

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 1 del 1.04.2023



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

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Da “Covid 19 review” a “ASQUAS Review” ...

“Covid Review” nacque subito all’inizio della pandemia da un’idea di Giorgio Banchieri basata sul fatto – incontestabile - che ci trovavamo improvvisamente davanti a qualcosa di sconosciuto e d’immenso e che era prezioso offrire liberamente tutte le notizie che apparivano utili e di un qualche fondamento scientifico. Lavoro non facile.

La massa delle segnalazioni, dei preprint, delle pubblicazioni diventò presto enorme, tanto che non c’era nemmeno tempo di farle passare al vaglio dei revisori.

Gli argomenti erano molteplici: dalla ricerca sul virus e sui suoi meccanismi d’attacco alla comprensione della risposta degli ospiti e della cura migliore; dalle misure preventive su base sociale alla generazione dei vaccini; dal comportamento delle istituzioni internazionali e nazionali alle risposte più o meno razionali o più o meno convincenti dei cittadini.

Stavamo vivendo un fenomeno che riguardava tutti gli aspetti della vita nelle pur diverse comunità civiche e che le stravolgeva profondamente. Fu in quei giorni che diventò di moda il termine “resilienza” ed anche il suo uso a sproposito. Furono i giorni in cui retorica e pragmatismo si contendevano spesso la scena.

Giorgio reclutò piano piano colleghi ed amici, come lui appassionati nell’osservazione e nello studio dei sistemi e delle organizzazioni sanitarie e non solo.

Mai come in quel momento toccammo con mano la complessità del sistema, l’esistenza di una molteplicità di stakeholder e le loro intricate interrelazioni. Capimmo l’importanza di tre cose, due relativamente nuove ai più: cosa significassero sindemia e One Health e l’altra, su cui c’eravamo un po’ distratti, quanto fosse vitale avere un Sistema Sanitario Nazionale pubblico.

Sindemia è un termine inventato più di 30 anni fa da un antropologo medico, Merrill Singer, che indica gli effetti negativi sulle persone e sull’intera società prodotti dall’interazione sinergica tra due o più malattie.

La consapevolezza di confrontarci con un fenomeno del genere nacque dal fatto che ci trovammo di fronte ad un effetto sinergico della pandemia Covid-19 con un’altra pandemia altrettanto severa e cioè la diffusione delle malattie croniche che ha ormai mostrato una chiara accelerazione su scala globale.

L’interazione delle due diverse pandemie ha accentuato le differenze sociali: il danno è maggiore nelle categorie più povere e meno istruite. È chiaro che il modo efficace di combattere una sindemia è avere una visione ampia e mettere in atto interventi con effetti sistemici.

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. Anche nell’origine della Covid-19 c’è stata la mano dell’uomo.

Il fenomeno del passaggio di un virus dall’animale all’uomo, con la conseguente possibilità del contagio da uomo a uomo – il “salto di specie” (“Spillover”) si è sempre verificato nella storia dell’umanità, ma negli ultimi decenni si è presentato con una frequenza mai vista, dando vita a gravi epidemie e pandemie virali: HIV/AIDS e Ebola (dalle scimmie); influenza aviaria A/H5N1 (dagli uccelli

selvatici); influenza A/H1N1 – la pandemia del 2009 – (contenente geni di virus aviari e suini); fino ad arrivare ai coronavirus (comuni in molte specie animali come i cammelli e i pipistrelli) che hanno provocato nell'ordine: SARS nel 2002; MERS nel 2012 e l'attuale COVID-19 che sarebbero venuti a contatto con noi diversamente, non certamente con quell'effetto moltiplicativo che l'incontro con l'essere umano ha generato.

Trovare 8 miliardi di possibili e potenziali ospiti interconnessi fra loro con viaggi e contatti ha costituito per il virus un vantaggio enorme.

La FAO, l'OMS e l'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (OIE) hanno pubblicato una guida per supportare i vari paesi nella lotta contro queste malattie secondo l'approccio One Health.

Più recentemente, l'OMS ha redatto un Manifesto con sei prescrizioni per la ripresa 'sana e verde' post-Covid-19: salvaguardare la natura; garantire l'accesso all'acqua pulita; garantire una transizione energetica rapida e sana; promuovere sistemi alimentari sani e sostenibili; costruire città sane e vivibili; azzerare gli incentivi per i combustibili fossili.

Queste raccomandazioni sono in linea con gli obiettivi dello sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 e con le fondamenta di One Health relativamente all'impatto dell'ambiente sulla salute umana.

E infine la riconsiderazione di quanto valga avere un **Sistema sanitario nazionale**, sia considerando i punti di forza emersi, come la straordinaria capacità di risposta degli ospedali e dei professionisti in essi operanti che le debolezze, come non disporre di un'assistenza territoriale ben attrezzata. L'assenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e i contatti (l'abc della sanità pubblica), intervenendo a domicilio ha disorientato la popolazione, ha creato panico e ha messo sotto stress gli ospedali.

Oggi, che ci stiamo allontanando dalla fase critica della pandemia, o almeno così sembra, cominciano a serpeggiare dei dubbi sul fatto che le cose che allora capimmo si stiano tenendo in considerazione per affrontare il futuro.

Ricordiamoci che non c'è progresso senza miglioramento e non c'è miglioramento senza cambiamento.

Soprattutto quello che ormai sta diventando evidente è che soluzioni tampone e interventi di emergenza non solo non funzionano ma comportano il rischio di aprire nuove falle.

È ora il tempo di una riforma complessiva e purtroppo, va tenuto presente, il percorso centrifugo di tanti diversi sistemi sanitari regionali non renderà più facile la cosa.

