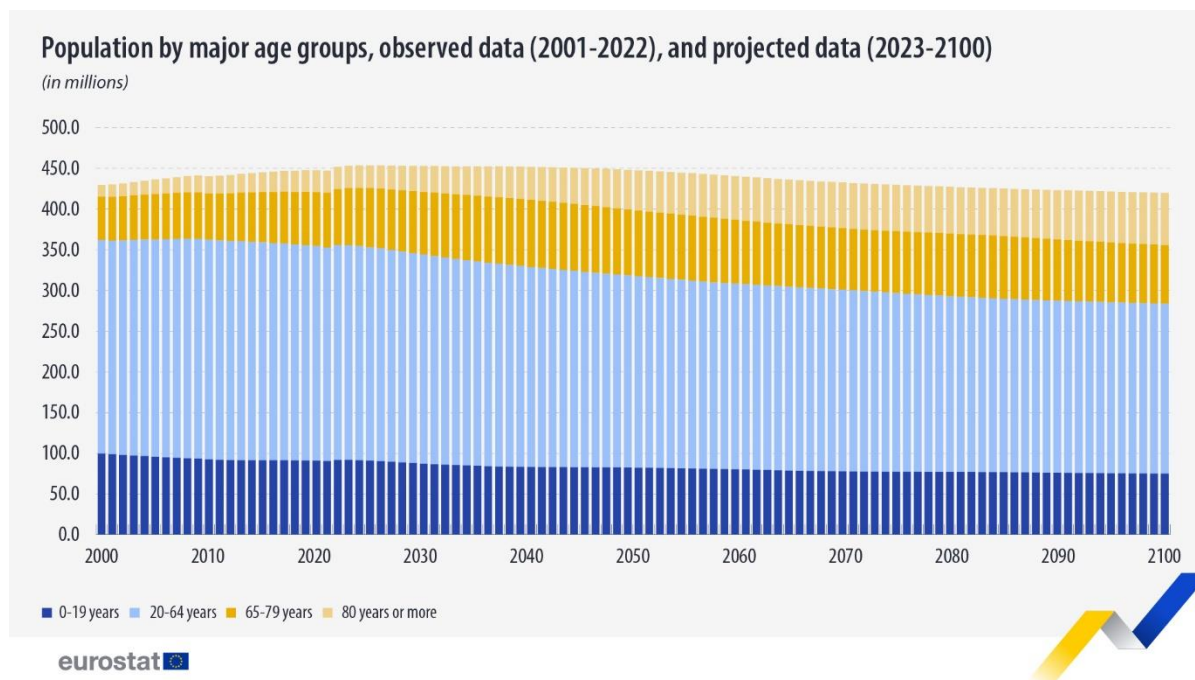
“A fine secolo saremo 27 mln in meno rispetto ad oggi e il 15% avrà più di 80” anni. La tendenza demografica indica lo sviluppo di una società che si “restringe e invecchia”. La quota di bambini e giovani dovrebbe diminuire del 20% mentre la quota di persone di età compresa tra 65 e 79 anni dovrebbe crescere di 2 punti percentuali dal 15% all’inizio del 2022 al 17% nel 2100 e la quota di persone di età pari o superiore a 80 anni dovrebbe più che raddoppiare, dal 6% al 15%.

02 APR -

Secondo le ultime proiezioni demografiche pubblicate da Eurostat, la popolazione dell'UE diminuirà del 6% tra il 1° gennaio 2022 e il 1° gennaio 2100, con un calo complessivo di 27,3 milioni di persone.

Dopo la diminuzione nel 2020 e nel 2021 a causa degli impatti della pandemia di COVID-19, la popolazione dell'UE aveva iniziato a risalire nel corso del 2022 ma la tendenza per fine secolo è comunque al ribasso.

A seguito dell'afflusso massiccio di rifugiati dall'Ucraina nell'UE a seguito dell'aggressione della Russia contro l'Ucraina, si stima che la popolazione abbia raggiunto i 451 milioni di persone il 1° gennaio 2023. Inoltre, si prevede che la popolazione dell'UE raggiungerà il picco di 453 milioni persone nel 2026, prima di scendere a un livello previsto di 420 milioni nel 2100.



La percentuale di bambini e giovani (di età compresa tra 0 e 19 anni) nella popolazione totale dovrebbe diminuire dal 20% all'inizio del 2022 al 18% entro il 2100. Analogamente, la percentuale di persone in età

lavorativa (di età compresa tra 20 e 64 anni) della popolazione totale dell'UE dovrebbe diminuire dal 59% nel 2022 al 50% nel 2100.

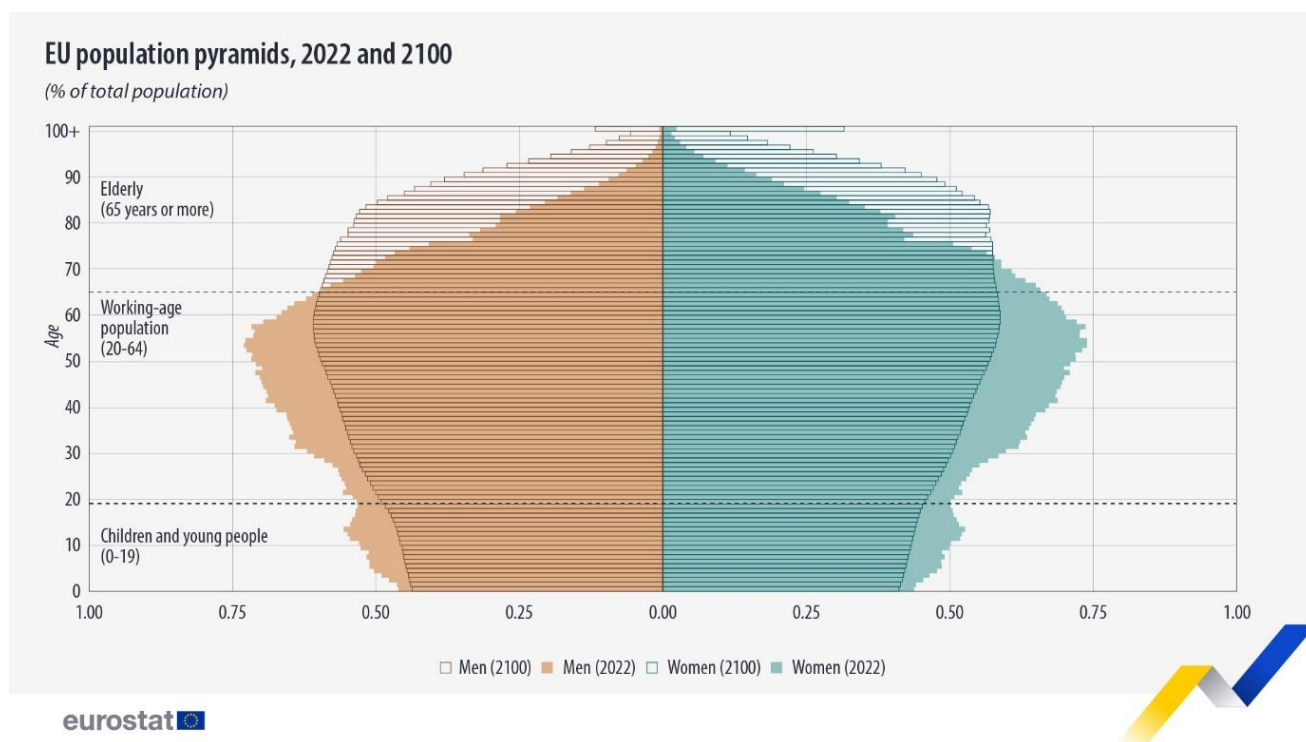
Al contrario, la percentuale di gruppi di età più avanzata (65 anni o più) nella popolazione totale dell'UE dovrebbe aumentare. La quota di persone di età compresa tra 65 e 79 anni dovrebbe infatti crescere di 2 punti percentuali dal 15% all'inizio del 2022 al 17% nel 2100, mentre la quota di persone di età pari o superiore a 80 anni dovrebbe più che raddoppiare, dal 6% al 15%.

La piramide della popolazione dell'UE

Nel 2022, la piramide della popolazione dell'UE mostra già la forma associata a lunga aspettativa di vita, bassi tassi di mortalità e bassi tassi di natalità: le quote più elevate della popolazione sono costituite da persone in età lavorativa sopra i 50 anni, mentre le quote di giovani sotto i 20 anni sono notevolmente più piccoli.

La piramide del 2100, osserva Eurostat, mostra chiaramente lo sviluppo verso una società che si restringe e invecchia: la diminuzione della quota di bambini e giovani sotto i 20 anni e di quelli in età lavorativa è solo parzialmente compensata dall'aumento della quota di persone di età pari o superiore a 65 anni. Contrariamente al 2022, la piramide non inizia a contrarsi dopo i 55 anni, ma rimane relativamente stabile fino a circa 85 anni.

Al vertice della piramide proiettata per l'anno 2100, la fascia di età pari o superiore a 100 anni si allarga, con le donne di età pari o superiore a 100 anni che dovrebbero rappresentare lo 0,3% della popolazione totale nel 2100 contro lo 0,02% nel 2022.



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112571



Associazione Italiana di
Telemedicina ed Informatica Medica
Corso di Tecnologie Sanitarie
Dispositivi Medici e sensoristica
in primo soccorso
On line Webinar

SITIM/ISMIT

Scuola Internazionale di Telemedicina e Informatica Medica /
International School of Medical Informatics and Telemedicine

IITM

Istituto Internazionale di TeleMedicina
(International Institute of TeleMedicine)

28 Aprile 2023 (ore 9.15-12.45)

In questo corso di base verranno presentati ed illustrati alcuni devices biomedicali usati in ospedale ed in particolare in PS ed in alcune specialità cliniche come la cardiologia (strumentazione radiologica semplice e complessa, saturimetri, ECG, Holter, Echo, ecc.). Lo sviluppo di questi ed altri dispositivi e della sensoristica ormai digitalizzata contribuisce grazie alla cosiddetta Internet of Things (IoT) ad integrarli in rete permettendo cos'ò alle piattaforme informatiche di effettuare prestazioni a distanza (teleemergenza, telemonitoring, teleriabilitazione, ecc.) e l'analisi intelligente dei tanti dati raccolti (Big Data) per supportare meglio la diagnosi e la cura dei pazienti. Oltre ad una rassegna dei principali strumenti, verranno anche fornite indicazioni normative in termini di sicurezza e privacy.

Inoltre, sulla base dei campi applicativi e degli interessi dei partecipanti al corso, potranno essere presi in considerazione approfondimenti particolari e demo, anche presso strutture sanitarie, di particolari dispositivi medici classificati per specialità cliniche, da programmare successivamente con corsi ad hoc.

Coordinatore del Corso

Francesco Sicurello (Presidente IITM/SIMIT)

Docenti

- Gianni Pellicanò (Radiologia CTO Ospedale Careggi, Firenze e Direttivo @itim)
- Alfredo Corticelli (Cardiologia Ospedale Pio XI, Desio – Monza Brianza)
- Andrea Capra (Caspo consulting)
- Alessandro Orro (CNR-ITB Milano e Direttivo @itim)

Questo corso di base è gratuito per i soci @itim/Emmit/Imit ed aderenti a SITIM/ISMIT

Per modalità di partecipazione e maggiori informazioni, contattare la Segreteria del corso:

Olena (Elena) Oboysheva (Mediatrice culturale Italia-Ucraina): hortiza@tiscali.it

Giacomo Andrea Sicurello (IITM / Osservatorio OTive, NeuroSpine Community): neurospine@cryptolab.net



Il Manifesto del Forum DD per la transizione digitale (Carte in regola)

“Montagne di dati, di informazioni e di conoscenza che anche grazie alla tecnologia digitale potremmo usare collettivamente per prendere decisioni migliori attraverso il confronto, sono invece controllate da pochissimi nel loro

interesse, per creare monopoli, alterare le nostre preferenze e dare un velo di oggettività ad assunzioni o decisioni discriminatorie”.

Fabrizio Barca, co-coordinatore del ForumDD, ha aperto così l'evento **“Liberare la conoscenza per ridurre le disuguaglianze”**, organizzato presso la Fondazione Basso di Roma. Sin dalla sua nascita il Forum ha messo al centro il tema di liberare la conoscenza, avanzando, diffondendo e battendosi per proposte concrete con l'obiettivo di porre all'attenzione della classe politica la necessità di una nuova stagione di politiche pubbliche per l'innovazione, uno sviluppo segnato da giustizia sociale e ambientale e la riduzione delle disuguaglianze. Oggi le ha rilanciate all'interno di un **Manifesto**, elaborato da ricercatori e ricercatrici che collaborano con il Forum.

Presentandolo, Barca ha ricordato che *“l'esito della transizione digitale dipende da noi, non è insito nella tecnologia. Se la conoscenza sarà accessibile e diverrà l'alimento di un confronto acceso, aperto e ragionevole, allora potremo costruire un futuro più giusto. Se viceversa l'accesso alla conoscenza sarà sempre più privatizzato a vantaggio di pochi, non solo avremo meno e più cattivo lavoro, ma saranno erose le libertà sostanziali delle persone e la democrazia”*. È seguita la presentazione delle proposte curate da alcuni membri del gruppo di lavoro sulla conoscenza del ForumDD.

“Il nostro studio mostra che i contribuenti attraverso i governi hanno sovvenzionato con un miliardo ognuno dei 9 vaccini contro il Covid 19 presi in esame. Quando gli stati investono a rischio più delle imprese, in questo caso 30 miliardi di Euro pubblici contro 16 di fondi privati, dovrebbero allora anche rivendicare la proprietà della conoscenza e quindi negoziare condizioni di prezzo e distribuzione nel preminente interesse della giustizia sociale. In alternativa dovrebbero commissionare direttamente a imprese pubbliche o istituti no-profit la fornitura di beni pubblici come i vaccini e altri prodotti essenziali”, ha dichiarato **Massimo Florio**, docente presso l'Università di Milano, illustrando lo studio *“Mapping of long-term public and private investments in the development of COVID-19 vaccines”*, redatto su richiesta del Parlamento Europeo e presentato il 23 Marzo a Bruxelles. Florio ha ricordato la proposta del ForumDD di prevedere a livello europeo un'infrastruttura per vaccini e farmaci che, come il CERN o l'Agenzia Spaziale Europea, doti il continente di una politica pubblica per la salute che faccia l'interesse delle persone e non delle imprese private. Hanno reagito alla presentazione dello studio sugli investimenti pubblico-privati per lo sviluppo dei vaccini contro il Covid-19, tre europarlamentari.

Alessandra Moretti, (Partito Democratico), parlamentare europea, membro della Commissione Ambiente e Sanità e relatrice Gruppo S&D della Commissione sugli insegnamenti da trarre dalla pandemia, ha ricordato che occorre vincolare i contributi pubblici alle imprese a condizionalità stringenti e a una definizione condivisa dei prezzi che siano equi e compatibili con la sostenibilità della finanza pubblica.