E allora se questi sono gli scenari a cui dobbiamo cambiare è l'ora che "Covid Review" cambi pelle e guardi a ciò che sta succedendo intorno a noi e nel più grande mondo per sapere, per capire e per aiutare a fare.

Il Comitato Direttivo Nazionale di ASIQUAS

Associazione Italiana per la Qualità nell'integrazione tra Sanità e Sociale.

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 Salute nelle Regioni Italiane e curatore del Rapporto Osservasalute, dal 2011 è referente per l’Italia dello European Observatory on Health Care Systems and Policies e co-autore del report “HIT-Italy” 2014. Dal 2012 è Direttore della UOC “Percorsi e valutazione degli outcome clinici” della Fondazione Policlinico Universitario “A. Gemelli” - IRCCS.

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Generale, acquisiti master universitari di secondo livello. Pubblicati lavori scientifici, coautore 1 Libro, autore di articoli su riviste on line. Medico di direzione sanitaria dell'A.O San Camillo Forlanini, direttore della UOSD Gestione dei Blocchi operatori e Pre-ospedalizzazione e direttore della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti. Consigliere Nazionale ANAAO (maggiore organizzazione della dirigenza medica in Italia). Docente della scuola di formazione di quadri sindacali ANNAO. Docente in Igiene nella scuola infermieri Università "Sapienza" di Roma. Docenza nel Master MIAS - "Governance della qualità nelle strutture sanitarie", presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche. Università degli studi "Sapienza" di Roma.

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

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

Andrea Vannucci

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Monografia 1– Long Covid
- Monografia 2 – ASIQAS, Covid 19 e PNRR

Sommario

| | |
|--|-----------|
| DA “COVID 19 REVIEW” A “ASIQAS REVIEW” | 2 |
| SEMINARI E CONVEGNI ASIQUAS..... | 12 |
| SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN) | 15 |
| <i>IL SSN A RISCHIO CRACK. LUCIANO FASSARI. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>15</i> |
| <i>PER SALVARE IL SSN PARTIAMO DAL CONTRASTO AI MEDICI “A GETTONE” E ALLA VIOLENZA. STEFANO SIMONETTI. IL SOLE 24.....</i> | <i>18</i> |
| <i>CRESCE LA VOGLIA DI FUGGIRE DAL SSN. ANAAO ASSOMED. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>19</i> |
| <i>DISTRUGGERE LE PIETRE ANGOLARI PER ABBATTERE IL SSN: I MEDICI A GETTONE. ROBERTO POLILLO E MARA TOGNETTI. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>21</i> |
| <i>SE L’AUTONOMIA DIFFERENZIATA VA MALE, L’AUTONOMIA MAL ESERCITATA NON VA MOLTO MEGLIO. CLAUDIO MARIA MAFFEI. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>22</i> |
| <i>IN 10 ANNI CHIUSI 125 OSPEDALI E PIÙ SPAZIO AL PRIVATO. LUCIANO FASSARI. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>24</i> |
| SANITÀ PUBBLICA E PRIVATA | 25 |
| <i>“LA SANITÀ PUBBLICA È SOTTO ATTACCO. MOVIMENTO PER LA SANITÀ PUBBLICA. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>25</i> |
| <i>SANITÀ PUBBLICA, SANITÀ PRIVATA E PAESE REALE. SILVIA SCELSI, GIORGIO BANCHIERI, ANDREA VANNUCCI. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>27</i> |
| <i>PER LA RIFORMA DELLA SANITÀ SERVONO PROPOSTE CONCRETE, PRATICABILI E CORAGGIOSE. ROBERTO POLILLO. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>33</i> |
| <i>I FORUM DI QS. SANITÀ PUBBLICA ADDIO? QUOTIDIANO SANITÀ. FILIPPO PALUMBO.....</i> | <i>36</i> |
| <i>LISTE D’ATTESA IN LOMBARDIA. COSA FARE E COSA NON FARE PER LIMITARLE. PAOLO BELARDINELLI. IBL BRIEFING PAPER.....</i> | <i>41</i> |
| <i>LA SANITÀ PRIVATA: DUE O TRE COSE CHE SO DI LEI. CLAUDIO MARIA MAFFEI. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>43</i> |
| <i>I FORUM DI QS. SANITÀ PUBBLICA. GIULIANA MORSIANI. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>46</i> |
| <i>LA SPESA PUBBLICA NELLA UE. EUROSTAT. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>48</i> |
| <i>FONDI INTEGRATIVI SANITARI. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>51</i> |
| <i>CENSIS: ITALIANI PREOCCUPATI DEL FUTURO, SI RIDUCONO LE SPESE SANITARIE E LA FIDUCIA NEL SSN</i> | <i>52</i> |
| <i>TROPPIA CONFUSIONE SUL RUOLO DEL PRIVATO IN SANITÀ. BARBARA CITTADINI. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>53</i> |
| <i>SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE. QUASI 6.000 I MEDICI IN FUGA. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>55</i> |
| <i>L’INCHIESTA DI BERGAMO E LA “VERA” LEZIONE DA APPRENDERE DALLA PANDEMIA DI COVID. DONATO GRECO. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>58</i> |
| <i>ANAFILASSI DA VACCINO E POLITICA DI SANITÀ PUBBLICA CANADESE. ABRAMS ET AL. THE LANCET.</i> | <i>61</i> |
| <i>CLUB SANTÉ ITALIE: NELLE AGENDE POLITICO-ISTITUZIONALI UN’ALLEANZA VIRTUOSA PER LE GRANDI SFIDE DELLA SALUTE. IL SOLE 24 ORE</i> | <i>63</i> |
| <i>LISTE D’ATTESA COSA FARE QUANDO SONO TROPPO LUNGHE O BLOCCATE. FEDERICA BOSCO. SANITÀ INFORMAZIONE</i> | <i>65</i> |
| <i>CITTADINI (AIOP): “LE STRUTTURE DI DIRITTO PRIVATO DEL SSN SONO LA SOLUZIONE AL FENOMENO DELLE LISTE D’ATTESA”. IL SOLE 24 ORE</i> | <i>67</i> |
| POLITICA SANITARIA EUROPEA..... | 68 |
| <i>COSA ACCADRÀ NELLA POLITICA SANITARIA EUROPEA NEL 2023? LA PAROLA CHE SI STA USANDO DI PIÙ È “POLICRISI”. GRAZIA LABATE. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>68</i> |
| <i>8 MARZO. I CAMICI ROSA FANNO MARCIARE IL SSN, LA MAGGIORANZA DEI MEDICI IN ATTIVITÀ SONO DONNE. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>73</i> |
| RIFORMA FISCALE E SANITARIA | 74 |
| <i>LA RIFORMA DEL FISCO E LA SANITÀ. QUOTIDIANO SANITÀ.....</i> | <i>74</i> |
| PANDEMIA E SPESA SANITARIA | 77 |
| <i>IMPATTO DELLA PANDEMIA E SPESA SANITARIA: SCENARI POSSIBILI E LA SFIDA PER IL GOVERNO MELONI. GIORGIO BANCHIERI, ANDREA VANNUCCI. QUOTIDIANO SANITÀ</i> | <i>77</i> |
| <i>IL SOLE 24 ORE. GIMBE: LA PANDEMIA FRENA LA MIGRAZIONE SANITARIA, MA NEL 2020 SPOSTATI 3,33 MILIARDI DAL SUD AL NORD. FONDAZIONE GIMBE. IL SOLE 24 ORE.....</i> | <i>82</i> |

| | |
|--|------------|
| LA PANDEMIA HA BLOCCATO LO SVILUPPO SOSTENIBILE. JOHANNA ALEXANDRA IAMARINO E ENRICA STANCANELLI. SALUTE INTERNAZIONALE | 85 |
| RELAZIONE TRA ANTIDEPRESSIVI E GRAVITÀ DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 OMICRON: UNO STUDIO DI COORTE RETROSPETTIVO CHE UTILIZZA DATI DEL MONDO REALE. WANG ET AL. THE LANCET | 90 |
| COVID, UN NUOVO RAPPORTO USA TORNA SULL'ORIGINE DEL VIRUS: "PROBABILMENTE NATO DA FUGA IN LABORATORIO". PAOLO MASTROLILLI. LA REPUBBLICA..... | 91 |
| COVID, SPUNTA LA NUOVA VARIANTE BYTHOS: I PRIMI CASI ANCHE IN ITALIA. DONATELLA ZORZETTO. LA REPUBBLICA | 92 |
| COVID: ALLARME REINFEZIONI, POSSONO AUMENTARE IL RISCHIO DI MALATTIA GRAVE E DI LONG COVID. VALENTINA ARCOVIO. SANITÀ INFORMAZIONE..... | 94 |
| TEST DI SORVEGLIANZA COVID-19 E RISULTATI DEI RESIDENTI NELLE CASE DI CURA. MC GARRY ET AL. N ENG J MED..... | 95 |
| VARIANTI SARS-COV-2 E SINDROME INFIAMMATORIA MULTISISTEMICA NEI BAMBINI. MC CRINDLE ET AL. N ENG J MED | 96 |
| PANDEMIE..... | 98 |
| VAIOLO DELLE SCIMMIE (MPOX). OMS: "LA MINACCIA DELLA MALATTIA NON È SCOMPARSA". ECCO LE NUOVE RACCOMANDAZIONI AGGIORNATE. QUOTIDIANO SANITÀ | 98 |
| COVID. OMS: "ITALIA AL SECONDO POSTO IN EUROPA PER NUMERO DI DECESSI NELLE ULTIME 4 SETTIMANE, ANCHE SE IL TREND È IN FORTE DIMINUZIONE". QUOTIDIANO SANITÀ..... | 107 |
| BRUSCO INCREMENTO DELLA MORTALITÀ IN ECCESSO NELLA UE A DICEMBRE. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 108 |
| LA GUINEA EQUATORIALE CONFERMA IL PRIMO FOCOLAIO DI MALATTIA DA VIRUS DI MARBURG. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 109 |
| COVID. L'ECDC ELIMINA LE VARIANTI BA.2, BA.4 E BA.5 DALL'ELENCO DI QUELLE CHE DESTANO PREOCCUPAZIONE | 110 |
| VIRUS 'ZOMBIE' RISVEGLIATO DAI GHIACCI: DOPO 48.500 ANNI È ANCORA UNA MINACCIA. DONATELLA ZORZETTO. LA REPUBBLICA..... | 111 |
| BILL GATES: "NON SIAMO PRONTI PER PREVENIRE IL PROSSIMO INCENDIO". LA REPUBBLICA | 113 |
| CENTRI SPECIALIZZATI..... | 115 |
| ISS: 126 CENTRI ATTIVI PER LA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE. IL SOLE 24 ORE..... | 115 |
| MALATTIE RARE E SUPERBATTERI..... | 116 |
| COSTI SOCIOECONOMICI DELLE MALATTIE RARE E RISCHIO DI DIFFICOLTÀ FINANZIARIE: UNO STUDIO TRASVERSALE. CHUNG ET AL. THE LANCET | 116 |
| DAL CONGRESSO AMIT L'ALLARME DEGLI INFETTIVOLOGI. SANITÀ INFORMAZIONE..... | 118 |
| EMERGENZA SUPERBATTERI, COSÌ LA POSSIAMO BLOCCARE. DONATELLA ZORZETTO. LA REPUBBLICA..... | 120 |
| AGENAS: NEL 2022 LA SPESA ENERGETICA DELLA SANITÀ È SALITA DI 1,4 MILIARDI, RADDOPPIATE LE UTENZE. IL SOLE 24 ORE..... | 121 |
| DIGITALIZZAZIONE E TELEMEDICINA..... | 122 |
| IL TELENIDA: SCREENING PRECOCE DEL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO ATTRAVERSO UN NUOVO APPROCCIO ALLA TELEMEDICINA. VALENTINA RIVA ET AL., SPRINGER LINK..... | 122 |
| NEGLI OSPEDALI ITALIANI CIRCA IL 90% DI TAC, MAMMOGRAFI E SISTEMI RADIOGRAFICI HANNO PIÙ DI 10 ANNI. E IL TREND È IN PEGGIORAMENTO | 124 |
| PON GOV CRONICITÀ. LA TELEMEDICINA E I SERVIZI DI SANITÀ DIGITALE. EMILIO CHIAROLLA ET AL. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 126 |
| LA RIVOLUZIONE DIGITALE CHE MIGLIORA LA VITA. IRMA D'ARIA. SALUTE. STARE BENE SECONDO LA SCIENZA | 128 |
| SCIENZA E TECNOLOGIA..... | 133 |
| LIBRERIA DI RICERCA OUTBREAK.INFO: UNA PIATTAFORMA STANDARDIZZATA E RICERCABILE PER SCOPRIRE ED ESPLORARE LE RISORSE COVID-19. TSUENG ET AL., NATURE | 133 |
| LE PERSONE CHE CONTRAGGONO OMICRON HANNO MENO PROBABILITÀ DI CONTRARRE LONG COVID. COUZIN-FRANKEL. SCIENCE..... | 137 |
| VALUTAZIONE DEL VACCINO BNT162b2 COVID-19 NEI BAMBINI DI ETÀ INFERIORE AI 5 ANNI. MUNOZ ET AL. N ENG J MED | 139 |
| EFFICACIA A LUNGO TERMINE DEI VACCINI COVID-19 CONTRO INFEZIONI, RICOVERI E MORTALITÀ NEGLI ADULTI: RISULTATI DI UNA SINTESI DI PROVE SISTEMATICHE RAPIDE E DI UNA META-ANALISI FINO A DICEMBRE 2022. WU ET AL., THE LANCET..... | 141 |