Marc Botenga, (Partito Del Lavoro Del Belgio), Parlamentare Europeo, anche lui Membro della commissione sugli insegnamenti da trarre dalla pandemia, ha messo l'accento sulla possibilità di cambiare rotta attraverso decisioni radicali come quelle che in altri momenti sono state assunte dalle Istituzioni europee. Per far sì che questo accada, è necessaria una mobilitazione della società civile per invertire i rapporti di forza all'interno degli organi politici comunitari e dare voce e sostegno a proposte come quella di creare un'infrastruttura pubblica europea per la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci.

Infine, **Patrizia Toia**, (Partito Democratico) Parlamentare Europea, Vicepresidente Commissione Industria, Ricerca, Energia (ITRE), che ha contribuito a promuovere e presentare nell'ambito dello STOA – Science and Technology Assessment Panel del Parlamento Europeo la proposta di creare un'infrastruttura pubblica europea per vaccini e farmaci, ha ribadito il suo pieno sostegno alla stessa, la cui innovazione sta nel pensare al prodotto e ai benefici della ricerca come bene comune. A seguire, sono intervenuti altri membri del gruppo che hanno presentato in maggior dettaglio le proposte di policy elaborate a partire dalle rispettive linee di ricerca.

Ugo Pagano (Università di Siena) si è concentrato su brevetti e proprietà intellettuale: *“Al WTO si continua a rimandare l'estensione della moratoria dei brevetti agli strumenti diagnostici per il covid nonostante il parere favorevole della commissione interministeriale. Particolarmente deludente è la posizione dilatoria dell'Europa. E' urgente ampliare il ruolo della scienza aperta liberando la conoscenza da una sua ormai soffocante privatizzazione imponendo investimenti minimi in ricerca pubblica come condizione per partecipare in modo non opportunistico al commercio internazionale”*, ha dichiarato. *“Occorre inoltre istituire una authority internazionale che possa rapidamente espropriare conoscenze private che impediscono il raggiungimento di obiettivi pubblici o di ulteriore avanzamento della ricerca”*.

Fulvio Esposito (Università di Camerino), ha ricordato il lavoro del ForumDD sull'impatto sociale delle Università: *“Gli sviluppi dell'intelligenza artificiale, autentica macchina a vapore della rivoluzione tecnologica contemporanea, il cui*

carburante non è il carbone, ma l'accesso e l'utilizzo dei dati, rischiano non solo di far prevalere, ma di rendere irreversibile uno scenario di concentrazione della conoscenza e di esacerbazione delle disuguaglianze. In questo contesto, le **università**, produttrici e serbatoi di conoscenza e di dati, possono e devono esercitare un ruolo centrale per un uso democratico della conoscenza”.

Poi si è parlato di politica industriale e di transizione ecologica: “L'Italia è stata molto attiva nelle innovazioni tecnologiche legate alla mitigazione e all'adattamento al cambiamento climatico, seppur con profonde disparità regionali”, ha ricordato **Angelica Sbardella** (Centro Ricerche Enrico Fermi), autrice di uno studio che introduce un indicatore che misura la competitività tecnologica verde. “Sebbene mostri quote non elevate di brevetti verdi rispetto alla Germania e alla Francia, l'Italia si specializza in tecnologie molto complesse e si posiziona in modo continuo tra le **prime cinque nazioni europee più competitive**. Le regioni italiane hanno diversi vantaggi competitivi nelle tecnologie che potrebbero avere un ruolo cruciale per la transizione verde. L'emergenza climatica potrebbe essere l'ultima opportunità per rilanciare una crescita sostenibile dell'economia italiana. Perché accada, le imprese devono tuttavia essere affiancate da una nuova stagione di interventi statali”.

Infine **Giulio De Petra** (Centro per la Riforma dello Stato) ha parlato dell'uso di dati digitali e della necessità di restituirli alle comunità e ai territori per finalità sociali: “L'addestramento dei sistemi di AI applicati al linguaggio è il più recente esempio di come l'enorme quantità di dati generata dalla transizione digitale sia oggi utilizzata quasi esclusivamente dalle grandi aziende tecnologiche. Per restituire questa straordinaria risorsa anche alle comunità e ai territori che l'hanno prodotta è possibile, partendo dalle pratiche esistenti, realizzare infrastrutture che utilizzino i dati pubblici e privati per conseguire utilità sociali. Ad esempio per sostenere processi deliberativi finalizzati al governo locale o per rafforzare l'azione di contrasto delle disuguaglianze. Chiedendo al Garante dei Dati Personali di autorizzare l'accesso ai dati dei privati per fini di pubblico interesse”.

Le profonde trasformazioni indotte nella società contemporanea dalla quarta rivoluzione industriale, in particolare quelle che aumentano esponenzialmente le capacità di **estrazione, raccolta ed elaborazione dei dati** (big data, super calcolo, intelligenza artificiale), ci pongono una **sfida cruciale in termini di giustizia sociale e democrazia**. Una sfida il cui esito dipende dal modo in cui governeremo **la diffusione e l'uso della conoscenza nella transizione digitale**: da un lato, può essere l'occasione per un miglioramento diffuso delle condizioni materiali e sociali delle persone; dall'altro, essa può condurre ad una concentrazione monopolistica della conoscenza e del controllo dei dati senza precedenti, con un grave peggioramento delle disuguaglianze. **La biforcazione che abbiamo davanti tra un uso democratico o autoritario della conoscenza** è dovuta alla sua natura non rivale: ad essa potremmo attingere tutti contemporaneamente, senza che il beneficio per l'uno comporti la rinuncia di altri; se però l'accesso al sapere viene privatizzato a vantaggio di una minoranza, ecco che questa nuova rivoluzione industriale rischia di erodere la democrazia, **ridurre la libertà sostanziale delle persone**, distruggere posti di lavoro senza crearne di nuovi e con maggiore qualità, aumentare la polarizzazione della società tra chi ha sempre di più (risorse, sapere, potere...) e chi sempre di meno.

Nello scenario attuale, con ideologie che oscillano tra nazionalismo e neoliberalismo, questa seconda possibilità è quanto mai reale, dal momento che **la transizione digitale procede largamente al di fuori di qualunque meccanismo di controllo e di presidio democratico**. Le crescenti disuguaglianze sono oggetto di discussione pubblica e punti programmatici dei partiti politici; assai di rado, però, se ne analizzano le interconnessioni con la rivoluzione digitale e – più in generale – con le dimensioni socio-economiche della conoscenza. Come questa si formi, si diffonda, e chi sia a beneficiarne raramente è materia di dibattito politico e tantomeno di messa in discussione delle tendenze in atto.

Eppure, quanto la produzione e la diffusione della conoscenza sia legata alle nostre vite dovrebbe essere ormai chiaro. Pensiamo alla pandemia. Durante quel periodo, abbiamo constatato alcuni degli **effetti perversi dell'attuale concentrazione monopolistica della conoscenza**: abbiamo visto come questa ha impattato su prezzi ed accessibilità di beni essenziali come i vaccini e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali. Abbiamo anche assistito ad un uso della tecnologia a scopi geopolitici, in un contesto di disordine internazionale e di interdipendenza perversa fra Stati e piattaforme digitali. Infine, sono sempre più numerosi i segnali di una spirale di insicurezza e investimenti militari, favorita dall'esistenza di “brevetti segreti” in campo militare.

L'Unione Europea in questo scenario ha una posizione controversa: da un lato, si mostra sensibile alla tutela degli individui dall'abuso dei dati personali e prefigura forme di uso concertato e di altruismo dei dati che sono alternative ai modelli corporate USA e statalista cinese; dall'altro, resta succube di logiche di monopolizzazione della conoscenza estranee a ogni utilità sociale, come è apparso chiaramente con la ferma opposizione all'accesso aperto alle tecnologie dei vaccini.

L'Italia, che con il suo assetto economico e sociale fatto di imprenditoria e socialità diffuse, potrebbe trarre particolari benefici da un utilizzo democratico della conoscenza, è invece **gravata dal rifiuto di ogni intervento di politica industriale**.

Questi tratti evidenziano il concretizzarsi del rischio di un **uso autoritario della conoscenza** – peggiorativo in termini di disuguaglianze socio-economiche – e comportano **notevoli pericoli per la pace e la democrazia**, esacerbati da una montante dinamica autoritaria che coinvolge anche la transizione digitale.

Il **Forum Disuguaglianze e Diversità** si occupa sin dalla nascita di questi temi, una comunità di lavoro che raccoglie ricercatrici e ricercatori impegnati su diversi aspetti socio-economici della conoscenza, in dialogo continuo con i saperi di chi sta sul campo. Comune a tutti noi è l'obiettivo di **orientare le transizioni digitale e tecnologica in senso democratico**, cioè verso modalità di organizzazione, accesso e utilizzo dei dati e della conoscenza che consentano a **individui ed organizzazioni sociali di perseguire le proprie aspirazioni, di confrontarsi in modo informato e di esprimere la propria capacità creativa, imprenditoriale e solidale**; modalità che contrastino la saldatura tra autoritarismo delle grandi imprese e autoritarismo statale nell'uso dei dati, in una logica di nazionalismi contrapposti, molto pericolosa nei suoi risvolti geopolitico-militari.

Per osservazioni e precisazioni: laboratoriocarteinregola@gmail.com

<https://www.carteinregola.it/index.php/il-manifesto-del-forum-dd-per-la-transizione-digitale/>

ChatGPT: interesse da record

Tempo utilizzato dai servizi online selezionati per raggiungere un milione di utilizzatori

	lancio	
Netflix	1999	3.5 anni
Kickstarte*	2009	2.5 anni
Airbnb**	2008	2.5 anni
Twitter	2006	2 anni
Foursquare***	2009	13 mesi
Facebook	2004	10 mesi
Dropbox	2008	7 mesi
Spotify	2008	5 mesi
Instagram***	2010	2.5 mesi
ChatGPT	2022	5 giorni

*un milione di sostenitori **un milione di notti prenotate *** un milione di downloads

Fonte:
Elaborazione ISPI su annunci aziendali

ISPI

ChatGPT: scenario Terminator? (ISPI)

Niente è come sembra

Avete visto le immagini di Macron che raccoglie la spazzatura, o il Papa con un insolito piumino bianco? Oltre a non essere vere, le due foto hanno anche un'altra caratteristica in comune: entrambe sono state create attraverso l'intelligenza artificiale (AI). Usando i più moderni modelli linguistici, le chatbot (come ChatGPT sviluppata da OpenAI) sono infatti in grado di eseguire una gamma crescente di compiti, tra cui la creazione di immagini e testi. Evidenti, dunque, i rischi connessi alla diffusione di fake news, ma le implicazioni potrebbero essere molteplici, incluse quelle sull'educazione o sul dibattito pubblico. Proprio per questo negli ultimi giorni Elon Musk (cofondatore di OpenAI, poi lasciata nel 2018) insieme a un altro migliaio di imprenditori ed esperti nel settore hanno firmando una lettera aperta per chiedere una pausa di almeno sei mesi nella loro sperimentazione.

Hey, teacher, (don't) leave that app alone

Ma c'è anche chi guarda con preoccupazione al mercato del lavoro. I modelli di AI sono in grado di analizzare immagini e testi fino a 25.000 parole, creare un sito web da uno schizzo disegnato a mano e ricreare giochi in pochi secondi. Insomma, potrebbero presto sostituire alcuni lavori, come traduttori o operatori telefonici, e non solo. Nel complesso, però, la tecnologia potrebbe anche integrarsi con i lavoratori aumentandone la produttività, invece che portarli alla disoccupazione. Ad esempio, gli insegnanti potrebbero sfruttare i software di AI per controllare i plagii, mentre secondo uno studio del MIT nel settore delle risorse umane si potrebbero velocizzare i tempi necessari per scrivere comunicati stampa, brevi relazioni, o delicate e-mail.

Prima che sia tardi

Nel frattempo, i governi si affannano per formulare una risposta politica alla rapida evoluzione dell'AI. Il governo inglese ha pubblicato ieri le sue linee guida per regolamentare il settore, mentre l'UE sta valutando una nuova legislazione per limitarne l'uso (visto che l'Artificial Intelligence Act del 2021 è ormai obsoleto) e la Casa Bianca ha proposto la sua Carta dei diritti per tutelare i cittadini.

Quello tra regolatore e regolato è da sempre un inseguimento, soprattutto da quando il regolato si trova sulla frontiera tecnologica. Per contrastare il fenomeno, gli autori della lettera aperta chiedono all'autorità di garantire la responsabilità per i danni dell'AI, finanziamenti pubblici per la ricerca sulla sicurezza e istituzioni per far fronte agli sconvolgimenti

economici e politici (soprattutto per la democrazia) che l'AI causerà. I regolatori saranno in grado di stare al passo con i tempi, o è tempo di mettere da parte le priorità commerciali e valutarne i rischi?

<https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/chatgpt-scenario-terminator-123224>



Liberare la conoscenza per ridurre le disuguaglianze (Forum Disuguaglianze)

Le profonde trasformazioni indotte nella società contemporanea dalla quarta rivoluzione industriale, in particolare quelle che aumentano esponenzialmente le capacità di estrazione, raccolta ed elaborazione dei dati (big data, super calcolo, intelligenza artificiale), ci pongono una sfida cruciale in termini di giustizia sociale e democrazia.

Una sfida il cui esito dipende dal modo in cui governeremo la diffusione e l'uso della conoscenza nella transizione digitale: da un lato, può essere l'occasione per un miglioramento diffuso delle condizioni materiali e sociali delle persone; dall'altro, essa può condurre ad una concentrazione monopolistica della conoscenza e del controllo dei dati senza precedenti, con un grave peggioramento delle disuguaglianze.

La biforcazione che abbiamo davanti tra un uso democratico o autoritario della conoscenza è dovuta alla sua natura non rivale: ad essa potremmo attingere tutta contemporaneamente, senza che il beneficio per l'uno comporta la rinuncia di altri; se però l'accesso al sapere viene privatizzato a vantaggio di una minoranza, ecco che questa nuova rivoluzione industriale rischia di erodere la democrazia, ridurre la libertà sostanziale delle persone, distruggere posti di lavoro senza crearne di nuovi e con maggiore qualità, aumentare la polarizzazione della società tra chi ha sempre di più (risorse, sapere, potere...) e chi sempre di meno.

Nello scenario attuale, con ideologie che oscillano tra nazionalismo e neoliberalismo, questa seconda possibilità è quantomai reale, dal momento che la transizione digitale procede largamente al di fuori di qualunque meccanismo di controllo e di presidio democratico.