| | |
|--|------------|
| FINORA, NESSUNA NUOVA VARIANTE DI SARS-COV-2 DA PECHINO E, SI SPERA, UNA MIGLIORE COOPERAZIONE SCIENTIFICA IN FUTURO. PREISER ET AL. THE LANCET..... | 143 |
| CAMBIAMENTO CLIMATICO E SALUTE | 145 |
| LA CRISI DEL CAMBIAMENTO CLIMATICO DIVENTA CRITICA. THE LANCET..... | 145 |
| “ONE HEALTH” IN ITALIA. SIAMO ANCORA MOLTO LONTANI. GIORGIO BANCHIERI, LAURA FRANCESCHETTI, ANDREA VANNUCCI. QUOTIDIANO SANITÀ | 146 |
| “LA BOMBA CLIMATICA SCANDISCE I SECONDI”. CESARE FASSARI. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 152 |
| SALUTE NELLE CITTÀ: IN UN MANIFESTO IL DECALOGO PER ATTUARE IL MODELLO DELLA HEALTH CITY. IL SOLE 24 ORE..... | 154 |
| AMBIENTE | 156 |
| PROMOZIONE STILI DI VITA SANI. CESARE FASSARI. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 156 |
| QUAMMEN, I PIPISTRELLI E L’AMBIENTE. COSA CI INSEGNA IL VIRUS DI MARBURG. CESARE BUQUICICCHIO. SANITÀ INFORMAZIONE | 159 |
| IL RAPPORTO IPCC: “ADOTTARE SUBITO TUTTE LE MISURE A DISPOSIZIONE PER TAGLIARE LE EMISSIONI”. CRISTINA NADOTTI. LA REPUBBLICA | 160 |
| “IL RAPPORTO IPCC DESCRIVE UNA SITUAZIONE GRAVE, MA C’È SPERANZA”. CRISTINA NADOTTI. LA REPUBBLICA..... | 164 |
| L’IPCC CHIEDE DI TAGLIARE EMISSIONI E COMBUSTIBILI FOSSILI COME MISURE PRIORITARIE PER IL CLIMA. CRISTINA NADOTTI. LA REPUBBLICA | 165 |
| LA GRANDE AGONIA. CARLO BONINI ET AL. LA REPUBBLICA..... | 167 |
| FINANZA SANITARIA..... | 179 |
| COME FINANZIARE LA SANITÀ IN QUESTO PERIODO DI CRISI? CESARE FASSARI, QUOTIDIANO SANITÀ | 179 |
| RAPPORTO SHOCK DELL’OCSE: “SE NON SI INVESTE IN SANITÀ A RISCHIO BENESSERE E TENUTA SOCIALI”. CESARE FASSARI. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 182 |
| SE LA RICETTA OCSE È FORSE PIÙ UTILE DEGLI ANATEMI QUOTIDIANI. CLAUDIO MARIA MAFFEI. QUOTIDIANO SANITÀ | 186 |
| PNRR E SUA IMPLEMENTAZIONE | 188 |
| PNRR E RIORDINO DEL TERRITORIO. IL SOLE 24 ORE | 188 |
| REDDITO DI CITTADINANZA, SI CAMBIA: ARRIVA LA MIA. LA REPUBBLICA | 190 |
| PNRR: CONFESERCENTI, CON RITARDI ATTUAZIONE GIÀ BRUCIATI 7,6 MILIARDI NEL 2022. LUCIANO CERASA. RIVISTA ONLINE FISCOEQUO | 192 |
| GLI INTROVABILI, MANCANO QUATTRO LAVORATORI SU DIECI COSÌ L’ITALIA PERDE 15 MILIARDI DI PIL. VALENTINA CONTE. LA REPUBBLICA | 193 |
| ALLARME PNRR, IL GRANDE PIANO S’È INCEPPATO L’ITALIA RISCHIA IL NAUFRAGIO. GIUSEPPE COLOMBO. LA REPUBBLICA..... | 195 |
| PERSONALE SANITARIO | 199 |
| GIORNATA NAZIONALE DEL PERSONALE SANITARIO. ESTER MARAGÒ. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 199 |
| INDAGINE SUI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI: 1 SU 3 È DISPOSTO A CAMBIARE LAVORO. ANAAO ASSOMED..... | 202 |
| C’È IL RISCHIO DI UNA MUTAZIONE ANTROPOLOGICA DI UNA PARTE DEI MEDICI? CLAUDIO MARIA MAFFEI. QUOTIDIANO SANITÀ | 204 |
| LE VERE CAUSE DELLA DISAFFEZIONE DEI MEDICI AL LAVORO PUBBLICO. ROBERTO POLILLO. QUOTIDIANO SANITÀ | 205 |
| L’OSPEDALE CHE CAMBIA | 207 |
| OSPEDALI. IN ITALIA PERSI QUASI 80MILA POSTI LETTO IN VENTI ANNI. CESARE FASSARI. QUOTIDIANO SANITÀ | 207 |
| PERSONALE SSN. NEL 2021 (+6MILA UNITÀ) CON OLTRE 670MILA ADDETTI SI TORNA VICINO AI LIVELLI 2012. IL 68,7% È DONNA. RETRIBUZIONI “FRENANO”. GIULIO NISI. QUOTIDIANO SANITÀ | 209 |
| LA “GRANDE FUGA” DI MEDICI E INFERMIERI DALL’ITALIA. GIULIO NISI. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 213 |
| LA MEDICINA TERRITORIALE..... | 216 |
| SANITÀ TERRITORIALE. ESAURITE LE RISORSE DEL PNRR SERVIRANNO OLTRE 1,2 MLD PER FAR FUNZIONARE ASSISTENZA DOMICILIARE E OSPEDALI DI COMUNITÀ. GIOVANNI RODRIGUEZ. QUOTIDIANO SANITÀ..... | 216 |