Le crescenti disuguaglianze sono oggetto di discussione pubblica e punti programmatici dei partiti politici; assai di rado, però, se ne analizzano le interconnessioni con la rivoluzione digitale e – più in generale – con le dimensioni socio-economiche della conoscenza. Come questa si formi, si diffonda, e chi sia a beneficiarne raramente è materia di dibattito politico e tantomeno di messa in discussione delle tendenze in atto. Eppure, quanto la produzione e la diffusione della conoscenza sia legata alle nostre vite dovrebbe essere ormai chiaro. Pensiamo alla pandemia.

Durante quel periodo, abbiamo constatato alcuni degli effetti perversi dell'attuale concentrazione monopolistica della conoscenza: abbiamo visto come questa ha impattato su prezzi ed accessibilità di beni essenziali come i vaccini e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali. Abbiamo anche assistito ad un uso della tecnologia a scopi geopolitici, in un contesto di disordine internazionale e di interdipendenza perversa fra Stato e piattaforme digitali.

Infine, sono sempre più numerosi i segnali di una spirale di insicurezza e investimenti militari, favorita dall'esistenza di "brevetti segreti" in campo militare.

L'Unione Europea in questo scenario ha una posizione controversa: da un lato, si mostra sensibile alla tutela degli individui dall'abuso dei dati personali e prefigura forme di uso concertato e di altruismo dei dati che sono alternative ai modelli corporate USA e statalista cinese; dall'altro, resta succube di logiche di monopolizzazione della conoscenza estranee a ogni utilità sociale, come è apparso chiaramente con la ferma opposizione all'accesso aperto alle tecnologie dei vaccini.

L'Italia, che con il suo assetto economico e sociale fatto di imprenditoria e socialità diffuse, potrebbe trarre particolari benefici da un utilizzo democratico della conoscenza, è invece gravata dal rifiuto di ogni intervento di politica industriale. Questo tratto evidenzia il concretizzarsi del rischio di un uso autoritario della conoscenza - peggiorativo in termini di disuguaglianze socio-economiche - e comportano notevoli pericoli per la pace e la democrazia, esacerbata da una montante dinamica autoritaria che coinvolge anche la transizione digitale.

Il Forum Disuguaglianze e Diversità si occupa sin dalla nascita di questi temi, una comunità di lavoro che raccoglie ricercatrici e ricercatori impegnati su diversi aspetti socio-economici della conoscenza, in dialogo continuo con i saperi di chi sta sul campo.

Comune a tutti noi è l'obiettivo di orientare le transizioni digitale e tecnologica in senso democratico, cioè verso modalità di organizzazione, accesso e utilizzo dei dati e della conoscenza che consentano a individui ed organizzazioni sociali di perseguire le proprie aspirazioni, di confrontarsi in modo informato e di esprimere la propria capacità creativa, imprenditoriale e solidale; modalità che contrastano la saldatura tra autoritarismo delle grandi imprese e autoritarismo statale nell'uso dei dati, in una logica di nazionalismi contrapposto, molto pericolosa nei suoi risvolti geopolitico-militari. Da queste linee di approfondimento sono nate nel tempo diverse proposte, tanto ambiziose quanto fattibili: Abbiamo portato all'attenzione del Parlamento europeo la proposta di realizzare un'infrastruttura pubblica europea per la ricerca e lo sviluppo, a cominciare dal settore sanitario (vaccini, farmaci), per prevenire gli effetti economici della concentrazione monopolistica della conoscenza e promuovere lo sviluppo tempestivo di farmaci di interesse pubblico.

Abbiamo fatto appello al rilancio della cooperazione internazionale a scopo di solidarietà e pace, iniziando da una revisione dell'accordo TRIPs, per riequilibrare la gerarchia tra il principio della conoscenza come bene comune e proprietà intellettuale, e per prevenire l'attivazione del circolo tecnologico-militare.

Abbiamo proposto che, attraverso un confronto continuo, tecnico e di merito, siano definite missioni strategiche utili al paese con le maggiori imprese pubbliche italiane - oggetto di un nostro dettagliato studio - promuovendo filiere ad elevata innovazione verde e colmando le lacune in filiere incomplete.

Abbiamo avanzato proposte per orientare la transizione digitale in senso democratico, esigendo che sia possibile utilizzare in modo sostenibile i dati pubblici e privati per conseguire utilità sociali.

Partendo dalle pratiche esistenti, abbiamo proposto di realizzare un'infrastruttura per la restituzione dei dati alle comunità, che sia in grado di sostenere processi deliberativi finalizzati al governo locale e di rafforzare l'azione di contrasto delle disuguaglianze; e di affidare ad una autorità preposta il compito di autorizzare l'accesso ai dati privati per fini di pubblico interesse.

Abbiamo proposto di valutare in modo appropriato l'impatto sociale di università e enti pubblici di ricerca (cosiddetta 'terza missione'), ossia non solo e non tanto in termini di ritorni di mercato nel trasferimento di conoscenza e brevetti, come finora avvenuto, ma in base a un insieme di criteri che includono il contributo alla scienza aperta e all'innovazione dei sistemi di piccola e media impresa, alla capacitazione della comunità, alla giustizia sociale e ambientale e alla riduzione dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale, etc.

Con eccezione dell'ultima proposta, che, anche grazie all'alleanza con un'ampia rete di università ed enti di ricerca, si è tradotta in una radicale modifica del sistema di valutazione del loro impatto sociale, i cambiamenti proposti hanno incontrato sinora un ascolto decisamente inadeguato da parte della classe dirigente politica. Sono invece diventati terreno di confronto con molte altre organizzazioni e reti che lavorano con le stesse nostre premesse e nella stessa direzione. Il cambiamento di rotta è urgente.

Il mito del digitale e di ogni cambiamento tecnologico come neutrale ha, nei fatti, lasciato campo libero ad una concentrazione del controllo sulla conoscenza lesivo delle libertà, della democrazia e dell'uguaglianza. Dinamica amara e paradossale se pensiamo che le stesse nuove tecnologie permetterebbero, viceversa, una diffusione sempre più ampia della conoscenza e la partecipazione di un numero di persone sempre maggiore alla produzione di nuovi saperi e all'assunzione di decisioni giuste.

Come già in passato, l'esito dipende dalle scelte pubbliche e collettive. Le proposte per andare nella direzione di un futuro più giusto ci sono. Mentre continuiamo a migliorare ed estendere queste proposte, si tratta di alzare il tono del confronto e della mobilitazione per chiamare le forze politiche alle loro responsabilità. Nell'Assemblea dello scorso dicembre, il Forum DD ha deciso di "valutare assieme ad altre reti [...] vertenze nazionali su questioni centrali per la giustizia sociale e ambientale delle persone [...] [per] contrastare scelte inique, ma anche mettere alla prova l'esistenza di un'effettiva disponibilità al cambiamento radicale di rotta". Al centro di questo impegno vi sarà l'obiettivo di liberare la conoscenza dalle gabbie dove è racchiusa, promuovendo una nuova stagione di politiche pubbliche per rilanciare l'innovazione, promuovere uno sviluppo economico socialmente e ambientalmente giusto e ridurre le disuguaglianze.

www.forumdisuguaglianzediversita.org/wp-content/uploads/2023/04/Liberare-la-conoscenza_Manifesto-FORUMDD.x59292.pdf

The Potentially Large Effects of Artificial Intelligence on Economic Growth (Briggs/Kodnani) (Economics Research 2023)

Global Economics Analyst

The Potentially Large Effects of Artificial Intelligence on Economic Growth (Briggs/Kodnani)

- The recent emergence of generative artificial intelligence (AI) raises whether we are on the brink of a rapid acceleration in task automation that will drive labor cost savings and raise productivity. Despite significant uncertainty around the potential of generative AI, its ability to generate content that is indistinguishable from human-created output and to break down communication barriers between humans and machines reflects a major advancement with potentially large macroeconomic effects.
- If generative AI delivers on its promised capabilities, the labor market could face significant disruption. Using data on occupational tasks in both the US and Europe, we find that roughly two-thirds of current jobs are exposed to some degree of AI automation, and that generative AI could substitute up to one-fourth of current work. Extrapolating our estimates globally suggests that generative AI could expose the equivalent of 300mn full-time jobs to automation.
- The good news is that worker displacement from automation has historically been offset by creation of new jobs, and the emergence of new occupations following technological innovations accounts for the vast majority of long-run employment growth. The combination of significant labor cost savings, new job creation, and higher productivity for non-displaced workers raises the possibility of a productivity boom that raises economic growth substantially, although the timing of such a boom is hard to predict.
- We estimate that generative AI could raise annual US labor productivity growth by just under 1½pp over a 10-year period following widespread adoption, although the boost to labor productivity growth could be much smaller or larger depending on the difficulty level of tasks AI will be able to perform and how many jobs are ultimately automated.
- The boost to global labor productivity could also be economically significant, and we estimate that AI could eventually increase annual global GDP by 7%. Although the impact of AI will ultimately depend on its capability and adoption timeline, this estimate highlights the enormous economic potential of generative AI if it delivers on its promise.

Jan Hatzius
+1(212)902-0394 | jan.hatzius@gs.com
Goldman Sachs & Co. LLC

Joseph Briggs
+1(212)902-2163 | joseph.briggs@gs.com
Goldman Sachs & Co. LLC

Devsh Kodnani
+1(917)343-9216 | devsh.kodnani@gs.com
Goldman Sachs & Co. LLC

Giovanni Pierdomenico
+44(20)7051-6807 | giovanni.pierdomenico@gs.com
Goldman Sachs International

For the exclusive use of GIULIA.LORIA@COMMUNITY.IT

Investors should consider this report as only a single factor in making their investment decision. For Reg AC certification and other important disclosures, see the Disclosure Appendix, or go to www.gs.com/research/hedge.html.



SITIM/ISMIT

Scuola Internazionale di Telemedicina e Informatica Medica/International School of Medical Informatics and Telemedicine

FIRM: Fisica, Informatica e Robotica
in Medicina

7° Workshop Nazionale (On line/On site)

30 Maggio 2023 – CNR di Segrate (Milano)

Fisica Sanitaria, Chirurgia, Medicina Fisica e Riabilitazione

Applicazioni elettriche, magnetiche, laser... in terapie mediche

3D Printing, Diagnostica per immagini, Medicina Nucleare, Radiomica Intelligenza Artificiale, Telemedicina, sensoristica, IoT, Realtà virtuale

Biodevices e sistemi robotici, IAT: Info-Assistive Technologies



Il contributo della Fisica in Medicina (in termini teorici e pratici di applicazioni tecnologiche) è datato da secoli (con i tanti apparecchi utilizzati in diagnosi e trattamento come termometro, raggi X, ECG, EEG, Risonanza magnetica, laser, robot, ecc.).

Quello dell'Informatica in sanità è più recente (50 anni) anche se le applicazioni analogiche dell'elettrologia e dell'elettronica nel settore medico sono più vecchie. Ormai la digitalizzazione dell'informazione (variamente espressa con dati, segnali, immagini, video, ecc.) ha rivoluzionato la società e la medicina moderna grazie alla migliore gestione dei sistemi informativi e alla veloce comunicazione di dati in rete (gli operatori sanitari possono condividere e consultare i documenti clinici dei pazienti che possono e essere monitorati anche a distanza con sistemi di telemedicina). L'uso diffuso di devices biomedicali digitali nei processi diagnostici e terapeutici permette di immettere in rete (Internet delle Cose - IoT) notevoli quantità di dati (Big Data) utili alla pratica clinica, alla ricerca biomedica ed indagini epidemiologiche. La conoscenza che ormai scaturisce dalla rete infotelematica mondiale, grazie ad appropriate analisi delle varie banche dati (Big Data e Data Analytics), sta rivoluzionando anche la medicina permettendo di condividere e verificare rapidamente nuovi approcci diagnostici, terapeutici, di monitoraggio e riabilitativi.

Anche la Robotica, come campo interdisciplinare tra meccanica, elettronica, matematica, biologia, ecc.) si è sviluppata fortemente negli ultimi 40 anni, grazie a studi e applicazioni di macchine automatiche (robot), supportate da computer ed atte a svolgere compiti umani (fisici ed intellettivi). I settori applicativi sono molti e vanno dall'automazione industriale ad operazioni militari e spaziali, dalla domotica ad attività sociali, dalla medicina (robot chirurgici, esoscheletri riabilitativi) alla teleriabilitazione di arti superiori ed inferiori, ecc.

Topics

Misurazione e strumentazione medicale, apparecchiature diagnostiche
Immagini e Segnali Biomedici digitali
Medicina Nucleare, Radio e adroterapie
Elettrostimolazione, magneto terapia e applicazioni laser
bioingegneria e fisica medica
Realtà virtuale e Realtà aumentata
Biorobotica, Visione, Esoscheletri per cammino, ecc.

Sistemi Informativi ospedalieri
Sistemi di e-Health e Telemedicina (Tele-radiologia, telecardiologia, telepatologia, ecc.)
Telemonitoraggio, Teleconsulto, telediagnosi, Teleriabilitazione
Biosensori, Biodevice, p-Health e Medicina personalizzata
Internet delle Cose (IoT), Big Data e Data analytics
Stampa 3D
High performance computing e Calcolo parall

Call for papers (Deadline 6 Maggio 2023)

Chair: **Francesco Sicurello**, Presidente IITM, Ricercatore Associato CNR-ITB Milano

CoChair; **Alessandro Orro**, CNR-ITB Milano, Direttivo @itim

COMITATO SCIENTIFICO

Fulvio Adorni, CNR-ITB Milano

Giannino Algeri, I.A.L.T – Laser Therapy Lugano, Switzerland

Filippo Amore, IAPB Italia Onlus, Fondaz Policlinico Gemelli

Alessio Amatu, Ospedale Niguarda, Milano

Giuseppe Andreoni, Politecnico di Milano

Giuseppe Walter Antonucci, AIT@SIT, ASL Barletta Trani

Claudio Azzolini, Università Insubria, Ospedale di Varese

Elisabetta Bacca, Aias Monza, COBAC Desio

Nello Balossino, Università degli Studi di Torino

Andrea Bandini, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Beatrice Barra, New York University

Sergio Bella, Ospedale Bambino Gesù Roma

Pedro Berjano, IRCCS Ist. Ortopedico Galeazzi, Milano

Domenico Bloisi, Università della Basilicata

Mario Bochicchio, Università di Bari e CINI

Donatella Bonaiuti, SIMFeR

Matteo Botteghi, WorldConnex, Univ. Politecnica delle Marche, Università di Bologna

Marco Capogrosso, University of Pittsburgh

Mario Cannataro, Università di Catanzaro

Andrea Capra, Caspo consulting

Massimo Casciello, Ministero della Salute

Giovanni Casiraghi, New Micro

Mirco Castiglioni, Ospedale San Donato, Milano

Piergiorgio Cerello, INFN, Università degli Studi di Torino

Cesare Cerri, Riabilitazione-Università Milano Bicocca

Francesco Chiampo, Centro San Girolamo Parma

Mario Ciampi, ICAR-CNR, Napoli

Fabrizio Clemente, IIC-CNR, AORN Santobono-Pausilipon

Angela Colantonio, University of Toronto, Canada

Gabriele Concordia, Asst-Pini-CTO Milano, AIT@SIT

Alfredo Corticelli, Ospedale di Desio, ASST Monza

Fausto Crapanzano, Med. Fisica e Riabilazione, ASP-AG

Andrea Crema, AGO Neurotechnologies Sàrl, Switzerland

Paolo Cristiani, CBIM Pavia

Federico Della Rocca, IRCCS Humanitas Milano

Giulio Del Popolo, Ospedale Careggi Firenze

Lucio De Paolis, Università del Salento, Lecce

Giuseppe De Pietro, CNR ICAR, Napoli

Elena De Ponti, Fistic aSanitar, Osp San Gerardo Monza

Giuseppina Di Lauro, Dedalo Solutions Pisa

Gaetano Dipietro, 118 Bari e BT e AIMC

Ivano Dones, Istituto Neurlogico C. Besta, Milano

Fabio Farina, GARR, Università Milano – Bicocca

Laura Fariselli, Istituto Neurlogico C. Besta, Milano

Carlo Fornaini, Univers. Parma e Nice-Sophia Antipolis

Maurizio Fornari, IRCCS Humanitas Milano

Antonio Frisoli, PERCRO, Scuola Super. S. Anna, Pisa

Gian Angelo Geminiani, Botika e Accyourate, San Marino

Piermario Gerthoux, vice-Presidente IITIM

Francesco Ghielmetti, Ist. Neurlogico C. Besta Milano

Mauro Giacomini, Università di Genova

Maria Carla Gilardi, Università Milano – Bicocca

Michelina Graziano, ASP di Cosenza

Mauro Grigioni, ISS Roma

Marco Grimaldi, IRCCS Humanitas Milano

Luca Guerra, Università Milano – Bicocca

Alberto Lazzèro, Univ. di Torino E-Health Open Zone

Antonella Limonta, IRCCS INRCA Casatenovo LC

Leonardo Longo, Laser Institute, Firenze

Nicolò Macellari, École Polytechnique federale Lausanne

Pasqualino Maietta Latessa, Università di Bologna

Roberto Mancin, Università di Padova

Matteo Malosio, STIIMA – CNR, Lecco

Massimo Marra, Università del Salento

Giuseppe Mastronardi, Politecnico di Bari, AICA

Giancarlo Mauri, Università Milano – Bicocca

Stefano Mazzoleni, Politecnico di Bari

Corrado Melegari, Elias neuroriabilitazione, Un. Parma

Franca Melfi, Università di Pisa

Alessandra Mezzelani, CNR-ITB Milano

Silvestro Micera, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa &

École Polytechnique Fédérale, Lausanne

Luciano Milanesi, CNR-ITB Milano

Paolo Milia, Istituto Prosperius Tiberino

Paolo Mocarelli, Università Bicocca Milano

Angela Morreale, INeurologia Bologna

Sandro Mussa-Ivaldi, Northwestern University,

Rehabilitation Institute of Chicago

Federico Nicolosi, IRCCS Humanitas Milano

Alessandro Nobili, Officine Ortopediche Rizzoli, **Antonio**

Oliviero, Hospital de Paraplégicos, Toledo

Maria Pia Onesta, Unità Spinale Osp. Cannizzaro, CT

Silvia Orlandi, DEI Università di Bologna

Riccardo Orsini, Ospedale di Lucca, AIT@SIT

Daniilo Pani, Università di Cagliari

Eugenia Papaleo, ASP Potenza-Basilicata

Luigi Pavone, **NeuroMed Pozzilli**

Gianni Pellicanò, Ospedale Universitario Careggi, Firenze

Alberto Pesci, Università Bicocca, Ospedale Monza

Elvira Pirondini, Università di Pittsburgh

Domenico Pisanelli, CNR Roma

Gianluca Polvani, IRCCS Cardiologico Monzino, Milano

Paolo Randaccio, Università di Cagliari

Simone Re, Digitec Innovation, Lecco
Fabrizio L. Ricci, CNR Roma
Giovanna Rizzo, CNR-ITB Milano
Rodolfo Rivera, Soc. It. Nefrologia, Ospedale Desio
Luigi Romano, Università di Napoli Parthenope
Nicoletta Sabadini, Università dell'Insubria Como
Raul Saggini, Med. Fisica e Riabil., Univ. Chieti
Antonino Salvia, Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma
Valter Santilli, "Sapienza" Università di Roma
Antonella Santone, Università del Molise Campobasso

Eugenio Santoro, Ist. Farmacologico Mario Negri Milano
Sandro Scandolo, Abdus Salam International Centre for
Theoretical Physics (ICTP), Trieste
Aleksandra Sojic, CNR-ITB Milano
Cristiano Spreafico, Radiologia Merate, ASST Lecco
Enrico M. Staderini, Western Switzerland University
Giulia Stampacchia, Ospedale Universitario Pisa
Michele Stasi, Candiolo Cancer Institute-Torino, AIFM
Marco Sumini, Università di Bologna
Peter Tonellato, Harvard Medical School, Boston
Marco Vitale, Università di Parma
Davide Zennaro, Asst-Pini-CTO Milano, AIT@SIT

Per ulteriori informazioni e modalità di partecipazione, contattare: segreteria@iitm.einternational

Inflazione e salari fermi: il crollo dei consumi incubo sulla crescita (La Repubblica, Valentina Conte)

Valentina Conte

Si riduce del 3,7% il potere d'acquisto, le famiglie hanno esaurito i risparmi da pandemia. In 8 milioni aspettano il rinnovo di contratto. ROMA - Crolla il potere d'acquisto delle famiglie (-3,7% nell'ultimo trimestre 2022, segnala l'Istat) e precipita la loro propensione al risparmio (-2%).

Due fenomeni legati all'inflazione ancora forte ([+7,7% a marzo, ma +12,7% per il carrello della spesa](#)) che si mangia porzioni importanti dei redditi e induce le persone ad attingere al "tesoretto" messo da parte in pandemia per sostenere i consumi (+3%). Il cuscinetto si sta però esaurendo. E gli effetti sul Pil rischiano di essere forti, così da impattare sui conti del governo per quest'anno e il prossimo, definiti nel [Def](#), il [Documento di economia e finanza](#) che sarà approvato martedì prossimo in Consiglio dei ministri.

[Confindustria vede nero per il 2023](#): appena +0,4% di Pil e consumi in media quasi fermi (+0,2%). Il governo punta invece a correggere al rialzo la vecchia previsione del +0,6% di Pil, per portarla più vicina possibile al +1%. "Nel 2022 - si legge nell'ultimo rapporto degli industriali - il reddito disponibile ha limitato i danni, nonostante il balzo dell'inflazione, ed è stato utilizzato gran parte dell'extra risparmio spendibile lasciando poche risorse al 2023". Quest'anno poi i tassi più alti spingono pure il costo dei mutui e del credito al consumo.

Il 60% dei contratti nazionali è scaduto

Se si guarda alle retribuzioni, nel 2022 sono cresciute di appena l'1,1% con un rialzo dei prezzi otto volte superiore e soprattutto grazie al rinnovo del contratto del settore pubblico.

In base agli ultimi dati estratti dall'archivio unico Inps-Cnel, relativi alla fine di marzo, ci sono ancora 574 contratti nazionali di lavoro scaduti su 963 depositati, quasi il 60%.

Significa che 7,9 milioni di lavoratori del settore privato su 13,7 milioni attendono, alcuni da anni, il rinnovo dei contratti e assistono impotenti al terzo anno consecutivo di erosione del potere d'acquisto delle loro buste paga in un'epoca di super inflazione a due cifre. Tra questi lavoratori in attesa, ci sono 2,3 milioni di addetti al commercio e distribuzione, 563 mila del turismo, 592 mila della ristorazione, 370 mila socio-sanitari, 400 mila delle agenzie di somministrazione, 513 mila artigiani dell'area meccanica, 116 mila dell'area alimentazione e panificazione, 129 mila acconciatori ed estetisti. E questo è solo un primo conto. Il rinnovo dei contratti, come anche la questione del salario minimo legale per contrastare il lavoro nero e povero, sono al centro delle richieste dei sindacati.

Le manifestazioni dei sindacati

Per ora però Cgil, Cisl e Uil hanno scelto una strada morbida, per alcuni timida, di contrasto al governo, con tre manifestazioni territoriali a maggio (il 6 a Bologna, il 13 a Milano, il 20 a Napoli), oltre alle presenze in piazza sia il 25 aprile sia alla festa del Primo Maggio a Potenza.

Ma di sciopero generale, pur ventilato soprattutto dal [segretario generale della Cgil Maurizio Landini](#), per ora non si parla più.

Sembra prevalere una linea di prudenza, più vicina alla Cisl di Luigi Sbarra, utile a tenere unito il sindacato (l'ultimo sciopero unitario risale al novembre 2013) e aperta ancora una porta di dialogo con il governo soprattutto sulle riforme di fisco e pensioni, sui contratti e i salari, sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, sulla precarietà e il rischio di esplosione dei subappalti dopo la liberalizzazione del nuovo Codice, appena varato.

https://www.repubblica.it/economia/2023/04/05/news/redditi_istat_consumi_famiglie-395099869/?ref=nl-rep-a-bgr

Le nuove regole Ue sui conti pubblici. Aggiustamento dello 0,5% quando il deficit supera il 3% del Pil. (La Repubblica, Dombrowskis)

Dombrowskis: "Gli Stati non potranno più rimandarlo"

La Commissione presenta la sua proposta di riforma del Patto di Stabilità. Spazio ai piani fiscali nazionali, ma scatta la procedura d'infrazione automatica per chi devia dalla traiettoria concordata

La Commissione europea [ha lanciato la sua proposta per l'attesa revisione del Patto di stabilità e crescita](#), l'insieme delle [regole comunitarie sulla finanza pubblica](#). Proposte che, dice il commissario Ue all'Economia, Paolo Gentiloni, "promuovono una maggiore titolarità nazionale attraverso piani strutturali di bilancio a medio termine preparati dagli Stati membri". Garantendo "contemporaneamente la parità di trattamento e la considerazione delle situazioni specifiche dei singoli Paesi", le regole consentiranno "un'applicazione più credibile" dando "agli Stati membri un maggiore margine di manovra nella definizione delle traiettorie di bilancio".

Secondo il vicepresidente della Commissione, Valdis Dombrowskis, ora "gli Stati non potranno più rimandare gli aggiustamenti di bilancio" e "non ci saranno più scuse". La proposta della Commissione sarà sul tavolo dell'Eurogruppo nei prossimi giorni e l'obiettivo dichiarato è chiudere il lavoro legislativo per fine anno, facendo scattare le regole dal gennaio 2024.

"Sono fiducioso che potremo raggiungere questo obiettivo", dice Gentiloni: "E' nell'interesse di tutti gli Stati membri. Rassicurerebbe i mercati finanziari e gli investitori. Darebbe ai governi chiarezza sulla strada da seguire, considerando anche la disattivazione della 'clausola generale di salvaguardia' alla fine di quest'anno".

I piani dei Paesi membri e le priorità Ue

Secondo Bruxelles l'intera proposta poggia sulla programmazione finanziaria nazionale di medio periodo. I piani dei Paesi membri avranno un orizzonte quadriennale per squadernare obiettivi di bilancio, misure di investimento e riforme in agenda. Così si premia la cosiddetta "titolarità nazionale" nella definizione dei piani di bilancio.

Insieme a questo punto, focali sono poi altri quattro aspetti: riferimenti più semplici e trasparenti, con percorsi di risanamento fiscale formulati in termini di obiettivi pluriennali di spesa che assicurino la riduzione del debito pubblico e il mantenimento dei deficit al di sotto del 3% del Pil; percorsi di aggiustamento di bilancio più gradualisti se accompagnati da riforme "credibili" e impegni di investimento che promuovano una crescita sostenibile e inclusiva in linea con le priorità Ue; maggiore affidamento sulle procedure di "infrazione" e "garanzie comuni" come contropartita del maggiore margine di manovra a disposizione dei governi per stabilire i propri percorsi di aggiustamento di bilancio; nuovi standard minimi comuni per l'indipendenza e i compiti per le istituzioni di bilancio nazionali indipendenti.

Il tutto con l'obiettivo di lasciare spazio agli investimenti, senza alcuna "golden rule" per alcune particolari voci di spesa (come green o digitale) ma tenendo in considerazione questi capitoli nella definizione della traiettoria sostenibile sul debito.

Le regole per l'Italia e il compromesso per Berlino

Per l'Italia si confermano [le novità attese alla vigilia](#): il terreno di manovra si fa per alcuni versi più ampio e per altri più stretto. Per i paesi con debito/Pil superiore al 60% e un deficit/Pil superiore al 3%, la Commissione fornirà le traiettorie per l'andamento della spesa (il solo indicatore di riferimento) per un minimo di quattro anni, estensibili a sette. Tali paesi dovranno garantire che al termine del periodo il debito/Pil sia inferiore rispetto alla partenza e fino a quando il deficit sarà oltre il 3% del Pil dovranno garantire un aggiustamento di bilancio minimo dello 0,5% del Pil all'anno.

È questo il riferimento quantitativo precisato in anticipo, il punto di compromesso per [convincere la Germania](#) a non ingabbiare direttamente la riduzione del debito/pil a un ritmo prefissato anno per anno. Per assicurare una stabilità del debito nel lungo periodo, i valori del 60 e del 3% del Pil dunque resteranno in

pie di. Ma verrà meno quanto previsto originariamente, ovvero la riduzione di un ventesimo all'anno del debito in eccesso che per Paesi come l'Italia sono evidentemente irrealizzabili.

La proposta prende quindi in considerazione "un unico indicatore operativo ancorato alla sostenibilità del debito" che servirà "da base per definire il percorso di bilancio ed effettuare la sorveglianza di bilancio annuale per ciascuno Stato membro", viene chiarito nel testo.

"Tale indicatore unico - si legge ancora nella proposta - dovrebbe essere basato sulla spesa primaria netta finanziata a livello nazionale, vale a dire la spesa al netto delle misure discrezionali in materia di entrate ed esclusa la spesa per interessi nonché la spesa per la disoccupazione ciclica e la spesa relativa ai programmi dell'Unione interamente coperta da entrate provenienti dai fondi dell'Unione".

Qualsiasi decisione per intimare uno Stato membro a ridurre il deficit si baserà su una richiesta del Consiglio "di attuare un percorso correttivo di spesa netta che garantisca che il disavanzo pubblico rimanga o sia portato e mantenuto al di sotto del valore di riferimento entro il termine fissato nell'avviso".