| | |
|---|------------|
| <i>STIPENDI, NEL 2022 QUALCOSA SI È MOSSO. RAFFAELE RICCIARDI. LA REPUBBLICA</i> | 217 |
| NURSING INFERMIERI E IL COVID19 | 223 |
| <i>CONSENSUS CONFERENCE FNOPI: COME SARÀ L'INFERMIERE DEL FUTURO. FNOPI</i> | 223 |
| <i>LA SICUREZZA EMOTIVA È LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. LYNDON ET AL. BMJ QUALITY & SAFETY</i> | 225 |
| <i>UNA REVISIONE DELL'AMBITO SUL RUOLO DELLO SCIENZIATO INFERMIERE ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI. BLAZEY ET AL. WORLDVIEWS ON EVIDENCE-BASED NURSING SIGMA</i> | 228 |
| <i>FORZA LAVORO INFERMIERISTICA IN TERAPIA INTENSIVA IN CRISI. VOGT ET AL. JCN</i> | 229 |
| <i>VALUTAZIONE BASATA SULLA TEORIA E TEORIE DEL PROGRAMMA IN INFERMIERISTICA: UN DIBATTITO IN OCCASIONE DELL'AGGIORNAMENTO DEL QUADRO MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC). WALLNER ET AL. IJNS</i> | 230 |