"Per gli anni in cui si prevede che il disavanzo delle amministrazioni pubbliche superi il valore di riferimento", ovvero il 3%, "il percorso correttivo della spesa netta è coerente con un aggiustamento annuo minimo di almeno lo 0,5% del Pil come parametro di riferimento". Queste disposizioni vanno a sostituire la cosiddetta "regola del ventesimo", che - ammette la Commissione - "imponesse un impegnativo sforzo di bilancio per alcuni Stati membri". Sono comunque previste clausole - specifiche per i Paesi o generali - che permetteranno deviazioni rispetto ai target di spesa concordati, in caso di profonda recessione del Vecchio continente o per fattori straordinari fuori dal controllo delle autorità nazionali. Sarà il Consiglio, su raccomandazione della Commissione, ad adottarle.

Infrazione automatica per chi non rispetta gli impegni

"Se da un lato le proposte forniscono agli Stati membri un maggiore controllo sulla dei loro piani a medio termine, esse prevedono anche un regime di applicazione più rigoroso per garantire che gli Stati membri rispettino gli impegni. Per gli Stati membri che si trovano ad affrontare sfide sostanziali in materia di debito pubblico, la deviazione dal percorso di aggiustamento di bilancio concordato comporterà automaticamente l'apertura di una procedura per disavanzo eccessivo", chiarisce la Commissione.

"Le norme sono pienamente efficaci solo se vanno di pari passo a una esecuzione credibile - aggiunge Dombrovskis - Per questo intendiamo non modificare le procedure per deficit eccessivi e rafforzeremo la procedura per disavanzo eccessivo basato sul debito. Questa sarà aperta di default se i Paesi con sostanziali sfide di debito non rispettano le norme. Inoltre i Paesi avranno requisiti fiscali più rigorosi se non porteranno avanti le riforme e gli investimenti su cui si sono impegnati. Possiamo anche imporre sanzioni finanziarie, che saranno più attuabili abbassando gli importi".

In caso di un cambio di un Governo - spiega Dombrovskis - "vi è la possibilità di modificare i piani fiscali" per la riduzione del debito. "La Commissione formulerà una nuova traiettoria in cui terrà in considerazione i progressi fatti nel piano da emendare, o eventuali carenze. In ogni caso non potrà essere indebolito lo sforzo fiscale".

Nessun investimento "speciale"

La proposta della Commissione "non introduce un trattamento speciale per nessun particolare tipo di investimento" pur riconoscendo la necessità di "elevati livelli di investimenti e riforme per realizzare una transizione verde e digitale equa e aumentare le capacità di difesa, tra le altre priorità comuni dell'Ue.

"La questione è stata ampiamente discussa nell'ambito del dibattito pubblico sulla revisione della governance economica e non è emerso alcun consenso", spiega l'esecutivo europeo.

Per promuovere gli investimenti nei settori strategici la Commissione propone un percorso di aggiustamento fiscale medio, che lascerà agli Stati membri la possibilità di decidere in merito alle loro priorità di spesa pubblica e fornirà incentivi per impegnarsi in una serie di riforme e investimenti che rispondano a criteri comuni e trasparenti dell'Ue, soggetti a criteri comuni tutele di sostenibilità del debito. In sostanza chi farà investimenti e riforme avrà più tempo per ridurre il debito.

I prossimi passi

Per Gentiloni è "molto importante che la Commissione abbia messo sul tavolo una proposta. Ovviamente riteniamo sia molto buona ed equilibrata, ma allo stesso tempo coopereremo con gli Stati membri per colmare le differenze di opinione". Il testo è atteso già, almeno informalmente, all'Eurogruppo di Stoccolma dei prossimi giorni.

L'Olanda, capofila dei cosiddetti "Paesi frugali", per bocca di un portavoce di governo "accoglie con favore" la proposta della Commissione Europea per riformare il quadro di governance economica dell'Ue e la "studierà. È importante sottolineare che le nuove norme dovrebbero portare a un'ambiziosa riduzione del debito e una migliore sostenibilità del debito per i Paesi fortemente indebitati, ad una migliore conformità alle regole e applicazione delle stesse, al rafforzamento dell'economia europea sostenuta da investimenti e riforme e a trasparenza e parità di trattamento".

https://www.repubblica.it/economia/2023/04/26/news/patta_stabilita_crescita_nuove_regole_ue-397683963/?ref=RHLF-BG-I397685976-P1-S1-T1

AGENAS: Analisi sull'aumento dei costi energetici nelle Aziende Sanitarie Pubbliche tra il 2021 e il 2022

Analisi sull'aumento dei costi energetici nelle Aziende Sanitarie Pubbliche tra il 2021 e il 2022

Sommario

<i>Premessa</i>	3
<i>Metodologia</i>	3
<i>Analisi a livello nazionale</i>	4
<i>Analisi per regione</i>	6



Stati Uniti, perché il potere dei grandi ricchi è un rischio per la democrazia (La Repubblica, Paul Krugman)

Paul Krugman

Dalla Corte Suprema a Fox News, fino a Elon Musk: i tentativi dei plutocrati di ottenere quello che vogliono hanno scatenato forze che potrebbero cancellare l'America che conosciamo. I ricchi sono diversi da voi e da me. Hanno immensamente più potere. Però, quando cercano di esercitarlo, possono mettersi in trappola da soli - dando il loro sostegno a politici che, se ne avranno la possibilità, creeranno una società nella quale gli stessi ricchi non vorrebbero vivere.

Direi che questo è il tema ricorrente nelle quattro importanti vicende in corso. Parlo del rapporto tra il giudice della Corte Suprema [Clarence Thomas](#) e il miliardario Harlan Crow; dell'ascesa e dell'apparente declino della campagna per la presidenza di Ron DeSantis; dei processi (sì, uso il plurale) di [Fox News](#); e della "Musk-apocalisse" a Twitter.

Prima, però, alcune considerazioni sul ruolo delle enormi ricchezze in una democrazia. Chi è di destra spesso sostiene che esprimere preoccupazione per le grandi ricchezze molto concentrate sia antiamericano. In verità, invece, preoccuparsi dei pericoli che le grandi fortune rappresentano per la democrazia rientra proprio nella tradizione americana. La nostra nazione ha inventato la tassazione fiscale progressiva, considerata non solo fonte di introiti, ma anche un modo per frenare la ricchezza smisurata.

Effettivamente, se leggete quello che dissero alcuni personaggi illustri durante l'Era Progressista, vi rendete conto che le opinioni di molti oggi sarebbero denunciate come lotta di classe. Theodore Roosevelt mise in guardia da "una piccola classe di uomini enormemente ricchi ed economicamente potenti, il cui obiettivo primario è mantenere e accrescere il loro potere". Woodrow Wilson dichiarò: "Se in questo Paese esistono uomini abbastanza ricchi da possedere il governo degli Stati Uniti, lo possederanno".

Come fa una grande ricchezza a tradursi in un grande potere? Il finanziamento della campagna elettorale è dominato da un'esigua minoranza di donatori estremamente ricchi. Ma esistono anche altri canali di influenza. Fino a poco tempo fa avrei detto che la corruzione vera e propria - l'acquisto diretto di favori - era rara. La rivelazione di ProPublica (che si occupa di giornalismo investigativo) che il giudice Clarence Thomas si è goduto vacanze lussuose a spese di Harlan Crow lascia intendere che forse non sono stato abbastanza cinico. Oltre a ciò, c'è il grande carosello: gli ex politici e gli ex funzionari che hanno appoggiato gli interessi dei ricchi trovano comode prebende presso le aziende lobbistiche sostenute dai miliardari, nei think tank e negli organi di informazione. Queste organizzazioni contribuiscono anche a modellare quello che gli analisti militari chiamano lo "spazio dell'informazione", incidendo sul dibattito pubblico in modi che favoriscono gli interessi dei mega ricchi.

Malgrado tutto questo, a prescindere da quanto imperfetta e manipolata possa essere la nostra democrazia, comunque c'è soltanto un tot che puoi conseguire in America, a meno di conquistare un gran numero di elettori che non appoggiano un'agenda economica favorevole ai miliardari.

Sarà semplicistico affermarlo, ma penso che sia vero: nonostante un'agenda economica impopolare, negli Usa la destra ha vinto molte elezioni facendo appello all'intolleranza, al razzismo, all'omofobia e, di questi tempi, all'anti-wokeness. Eppure, in quella strategia c'è un rischio: i plutocrati, che immaginano che le forze dell'intolleranza stiano lavorando nel loro interesse, un bel giorno possono svegliarsi e scoprire che le cose sono all'opposto di come si aspettavano. Il che ci porta alle altre vicende a cui ho accennato prima.

Per un po' [DeSantis](#) è parso in ascesa [nella corsa alla nomination dei Repubblicani](#) per la candidatura alla presidenza nel 2024. Buona parte di questo apparente successo rifletteva il sostegno ricevuto dai grandi donatori del [Gop](#), che lo vedevano come l'alternativa più sana a Donald Trump - una che servirebbe i loro interessi finanziari attirandosi il sostegno della classe dei lavoratori con il suo conservatorismo sociale e la disponibilità a fare piedino alle teorie del complotto.

Alcuni donatori, però, se la stanno squagliando, perché sempre più spesso sembra che [l'intolleranza di DeSantis](#) e le teorie del complotto non fossero un mero spettacolo politico. Sono quello che lui è in realtà. E i grandi patrimoni sono alla ricerca di un ciarlatano, non di un vero fanatico.

Tra le forze che hanno spinto per la candidatura di DeSantis c'è Fox News di Rupert Murdoch. In sostanza, Fox è stata fondata per portare avanti la strategia della destra, consistente nello spingere le politiche plutocratiche e al tempo stesso conquistare i lavoratori bianchi della classe operaia con l'intolleranza e le teorie della cospirazione.

Eppure, mail e testi scoperti nel corso della [causa per diffamazione intentata da Dominion Voting Systems](#) rivelano che Fox è diventata prigioniera del pubblico che si è creata. Si è trovata infatti ad avallare affermazioni riguardanti "un'elezione rubata", pur sapendo che erano mendaci, perché temeva di perdere quote di mercato tra i telespettatori disposti a credere alla Grande Menzogna.

C'è qualcuno che nutre dubbi sul fatto che, qualora le primarie repubblicane andassero nella direzione verso cui sembrano dirigersi, Fox tornerebbe subito [nell'angolo di Trump](#)? L'organizzazione di Murdoch, poi, di fatto è stata presa in ostaggio dalle forze stesse che aveva contribuito a trovare.

In ogni caso, la storia di [Elon Musk](#) è, se possibile, ancora più triste. Come ha fatto notare qualche tempo fa [Kara Swisher su Time](#), Musk è il "troll online più ricco del mondo". La pazzia che egli ha contribuito a fomentare non si è impadronita della sua organizzazione. Si è impadronita del suo cervello.

Credo ancora che la concentrazione della ricchezza ai vertici stia indebolendo la democrazia. Ma non si tratta di una semplice storia di dominio plutocratico. È, invece, una storia nella quale i tentativi dei ricchissimi di ottenere quello che vogliono hanno scatenato forze che potrebbero cancellare l'America che conosciamo. Davvero spaventoso.

https://www.repubblica.it/commenti/2023/04/21/news/elon_musk_fox_news_grandi_ricchi_democrazi-a-397098393/?ref=RHRT-BG-I279994148-P4-S3-T1

la Repubblica

Fondi immobiliari, una bolla da mille miliardi: i tassi rischiano di farla esplodere (La Repubblica, Filippo Santelli)

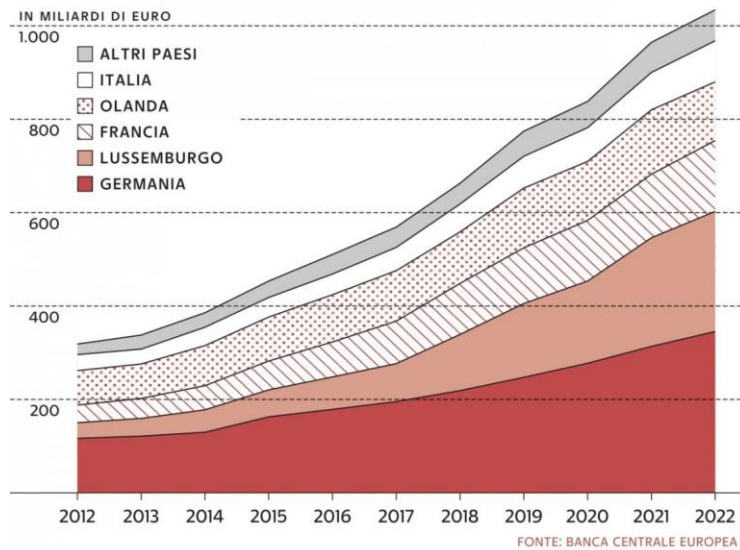
Filippo Santelli

L'allarme di Fmi e Bce: "Segnali crescenti di sopravvalutazione del mercato europeo". Più che il residenziale preoccupa il settore commerciale, dominato dai grandi fondi di investimento, molto indebitati e super esposti a un'eventuale crisi di fiducia e alle richieste di riscatto.

Lo spettro del contagio bancario pare scacciato. Ma ecco che in Europa ne appare un altro, altrettanto noto: quello del mattone. La brusca uscita dalla lunga era dei tassi zero e del denaro facile, dorata per l'immobiliare, sta facendo emergere le fragilità di un settore in cui prezzi e asset si sono gonfiati a dismisura, e che ora deve affrontare un deciso calo di compravendite e valutazioni. Il primo Paese a mostrare crepe è stato la Svezia, dove i valori al metro quadro sono già scesi del 15%. Ma negli ultimi tre mesi dello scorso anno è stata l'Unione europea tutta - dopo sette anni di crescita ininterrotta - a registrare un segno meno.

Arriva una fisiologica correzione o c'è una bolla pronta a scoppiare, che come nel 2008 può contagiare le banche e l'intera economia? La domanda divide gli analisti. E se la maggior parte propende per la prima meno dolorosa ipotesi, alcuni comparti dell'immobiliare hanno accumulato rischi preoccupanti e potenzialmente sistemici: in particolare il real estate commerciale, quello di grattacieli, uffici e ipermercati, dominato da fondi di investimento assai esposti al repentino cambio di scenario.

Su questo fronte la geografia del rischio è inedita: ad essere più vulnerabili sono Germania e Olanda, emblemi di solidità nei conti pubblici. Mentre l'Italia, dove il mattone ha logiche a sé, pare più al riparo.



Tremano le fondamenta

Se il collasso del 2008 ebbe un innesco tutto americano, i mutui subprime, l'overdose di liquidità con cui l'economia globale si è curata ha gonfiato i prezzi ovunque, Europa compresa. Vedere i valori delle case nella Ue: oggi sono del 50% più elevati rispetto al fondo toccato nel 2015, e ben più alti rispetto ai mesi precedenti alla Grande Crisi. La ripresa post-pandemica, con risparmi accumulati e una corsa al mattone, li ha spinti ancora più in alto. Troppo? Un recente studio del Fondo monetario sostiene di sì:

"Ci sono segnali crescenti di sopravvalutazione nel mercato immobiliare europeo, tra il 15 e il 20 per cento nella maggior parte dei Paesi", scrivono gli autori.