in collaborazione con Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

PNRR e nuovi modelli di reti e servizi sanitari e sociosanitari



CONVEGNI

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari

21 novembre 2022 ore 8.30/17.00

Aula Convegni Ospedale "G. Mazzini" - Teramo

Appropriatezza prescrittiva

10 dicembre 2022 ore 9.00/16.00

Aula Convegni Ospedale "G. Mazzini" - Teramo

L'ospedale che cambia

13 dicembre 2022 ore 9.00/16.00

Aula Convegni Ospedale "G. Mazzini" - Teramo

SEMINARI

PNRR e Distretti sociosanitari

28 novembre 2022 ore 8.30/17.00

Sala Conferenze "Dott. Roberto Fagnano" ASL Teramo

Circonvallazione Ragusa I - Teramo

PNRR e Case di Comunità

29 novembre 2022 ore 8.30/17.00

Sala Conferenze "Dott. Roberto Fagnano" ASL Teramo

Circonvallazione Ragusa I - Teramo

PNRR e Ospedali di Comunità

5 dicembre 2022 ore 8.30/17.00

Sala Conferenze "Dott. Roberto Fagnano" ASL Teramo

Circonvallazione Ragusa I - Teramo

PNRR e Centrali Operative Territoriali

12 dicembre 2022 ore 8.30/17.00

Sala Conferenze "Dott. Roberto Fagnano" ASL Teramo

Circonvallazione Ragusa I - Teramo

INFO E ISCRIZIONI

www.eventiecongressi.it/aslteramo

The image shows a YouTube video player interface. The video title is "Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari" with the subtitle "Quadro di riferimento normativo e da letteratura scientifica". The event is scheduled for "lunedì 21 novembre 2022" from "ore 8:30/14:00 - 15:00/17:00" at "AULA CONVEGNI P.O. G. MAZZINI TERAMO". The ASL Teramo logo is visible in the top right corner of the video frame. Below the video player, the text "Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS" is displayed in large white font. Underneath, it says "Help Desk Aslteramo" and "14 video 73 visualizzazioni Ultimo aggiornamento in da...". There are three circular icons for menu, share, and more options. At the bottom, there are two buttons: "Riproduci tu..." (Play) and "Casuale" (Shuffle).

Convegni e seminari ASIQUAS ASL Teramo su PNRR e suoi modelli organizzativi: Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità COA, COT, Infermieri di Comunità, USCA. Convegno su «Ospedale che cambia», Convegno su «Appropriatezza prescrittiva»

Teramo Novembre-Dicembre 2022

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

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
 Quadro di riferimento normativo e da letteratura scientifica
 venerdì 21 novembre 2022 ore 8:30/11:00 - 14:00/17:00
 ALLA CONVEGNO D. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
 Quadro di riferimento normativo e da letteratura scientifica
 venerdì 21 novembre 2022 ore 8:30/11:00 - 14:00/17:00
 ALLA CONVEGNO D. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

- 1 **Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari - PRIMA PARTE**
 Help Desk Asiteramo • 23 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 2 **Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari - SECONDA PARTE**
 Help Desk Asiteramo • 20 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 3 **SEMINARIO PNRR e Distretti sociosanitari - 28nov22 - prima parte**
 Help Desk Asiteramo • 22 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 4 **SEMINARIO PNRR e Distretti sociosanitari - 28nov22 - seconda parte**
 Help Desk Asiteramo • 19 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 5 **SEMINARIO PNRR e Case di Comunità - 29nov22 - Prima parte**
 Help Desk Asiteramo • 31 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 6 **SEMINARIO PNRR e Case di Comunità - 29nov22 - seconda parte**
 Help Desk Asiteramo • 18 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 7 **SEMINARIO PNRR e Ospedali di Comunità - 5dic22 - Prima parte**
 Help Desk Asiteramo • 12 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 8 **SEMINARIO PNRR e Ospedali di Comunità - 5dic22 - Seconda parte**
 Help Desk Asiteramo • 21 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 9 **CONVEGNO Appropriately Prescrittiva - 10dic22 - Prima parte**
 Help Desk Asiteramo • 30 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 10 **CONVEGNO Appropriately Prescrittiva - 10dic22 - Seconda parte**
 Help Desk Asiteramo • 16 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 11 **SEMINARIO PNRR e Centrali Operative Territoriali - 12dic22 - Prima parte**
 Help Desk Asiteramo • 24 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 12 **SEMINARIO PNRR e Centrali Operative Territoriali - 12dic22 - Seconda parte**
 Help Desk Asiteramo • 13 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 13 **CONVEGNO L'ospedale che cambia - 13dic22 - Prima parte**
 Help Desk Asiteramo • 26 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 14 **CONVEGNO L'ospedale che cambia - 13dic22 - seconda parte**
 Help Desk Asiteramo • 10 visualizzazioni • 2 mesi fa

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

Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

quotidiano**sanita**.it

Il Ssn a rischio crack. Luciano Fassari. Quotidiano Sanità

Le Regioni a Schillaci e Giorgetti: “Non ci sono soldi, senza interventi dovremo tagliare i servizi”. Dal Governo arriva ok ad un Tavolo di confronto ma anche la doccia fredda: non ci sono margini per nuove risorse. Tra le richieste quello di non far andare in Piano di rientro o commissariare le Regioni che dovessero presentare conti in rosso. E poi: ripianare in 10 anni i disavanzi causati dal mancato ristoro dei fondi per il Covid, rivedere tetto di spesa per il personale e su privato accreditato, incremento retribuzioni e regole più stringenti per i medici a ‘gettone’. E poi sul payback dei dispositivi medici: “Se Governo vorrà revisionare norma dovrà garantire le coperture”.

07 MAR -

“Non poter disporre delle risorse sufficienti ad erogare tutta l’assistenza necessaria comporta, per la nostra sanità, il rischio, concreto, di non assistere le fasce più deboli della popolazione, con la compressione di un diritto essenziale costituzionalmente tutelato”. È questo il nuovo allarme lanciato oggi dalle Regioni in un incontro con il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** e con il Ministro dell’Economia **Giancarlo Giorgetti**.

Una situazione quindi sempre più drammatica per il Ssn che le Regioni hanno messo nero su bianco in un documento elaborato dalla Commissione Salute guidata da **Raffaele Donini** in cui elencano criticità e proposte.

“Se davvero il livello di finanziamento del SSN – si legge - per i prossimi anni dovrà assestarsi al 6% del PIL, prospettiva che le regioni chiedono che venga assolutamente scongiurata, occorrerà allora adoperare un linguaggio di verità con i cittadini, affinché vengano ricalibrate al ribasso le loro aspettative nei confronti del SSN. Saranno necessarie scelte dolorose, ma non più procrastinabili, al fine di evitare che le mancate scelte producano nel sistema iniquità ancora più gravi di quelle già presenti”.