I rialzi dei tassi hanno fatto scattare l'inevitabile correzione: la maggiore prudenza delle banche nel prestare e l'impatto dell'inflazione stanno frenando gli acquisti e deprimendo i prezzi.

L'Fmi calcola che entro fine 2023, nello scenario base, un terzo delle famiglie europee, soprattutto a reddito basso, potrebbero trovarsi in sofferenza finanziaria e avere difficoltà a onorare le rate del mutuo. Nello scenario peggiore, recessivo, sarebbe il 45%.

Un rischio sistemico, che però non dovrebbe travolgere le banche. Senza correzioni violente dei prezzi l'impatto sui loro indici di capitale sarebbe "contenuto" - stima l'Fmi - sotto i cento punti base.

Diventerebbe significativo con un calo dei prezzi del 20%, in particolare in alcuni Paesi di Est e Sud Europa: 300 punti base in Slovacchia e 200 in Grecia e Cipro. Ma appare comunque gestibile negli altri.

Uffici a fondo

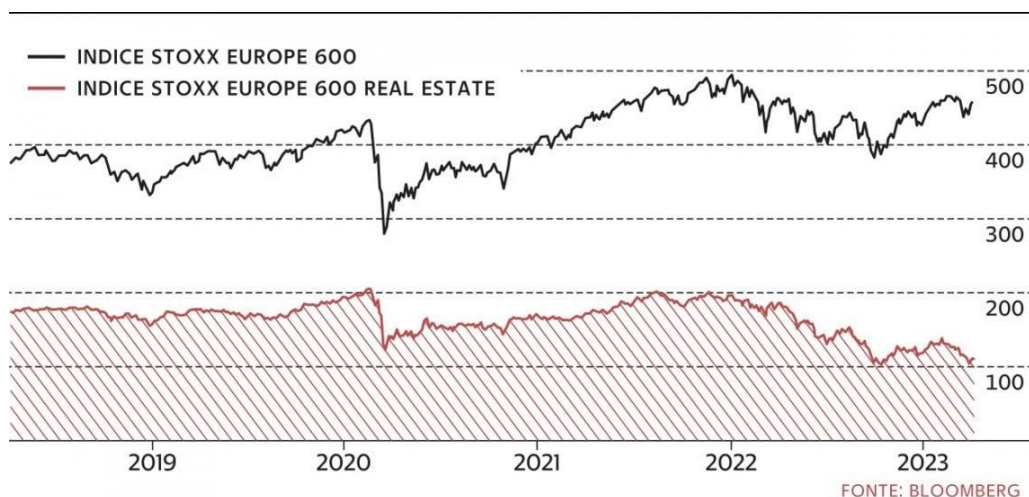
Più che il settore residenziale, insomma, a preoccupare è quello commerciale, dove le dinamiche degli ultimi anni sono esasperate dal moltiplicatore della finanza.

I prezzi sono lievitati di più, l'inversione è arrivata prima e più forte, anche perché lo smart working ha diminuito le necessità di spazi.

L'allarme è nell'ultimo bollettino macroprudenziale della Banca centrale europea: tra ottobre e dicembre 2022 le transazioni sono precipitate del 44% nel confronto annuo, mentre nei due trimestri precedenti i prezzi erano già scesi del 14%.

Ma l'aspetto più preoccupante è che il settore è dominato da fondi di investimento i cui asset sono esplosi: nel 2012 valevano 323 miliardi di euro, oggi hanno sfondato i mille, per lo più concentrati in Germania, Lussemburgo, Francia, Olanda e Italia.

Questi fondi, in particolare quelli aperti, i cui sottoscrittori possono in qualunque momento ritirare l'investimento, sono molti esposti a crisi di fiducia, visto che hanno poca cassa e attivi non facili da liquidare. Questa era di tassi alti e panico improvviso potrebbe prenderli in contropiede e rivelarli fragili, un po' come Silicon Valley Bank.



I segnali di stress si moltiplicano.

L'indice europeo del real estate, che raccoglie una trentina di quotate, è calato del 40% in un anno, con il colosso tedesco Vonovia e il gruppo lussemburghese Aroundtown ai minimi storici. Secondo Citigroup entro la fine del 2024 i prezzi potrebbero calare ancora tra il 20 e il 40%.

I Paesi dove il pessimismo degli operatori è maggiore, scrive la Bce, sono Austria, Germania, Francia e Olanda, e questi ultimi tre, insieme a Lussemburgo e Irlanda, sono anche quelli in cui i fondi aperti controllano la quota più rilevante del mercato. Una crisi di fiducia potrebbe costringerli a svendere, innescando una spirale negativa. Senza contare la loro esposizione verso le banche e sul mercato obbligazionario.

La Bce raccomanda quindi di adottare misure che riducano "i rischi per la stabilità finanziaria": per esempio rafforzare gli strumenti di gestione della liquidità, con limiti al ritiro dei fondi, o incoraggiare a livello regolatorio i fondi chiusi, i cui investitori non possono ritirarsi anzitempo. Francoforte nota però che queste raccomandazioni erano già state fatte in passato, senza esito. Anche questa una storia già vista.

L'eccezione italiana

In mezzo alle turbolenze, l'Italia sembra essere - per una volta - più stabile. Nell'immobiliare residenziale anche il nostro Paese patisce lo scenario avverso, con i salari erosi, l'impennata dei mutui e la crescente selettività delle banche: Nomisma prevede per quest'anno compravendite in calo del 14% rispetto al record del 2022. Da noi però i prezzi sono cresciuti molto meno che nel resto d'Europa, e non si prevedono cali: "In Italia le dinamiche immobiliari sono sempre un po' differite e smussate, nel bene e nel male: si salvaguarda il patrimonio a discapito dell'accessibilità del mercato", spiega Luca Dondi, amministratore delegato di Nomisma. "Stiamo superando l'euforia anomala del Covid, ma attestandoci su livelli fisiologici".

Nel mattone commerciale, dove si concentrano i rischi europei, dovrebbe esserci una limitata flessione dei prezzi. Anche in Italia la quota dei fondi è alta, ma come nota la Bce si tratta quasi solo di fondi chiusi, meno esposti. "Non vedo un'esigenza di liquidare gli asset e quindi ricorrere a svalutazioni significative", spiega Dondi. "Non vedo tracolli in vista".

https://www.repubblica.it/economia/2023/04/11/news/bolla_immobiliare_2023-395288513/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S6-T1

La mappa delle terre rare, ecco dove si trovano i giacimenti nel mondo (La Repubblica, Rosaria Amato, Luca Pagni)

Rosaria Amato, Luca Pagni

Con tempismo e un uso sapiente delle alleanze, la Cina ha messo le mani sui due terzi dei giacimenti africani. Così da tempo domina la produzione mondiale delle materie prime necessarie per l'industria e l'energia green

Il presente è della Cina, ma il futuro si trova in Africa. Con l'Europa che proverà faticosamente a inserirsi, per non trovarsi dietro anche agli Stati Uniti, tradizionalmente ricchi di materie prime. La nuova geografia delle terre rare e di tutti i minerali "critici" fondamentali per la transizione energetica, l'elettronica di consumo, ma anche per i motori elettrici e i sistemi di difesa tecnologicamente avanzati si trova all'interno di queste direttrici che orienteranno il mondo nei prossimi anni. In pratica, chi li possiede - o chi sarà più veloce ad accaparrarseli - dominerà l'industria dei prossimi anni.

La caccia alle terre rare

Ma di quali materie prime parliamo. Ci sono innanzi tutti le "terre rare" (17 elementi che vanno dal lutezio al lantanio) che poi così rare non sono, ma bisogna andare a prendersele, spesso utilizzando sistemi non proprio ortodossi e rispettosi dell'ambiente. Così come per il cobalto, il litio, il rame e il platino. Ecco perché la maggior parte delle terre rare e materiali della transizione si trovano in Cina, dove la ragion di Stato - soprattutto economica - ha il sopravvento su qualsiasi altro aspetto: Pechino ne controlla il 90% della produzione e un terzo delle riserve mondiali. Seguita da Vietnam e Brasile, Russia, India, Australia, Groenlandia e Stati Uniti. L'Unione Europea per sostenere la sua industria ha deciso solo di recente di giocare le sue carte. Almeno il 30 per cento delle materie prime fondamentali per la transizione green e per le nuove tecnologie dovrà provenire dalle miniere europee.

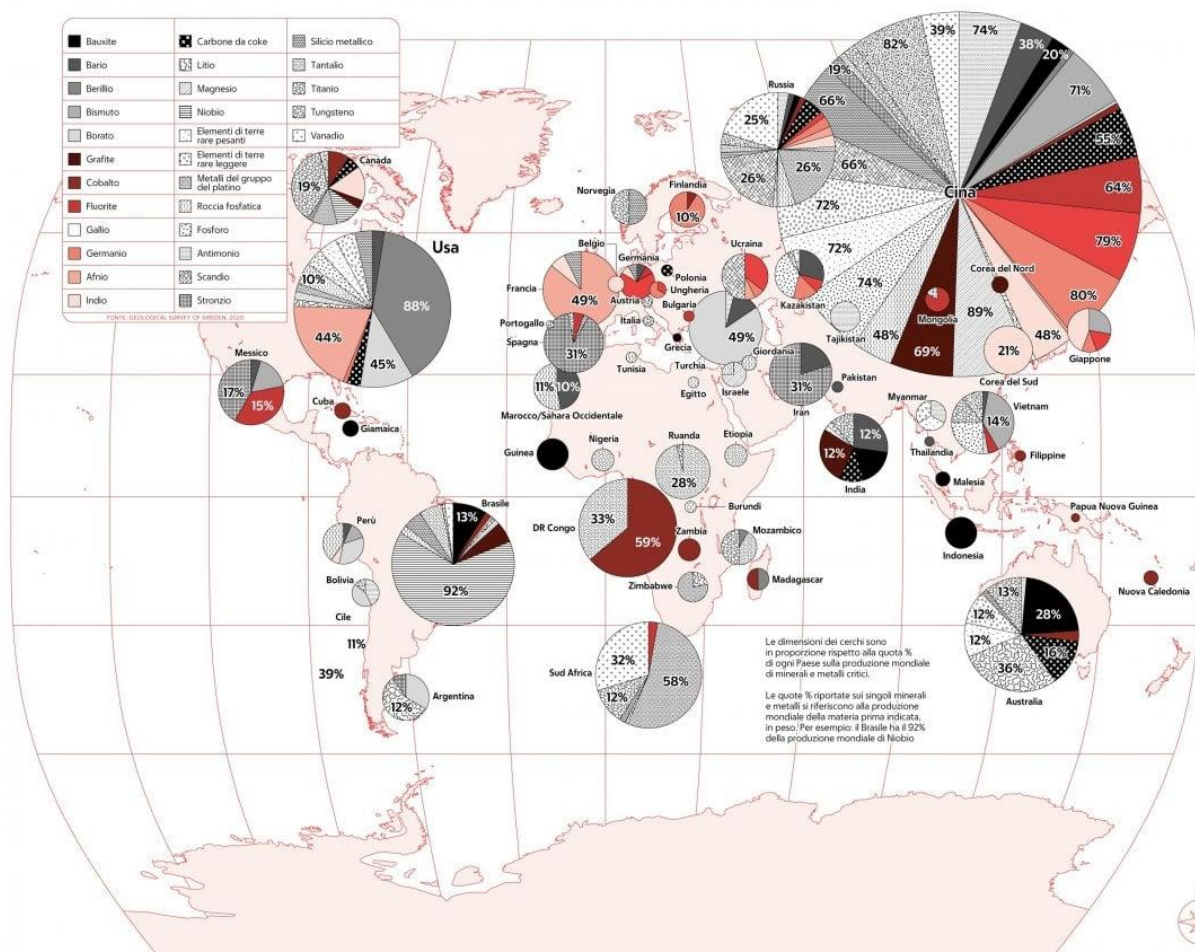
Così come almeno il 10 per cento delle "terre rare". Sono le novità contenute nel Critical Raw Material Act, regolamento con cui Bruxelles vuole conquistare un suo peso in partita.

Il peso dell'Africa

Ma il campo di gioco è un altro. Bastano pochi numeri per capire il peso dell'Africa nella nuova corsa alle materie prime. Mining Indaba, la più importante conferenza mineraria africana, che si svolge da 29 anni a Cape Town (Sudafrica), nell'ultima edizione, a febbraio di quest'anno, ha accolto oltre 8.000 delegati, 900 investitori, oltre 60 capi di Stato e 100 rappresentanti di Paesi. Nei giacimenti africani c'è un buon terzo delle riserve mondiali di materie prime critiche (con picchi vicini al 60% per alcuni minerali, a cominciare dal cobalto). E una parte importante di questi giacimenti, tra il 60 e il 70%, è in mano alla Cina, che grazie a un uso sapiente delle alleanze, messo in campo in tempi non sospetti, è balzata da lungo tempo in testa ai produttori mondiali.

La Cina raffina già il 68% del nichel mondiale, il 40% del rame, il 59% del litio (minerale fondamentale per la produzione delle batterie elettriche, la cui domanda da cui al 2050 aumenterà del 965%) e il 73% del cobalto, secondo un rapporto di luglio del Brookings Institution, un think tank americano. Se mettesse le mani anche sulle risorse africane farebbe bingo.

"Nella competizione globale la Cina è riuscita ad acquisire una posizione privilegiata nel Continente africano, diventandone il principale partner nelle relazioni commerciali. - conferma Andrea Biancardi, Junior Lecturer in Energy Transition presso la Sda Bocconi - Rispetto ad altre potenze, da quelle europee agli Stati Uniti, ha il pregio di presentarsi con dei progetti infrastrutturali, dalle strade agli ospedali. E il vantaggio della Cina è stato anche quello di vedere l'Africa non solo come un fornitore di materie prime e risorse naturali, ma anche come un mercato di sbocco delle proprie merci".



Le mosse di Biden

Quando gli Stati Uniti e i Paesi europei si sono resi conto che le aziende che sfruttavano la maggior parte delle preziose riserve minerarie africane si chiamavano China Molybdenum o Zhejiang Huayou Cobalt i giochi erano largamente fatti, anche se non conclusi.

Nell'ambito dell'impegno di ripristinare la leadership globale americana nel mondo, il presidente Usa Joe Biden lo scorso dicembre ha promosso il Summit Usa-Africa, con la partecipazione di 49 tra capi di stato e di governo del Continente. E un po' alla spicciolata anche i Capi di Stato Ue si stanno riavvicinando all'Africa, dalla quale si erano allontanati dopo un passato coloniale da dimenticare.