“Inutile rimarcare che – sottolineano le Regioni -, se volessimo raggiungere i livelli del Regno Unito, occorrerebbero per il nostro SSN circa 20 mld di euro in più l’anno; mentre per arrivare ai livelli di Germania e Francia ce ne vorrebbero addirittura più o meno 40”.

Per queste ragioni le Regioni hanno chiesto ai Ministri “l’apertura immediata di un tavolo lavoro che possa condividere entro e non oltre la fine del mese di aprile 2023 interventi urgenti e risolutivi di ordine finanziario e legislativo attraverso cui consentire alle regioni di non interrompere la programmazione sanitaria e di evitare la riduzione dei servizi sanitari e socio assistenziali”.

Una proposta che a quanto si apprende è stata accettata da Schillaci e Giorgetti. Ma dal Mef, a quanto si apprende, hanno chiarito che perlomeno nel breve termine non ci sono molti margini per nuove risorse.

Inoltre le Regioni hanno chiesto “di rendere esigibile il principio secondo il quale nessuna regione debba sottoporsi a Piani di rientro o di riduzione dei servizi o aumento della fiscalità generale a causa del mancato riconoscimento dell’attuale criticità finanziaria dovuta ai costi riguardante l’emergenza pandemica ed energetica. In caso contrario ne andrebbe progressivamente ed irrimediabilmente compromesso il sistema sanitario universalistico italiano”.

“La Conferenza delle Regioni ringrazia il Governo per la disponibilità e la collaborazione rappresentata nel corso dell’incontro pomeridiano con i Ministri Giancarlo Giorgetti e Orazio Schillaci in materia di sanità. In particolare sono state affrontate le questioni più urgenti e condivisa la necessità di istituire dei tavoli tecnici sui principali problemi del settore evidenziati, dalla carenza di personale, sul quale le Regioni hanno chiesto norme immediate, alle criticità del pronto soccorso e per gli interventi finanziari necessari alla programmazione sanitaria”, si legge in una nota.

Il documento delle Regioni:

La sostenibilità economico-finanziaria dei bilanci sanitari delle Regioni è fortemente compromessa da:

- Insufficiente livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, su cui grava, diversamente da quanto accade per le altre amministrazioni pubbliche, anche il finanziamento degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del SSN (e nell'anno 2023 anche dell' "emolumento accessorio", pari al 1,5% del costo del personale dipendente e convenzionato, quantificato in oltre 600 milioni di euro)
- Mancato finanziamento di una quota rilevante delle spese sostenute per l'attuazione delle misure di contrasto alla pandemia da Covid-19 e per l'attuazione della campagna vaccinale di massa, per oltre 3,8 mld nell'anno 2021, a cui le Regioni hanno dovuto sopperire con risorse proprie al fine di garantire l'equilibrio di bilancio.

Nel corso dell'anno 2022 i bilanci sanitari delle Regioni hanno comunque dovuto sostenere il mantenimento dei costi legati al Covid-19 connesso alla necessità di procrastinare le misure preventive, di sanificazione e di distanziamento adottate durante la pandemia, oltre alla esigenza di continuare a garantire l'attività delle USCA ed i servizi correlati all'attività vaccinale e di diagnostica (tamponi) soprattutto nella prima metà dell'anno 2022.

Si è verificato nell'anno 2022, così come per l'anno 2021, un significativo scostamento tra le risorse attese dal livello nazionale e la stima di costi direttamente correlati alla gestione emergenziale e all'attuazione della campagna vaccinale.

Tale minor finanziamento dei costi per fronteggiare l'emergenza da COVID -19 unitamente ai costi correlati alla contestuale campagna vaccinale ha contribuito all'attuale difficoltà rappresentata da diverse regioni.

Considerevole incremento dei costi energetici sostenuti dalle strutture sanitarie e socio-assistenziali, pari a +1,4 mld rispetto all'anno 2021.

La situazione di estrema criticità sul piano della sostenibilità finanziaria per il 2022, che ha comportato, da parte di molte regioni, l'utilizzo di risorse proprie e straordinarie e pertanto irripetibili del proprio bilancio e per alcune regioni la difficoltà a chiudere in equilibrio nonostante l'impiego di tali risorse il bilancio 2022. Il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale 2023 non è pertanto minimamente adeguato per consentire la sostenibilità della programmazione sanitaria.

Nell'anno 2022, oltre all'attuazione nella prima parte dell'anno della campagna vaccinale e al trascinarsi dei costi Covid che le Regioni stanno ancora sostenendo (si pensi all'adozione di misure di precauzione e sorveglianza sanitaria) - solo parzialmente finanziati dal livello nazionale - si aggiungono i maggiori costi energetici.

L'incremento dei costi energetici, peraltro, rischia di compromettere la realizzazione degli investimenti della Missione 6 del PNRR, la cui attuazione è seriamente ostacolata dal notevole incremento dei prezzi delle materie prime e dei materiali. Come noto, nell'anno 2022 l'Italia ha affrontato un fenomeno inflattivo a doppia cifra; l'inflazione attesa per l'anno 2023 è attualmente intorno al 7%.

Non poter disporre delle risorse sufficienti ad erogare tutta l'assistenza necessaria comporta, per la nostra sanità, il rischio, concreto, di non assistere le fasce più deboli della popolazione, con la compressione di un diritto essenziale costituzionalmente tutelato.