La questione però, ribadisce Ilaria Carrozza, ricercatrice del Peace Research Institute di Oslo, è che "uno dei motivi per cui la Cina ha avuto grande successo in Africa è la promozione di scambi commerciali ed economici e la costruzione di infrastrutture. Nei decenni in cui tutto questo si svolgeva gli Stati Uniti e l'Europa erano distratti". E adesso, per recuperare terreno, "dovrebbero trattare i Paesi africani come partner alla pari", a differenza che in passato. Una sorta di nemesi del colonialismo.

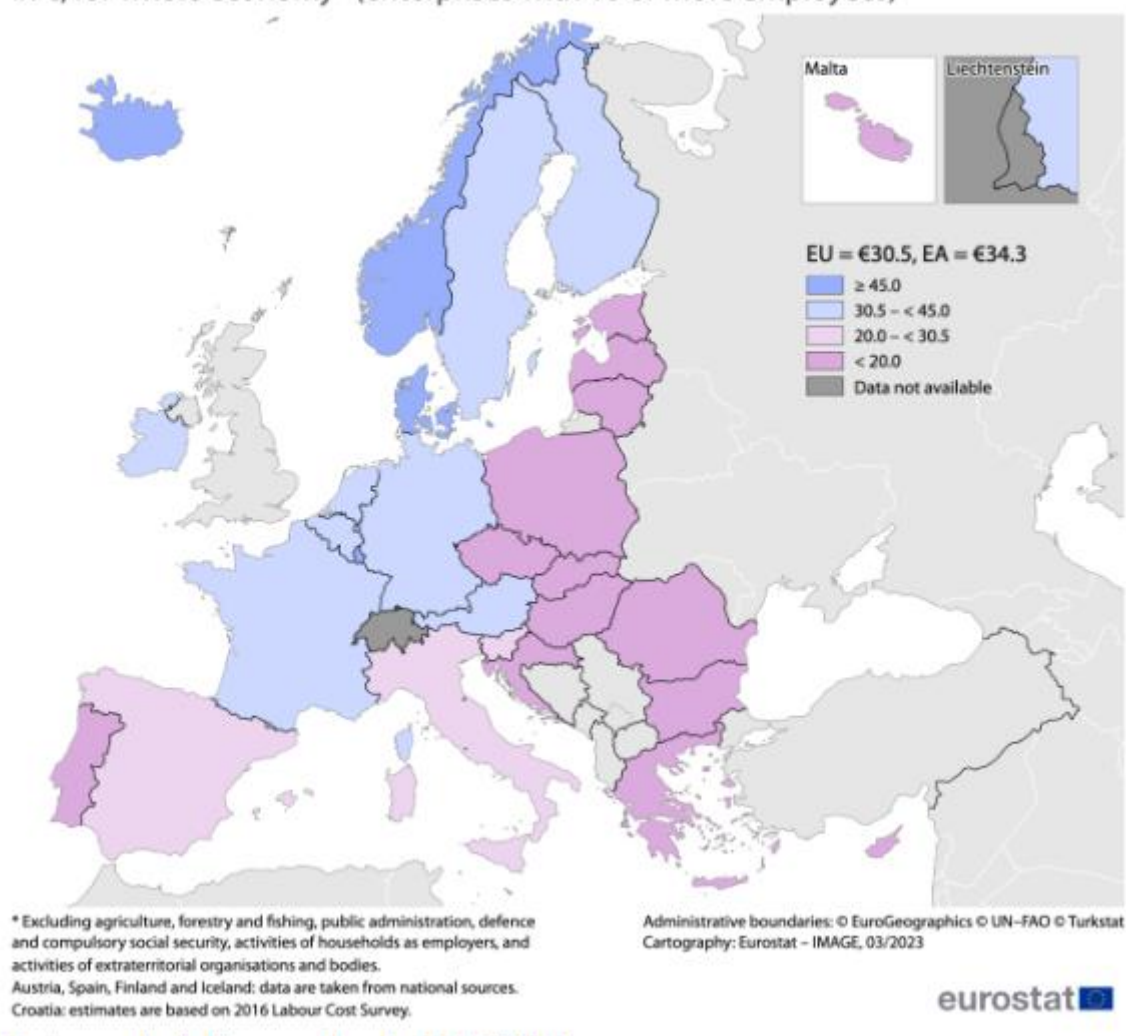
Ma anche una scelta obbligata se gli europei vogliono giocare un ruolo nella nuova geografia delle materie prime.

https://www.repubblica.it/economia/2023/04/24/news/terre_rare_dove_si_trovano_i_giacimenti_mondo-397060778/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S1-T1

Costo orario del lavoro (Eurostat)

Hourly labour costs, 2022

in €, for whole economy* (enterprises with 10 or more employees)



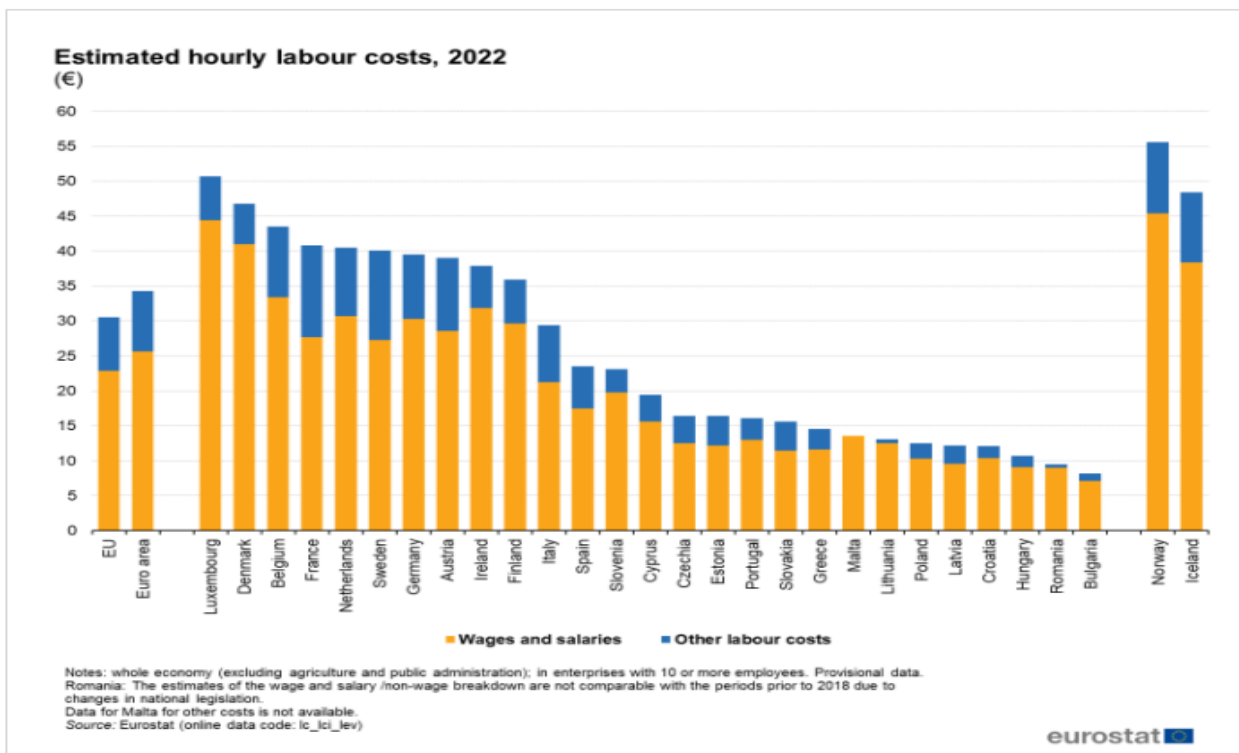
Nel 2022, il costo orario medio del lavoro è stato stimato a 30,5 euro nell'UE e a 34,3 euro nella [zona euro](#). Tuttavia, questa media nasconde notevoli divari tra gli Stati membri dell'UE, con costi orari del lavoro che vanno da 8,2 euro in Bulgaria a 50,7 euro in Lussemburgo.

Quando si confrontano le stime del costo del lavoro in euro nel tempo, va notato che i dati per gli Stati membri dell'UE al di fuori dell'area dell'euro sono influenzati dai movimenti [dei tassi di cambio](#).

Il costo orario del lavoro variava tra € 8,2 e € 50,7 nel 2022

Nel 2022, il costo orario medio del lavoro nell'intera economia (cfr. paragrafo "Fonti dei dati") è stato stimato a 30,5 euro nell'UE e 34,3 euro nella zona euro. Tuttavia, questa media nasconde notevoli differenze tra gli Stati membri dell'UE, con il costo orario del lavoro più basso registrato in Bulgaria (€ 8,2) e Romania (€ 9,5),

e il più alto in Lussemburgo (€ 50,7), Danimarca (€ 46,8) e Belgio (€ 43,5). La figura 1 mostra il costo del lavoro negli Stati membri dell'UE.



Hourly labour costs in euro
(Whole economy*; in enterprises with 10 or more employees)

	2008	2012	2016	2020	2021	2022	2022 Non-wage costs (% of total)	Change 2022/2021, %
EU	21.6	24.4	25.6	28.6	29.0	30.5	24.8	5.0
EA	25.1	28.3	29.4	32.4	32.8	34.3	25.5	4.7
Belgium	32.9	38.0	38.6	40.5	41.0	43.5	23.1	6.2
Bulgaria	2.6	3.4	4.5	6.6	7.1	8.2	13.6	15.3
Czechia	9.2	10.0	10.3	14.6	15.0	16.4	24.0	9.2
Denmark	34.6	39.4	41.3	44.9	45.7	46.8	12.3	2.3
Germany	27.9	30.5	32.8	36.8	37.4	39.5	23.3	5.8
Estonia	7.9	8.6	10.8	14.1	15.0	16.4	25.7	9.1
Ireland	28.9	29.8	30.6	33.5	34.7	37.9	18.4	9.3
Greece	16.8	15.7	15.2	13.8	14.0	14.5	19.7	3.7
Spain (*)	19.4	21.1	21.2	23.0	22.9	23.5	25.7	2.5
France (*)	31.2	34.3	34.6	38.8	39.3	40.8	32.0	3.6
Croatia	9.2	9.5	9.5	10.8	11.2	12.1	14.0	8.7
Italy (*)	25.2	27.7	27.6	29.2	28.8	29.4	27.8	2.2
Cyprus	16.7	16.8	15.7	17.3	18.0	19.4	19.9	8.0
Latvia	5.9	6.0	7.7	10.7	11.3	12.2	21.1	7.8
Lithuania	5.9	5.9	7.4	10.3	11.6	13.1	5.4	13.3
Luxembourg	32.3	35.3	38.7	47.3	48.4	50.7	12.3	4.7
Hungary	7.8	7.4	7.8	9.8	10.3	10.7	14.2	4.4
Malta	11.4	11.8	14.2	13.2	13.0	14.0	:	8.0
Netherlands	29.8	32.5	34.5	37.7	38.2	40.5	24.8	6.0
Austria (*)	26.4	29.7	32.5	36.4	37.0	39.0	26.6	5.5
Poland	7.6	7.9	8.7	10.9	11.5	12.5	18.0	8.8
Portugal	12.2	13.3	13.6	15.1	15.4	16.1	19.2	4.5
Romania(*)	4.2	4.1	5.3	8.2	8.5	9.5	5.3	12.0
Slovenia	13.9	15.6	16.8	20.7	22.0	23.1	14.3	5.1
Slovakia	7.0	8.9	10.2	13.7	14.5	15.6	27.0	7.7
Finland (*)	27.1	31.3	33.7	34.0	35.1	35.9	17.7	2.4
Sweden	31.6	37.3	37.7	38.0	40.8	40.1	31.9	-1.6
Iceland (*)	21.9	23.2	36.2	37.8	42.7	48.4	20.6	13.2
Norway	:	56.4	49.3	49.1	53.4	55.6	18.3	4.2

Discrepancies between the growth rates derived from the 2021 and 2020 values and the growth rates reported in the table are due to rounding.

(:) not available

* The whole economy includes NACE Rev. 2 sections B to N and P to S; excluded are the following sections: 'A - Agriculture, forestry and fishing', 'O - Public administration and defence; compulsory social security', 'T - Activities of households as employers; undifferentiated goods - and services - producing activities of households for own use' and 'U - Activities of extraterritorial organisations and bodies'.

(*) Italy: data up to 2012 are not strictly comparable over time due to methodological breaks.

(*) France: the aggregate shown for the whole economy for 2008 also excludes NACE Rev. 2 section P (Education).

(*) Romania: The estimates of the wage and salary /non-wage breakdown are not comparable with the periods prior to 2018 due to changes in national legislation.

(*) Data for 2022 are taken from national sources.

Source: Eurostat (online data code: lc_lci_lev)

eurostat

Hourly labour costs in national currency for non-euro area countries

(Whole economy*; in enterprises with 10 or more employees)

		2008	2012	2016	2020	2021	2022	Change 2020/2019 (%)
Bulgaria	BGN	5.0	6.7	8.7	12.9	13.9	16.0	15.3
Czechia	CZK	228.3	251.0	277.7	385.6	384.7	402.5	4.6
Denmark	DKK	257.7	293.0	307.8	334.6	340.0	347.8	2.3
Hungary	HUF	1 971.0	2 133.3	2 441.9	3 433.7	3 683.0	4 195.0	13.9
Poland	PLN	26.8	32.9	38.0	48.6	52.6	58.7	11.7
Romania	RON	15.5	18.5	24.0	39.8	41.7	46.7	12.2
Sweden	SEK	304.2	324.3	356.6	398.3	413.9	426.6	3.1
Iceland	ISK	3 152.2	3 724.6	4 837.7	5 847.0	6 416.0	6 880.0	7.2
Norway	NOK	:	421.5	457.7	526.0	542.4	561.6	3.5

Discrepancies between the growth rates derived from the 2022 and 2021 values and the growth rates reported in the table are due to rounding.

(:) not available

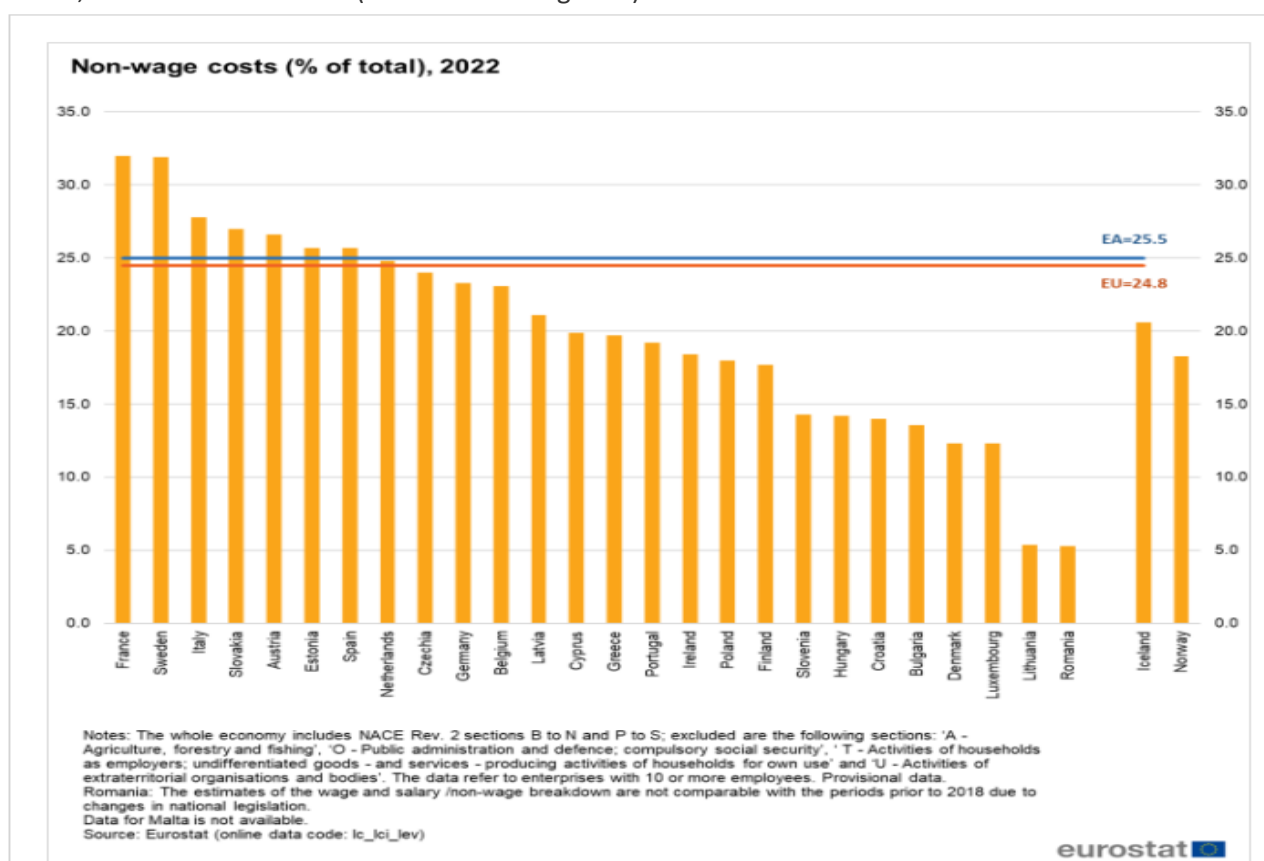
* The whole economy includes NACE Rev. 2 sections B to N and P to S; excluded are the following sections: 'A - Agriculture, forestry and fishing', 'O - Public administration and defence; compulsory social security', 'T - Activities of households as employers; undifferentiated goods - and services - producing activities of households for own use' and 'U - Activities of extraterritorial organisations and bodies'.

Source: Eurostat (online data code: lc_lci_lev)

eurostat 

La quota di costi non salariali più elevata in Francia e Svezia

Le due componenti principali del costo del lavoro sono salari e stipendi e costi non salariali come i contributi sociali a carico dei datori di lavoro. La quota dei costi non salariali nell'intera economia era del 24,8 % nell'UE e del 25,5 % nell'area dell'euro (cfr. tabella 1 e figura 2).



Queste stime per il 2022, pubblicate da [Eurostat](#), riguardano [le imprese](#) con 10 o più [dipendenti](#) e si basano sull'indagine [sul costo del lavoro \(LCS\)](#) del 2020, che sono estrapolate con i corrispondenti tassi di crescita annua dall'indice [del costo del lavoro](#). Le stime per la Croazia si basano sull'LCS 2016.

Costo del lavoro all'ora più basso nel settore delle costruzioni

Nell'UE, il costo orario del lavoro è stato il più alto nell'economia prevalentemente non commerciale esclusa la pubblica amministrazione (€ 31,3) e il più basso nel settore edile (€ 27,3). I divari sono stati maggiori nell'area dell'euro, con l'industria che è il settore più remunerativo (€ 36,6 l'ora) e l'edilizia il più basso (€ 30,8 l'ora) (cfr. tabella 3).

Hourly labour costs in euro, breakdown by economic activity in 2022

(in enterprises with 10 or more employees)

	Business economy (NACE Rev. 2 sections B to N)	Industry (NACE Rev. 2 sections B to E)	Construction (NACE Rev. 2 section F)	Services (NACE Rev. 2 sections G to N)	Mainly non-business (excl. public admin.) (NACE Rev. 2 sections P to S)
EU	30.2	30.7	27.3	30.2	31.3
EA	34.1	36.6	30.8	33.3	34.8
Belgium	43.3	46.7	38.5	42.4	44.2
Bulgaria	8.0	7.4	6.5	8.7	8.9
Czechia	16.2	17.0	15.4	15.6	17.2
Denmark	48.4	50.8	43.7	48.1	43.6
Germany	40.0	44.3	34.8	38.0	38.1
Estonia	16.6	15.9	16.5	17.1	15.6
Ireland	36.1	37.2	35.4	35.7	43.2
Greece	15.2	15.2	12.2	15.4	13.0
Spain	22.9	25.1	21.4	22.3	25.3
France	41.1	43.5	36.2	40.7	40.0
Croatia	11.9	11.5	11.0	12.4	12.8
Italy	28.4	29.5	24.9	27.9	33.5
Cyprus	17.8	14.8	16.1	18.7	28.8
Latvia	12.4	11.7	11.8	12.9	11.5
Lithuania	13.2	12.5	11.6	13.7	12.9
Luxembourg	50.4	44.0	32.4	55.3	52.6
Hungary	11.1	11.2	9.0	11.2	9.7
Malta	13.5	12.7	15.9	13.4	15.5
Netherlands	39.1	43.6	40.6	37.8	44.6
Austria	39.3	43.4	38.5	37.4	37.9
Poland	12.2	12.2	10.7	12.5	13.4
Portugal	15.3	14.0	12.7	16.3	18.5
Romania	9.3	8.8	7.2	10.1	10.4
Slovenia	23.5	24.0	19.3	23.8	21.9
Slovakia	15.7	15.7	13.5	16.0	15.4
Finland	37.1	40.0	37.3	35.7	33.5
Sweden	43.2	45.1	39.7	43.0	35.1
Iceland	49.2	51.6	46.1	48.8	46.6
Norway	55.6	63.9	46.5	54.5	55.7

Hourly labour costs in national currency for non-euro area countries, breakdown by economic activity in 2022

	Business economy (NACE Rev. 2 sections B to N)	Industry (NACE Rev. 2 sections B to E)	Construction (NACE Rev. 2 section F)	Services (NACE Rev. 2 sections G to N)	Mainly non-business (excl. public admin.) (NACE Rev. 2 sections P to S)
Bulgaria BGN	15.7	14.5	12.7	17.1	17.3
Czechia CZK	397.6	416.5	378.3	383.6	421.8
Denmark DKK	360.0	378.0	325.5	357.9	324.4
Hungary HUF	4 330.0	4 383.1	3 538.6	4 371.6	3 807.0
Poland PLN	57.4	57.3	50.1	58.4	62.8
Romania RON	45.7	43.2	35.4	49.6	51.3
Sweden SEK	458.7	479.1	421.6	457.4	372.7
Iceland ISK	7 004.0	7 334.0	6 555.0	6 947.0	6 635.0
Norway NOK	561.5	645.6	469.3	551.0	562.9

Source: Eurostat (online data code: lc_lci_lev)

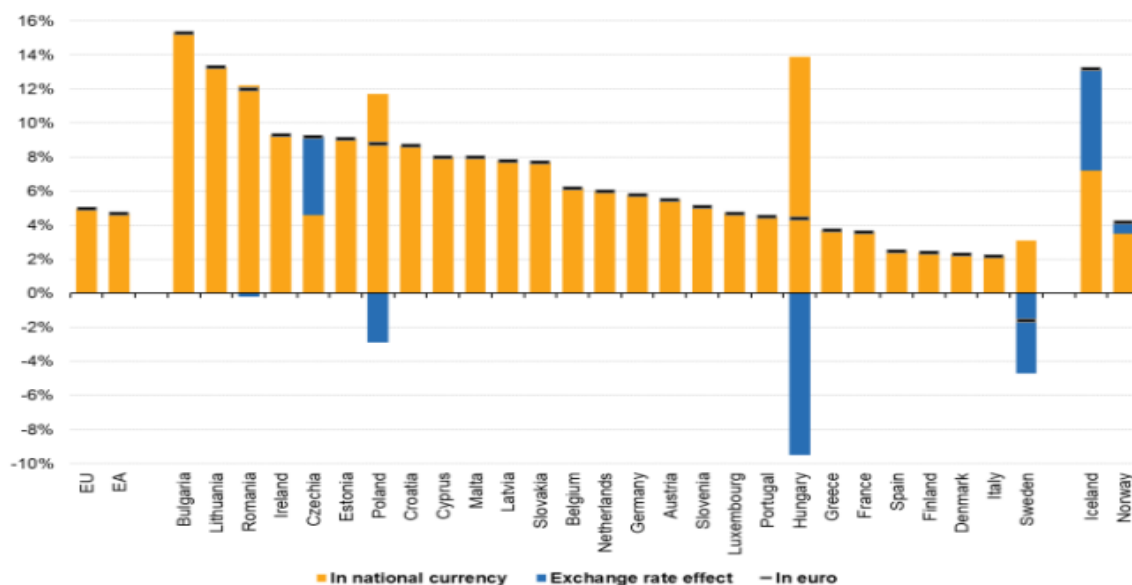
Il costo orario del lavoro è aumentato maggiormente in Lituania

Tra il 2021 e il 2022, il costo orario del lavoro nell'intera economia (in euro) è aumentato del 5,0% nell'UE e del 4,7% nella zona euro (cfr. figura 3). All'interno della zona euro, il costo orario del lavoro è aumentato in tutti gli Stati membri dell'UE. Gli aumenti maggiori sono stati registrati in Lituania (+13,3%), Irlanda (+9,3%) ed Estonia (+9,1%). Per gli Stati membri dell'UE al di fuori dell'area dell'euro, anche il costo orario del lavoro espresso in valuta nazionale è aumentato in tutti i paesi, con le variazioni maggiori registrate in Bulgaria (+15,3%), Ungheria (+13,9%), Romania (+12,2%) e Polonia (+11,7%). Sono aumentati di meno in Danimarca (+2,3%).

Nel 2022 la maggior parte degli Stati membri dell'UE ha gradualmente eliminato i regimi di sostegno introdotti nel 2020 e prorogati nel 2021 per alleviare l'impatto della pandemia di COVID-19 su imprese e lavoratori. Si trattava principalmente di accordi di lavoro a breve termine e licenziamenti temporanei compensati in tutto o in parte dal governo. Tali regimi erano generalmente contabilizzati come contributi (o sgravi fiscali) con segno negativo nella componente non salariale del costo del lavoro.

Pertanto, la graduale eliminazione dei regimi di sostegno legati al COVID contribuisce positivamente alla crescita del costo orario del lavoro.

Relative change in hourly labour costs 2022/2021 for the whole economy, in %



Note: The whole economy includes NACE Rev. 2 sections B to N and P to S; excluded are the following sections: 'A - Agriculture, forestry and fishing', 'O - Public administration and defence; compulsory social security', 'T - Activities of households as employers; undifferentiated goods - and services - producing activities of households for own use' and 'U - Activities of extraterritorial organisations and bodies'.

eurostat

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hourly labour costs#Hourly labour costs ranged between .E2.82.AC8.2 and .E2.82.AC50.7 in 2022](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hourly_labour_costs#Hourly_labour_costs_ranged_between_.E2.82.AC8.2_and_.E2.82.AC50.7_in_2022)

Documento di Economia e Finanza 2023; Sezione II Analisi e tendenze della finanza pubblica. Deliberato dal Consiglio dei Ministri l'11 aprile 2023



[https://www.rgs.mef.gov.it/ Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Contabilit e finanza pubblica/DEF/2023/Nota-Methodologica-2023.pdf](https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Contabilit e finanza pubblica/DEF/2023/Nota-Methodologica-2023.pdf)

DAR-0009732-A-14/04/2023



Ministero della Salute

IL CAPO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0006506-P-14/04/2023

I.5.a.a/3



581212796

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

statoregioni@mailbox.governo.it

e, p.c.

Al Segretario generale della Conferenza
delle Regioni

Al Direttore generale della
programmazione sanitaria

OGGETTO: Schema di decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia delle finanze concernente la definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica

Facendo seguito alla nota prot. n. 15828 del 26 settembre 2022 di medesimo oggetto e tenuto conto della necessità di definizione del procedimento di adozione del provvedimento di che trattasi, si trasmette in allegato il testo definitivo per l'inserimento all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni convocata per il 19 aprile p.v..

IL CAPO DI GABINETTO

Prof. Avv. Arnaldo Morace Pinelli



Distretti sanitari: pieno sviluppo all'infermiere di famiglia e comunità. Protocollo d'intesa FNOPI-CARD

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)



Cooperative sanitarie, infermieri e medici assieme su carenza di personale e speculazioni contro il SSN

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 CONFCOOPERATIVE 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/>



ELSEVIER

Journal of Nursing Regulation

Volume 14, Issue 1, April 2023, Pages 73-80



Esaminando la risposta normativa infermieristica globale alla pandemia di COVID-19

[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

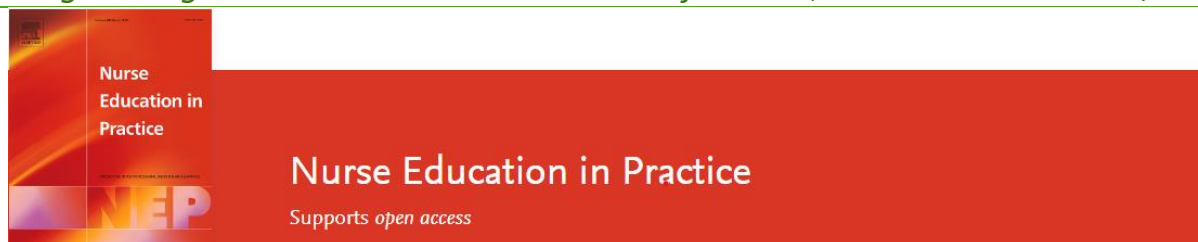
All'inizio del 2021, il National Council of State Boards of Nursing ha sviluppato un sondaggio online per acquisire dati sulla risposta normativa globale alla pandemia di COVID-19. L'indagine si è concentrata su cinque domini specifici: (a) governance, (b) pratiche di telemedicina, (c) mobilità degli 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>



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

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](https://doi.org/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>

Infermieri: sottostima della violenza sul posto di lavoro (BMC Nursing, Spencer et al., 2023)

 **BMC** Part of Springer Nature

BMC Nursing

Motivazione degli infermieri per la sottostima della violenza sul posto di lavoro perpetrata da pazienti e visitatori: una revisione sistematica

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>