A ciò si aggiunga il recupero delle attività sanitarie, che oggi non riescono a essere erogate dalla sola sanità pubblica, per le quali è opportuno adeguare i vincoli di spesa della spending review (DL 95/2012), che fanno riferimento ad un volume di risorse che nell'anno 2011 era pari a circa 12 miliardi, riconoscendo la crescita del fondo sanitario nazionale indistinto avvenuta in questi anni.

Le regioni hanno più volte evidenziato come la chiusura in pareggio potrà avvenire da parte per alcune di esse utilizzando anche le risorse derivanti dal pay-back per dispositivi medici anni 2015-2018 ai sensi di quanto previsto dal DL n. 4/23. Pertanto, qualora la norma venga «revisionata» occorre il concorso di risorse nazionali a copertura per le Regioni che hanno usato le risorse ai fini del raggiungimento dell'equilibrio 2022.

Le Regioni ritengono inaccettabile il rischio di disavanzo e di potenziale commissariamento e la conseguente necessità di dover ridurre il livello di servizi da garantire ai propri cittadini causato da fattori non imputabili alla propria gestione bensì dal parziale ristoro dei costi covid e dei costi energetici. Una possibile soluzione potrebbe essere quella di consentire alle Regioni di provvedere eventualmente ad un piano di ammortamento dei costi non coperti nel 2022 in un congruo numero di anni, attraverso il seguente meccanismo:

consentire che i disavanzi Covid si possano ripianare con un piano di ammortamento decennale (portati a nuovo quale perdita Covid nell'ambito del Patrimonio Netto)

precisare che i maggiori costi aggiuntivi sostenuti dai servizi sanitari regionali per effetto dell'attuazione delle misure di contrasto alla pandemia e dei rincari energetici, per la parte non finanziata dalle risorse stanziata a livello nazionale, siano esclusi dalla verifica dell'equilibrio economico-finanziario delle Regioni ai sensi dell'art. 1, c. 174 della Legge 311/2004, fino a decorrenza del disavanzo presentato in sede di modello CE al IV trimestre 2022;

Tale proposta, consentirebbe alle regioni che ne dovessero usufruire di procedere nell'ambito delle azioni concordate nei Tavoli di Monitoraggio, alla predisposizione di un Piano di efficientamento e di ottimizzazione della spesa sanitaria regionale, senza compromettere la programmazione sanitaria per l'erogazione dei LEA ed il recupero delle liste di attesa per prestazioni specialistiche diagnostiche e chirurgiche enormemente dilatate in conseguenza emergenza pandemica.

Criticità riguardanti il personale sanitario

Individuazione degli ambiti in cui individuare le misure necessarie per superare criticità del personale dipendente del SSN

Carenza di professionisti

- Incremento del fenomeno delle «dimissioni inattese», in particolare nell'ambito delle strutture dell'emergenza-urgenza;
- Rigidità in termini di fissazione di limiti alla spesa complessiva e all'incremento dei fondi del salario accessorio

Negli ultimi anni, i limiti rigidi alla spesa di personale dipendente e all'incremento dei fondi, la scarsa attrattività del lavoro dipendente presso gli enti e le aziende del SSN hanno spinto le aziende stesse a forme di ingaggio attraverso affidamenti esterni con costi crescenti contabilizzati tra i costi dei beni e servizi, che risultano negli anni crescenti rispetto al costo del lavoro dipendente.

Pertanto, si propone una revisione del tetto di spesa del personale

Fino al 2019 il fabbisogno di personale negli enti e aziende del SSN è stato condizionato da un tetto di spesa rigido (spesa anno 2004 – 1,4%).

Dal 2019 si attua un primo tentativo per rendere dinamico questo tetto (che si incrementa di un valore pari al 10% dell'incremento del fondo sanitario regionale).

Per superarlo definitivamente dobbiamo arrivare a una metodologia che definisca il fabbisogno effettivo di personale del SSN.

Nelle more vanno valutati ulteriori incrementi della flessibilità, per consentire l'applicazione omogenea di alcuni istituti (possibilità di incremento dei fondi in relazione all'incremento del personale in servizio).

Valorizzazione economica

La perdita di appeal del servizio pubblico necessita di misure urgenti di fidelizzazione del personale, tra le quali fondamentale è la valorizzazione economica e retributiva dei professionisti.

L'appiattimento delle retribuzioni rende difficoltoso trattenere le migliori professionalità nel pubblico.

È pertanto necessario innanzitutto ripensare il procedimento di approvazione dei CCNL, spesso in ritardo rispetto alle esigenze del sistema (il 2 novembre 2022 è stato sottoscritto il contratto del comparto sanità 2019-2021, siamo ancora lontani dalla sottoscrizione del CCNL della dirigenza sanitaria e della dirigenza Funzioni Locali) perché possa fornire strumenti per fronteggiare tempestivamente le problematiche

È inoltre necessario dotare di elementi di flessibilità la determinazione della spesa per il personale, e prevedere deroghe mirate al limite di incremento dei fondi contrattuali (oggi fissato al valore dell'anno 2016), anche affinché la retribuzione possa essere parzialmente modulata per far fronte alle carenze (i concorsi in alcune discipline rimangono deserti anche per la non appetibilità della dipendenza pubblica)

Sempre per rispondere in maniera flessibile alle necessità emergenti nelle diverse realtà, occorre prevedere la possibilità di risorse aggiuntive regionali (nei termini già previsti dal patto per la salute 2019-2021),

L'incremento delle retribuzioni del personale potrebbe inoltre essere ottenuto attraverso la defiscalizzazione di quote di salario accessorio (come già previsto in alcuni settori del lavoro privato).

Valorizzazione professionale

Piena equiparazione degli incarichi gestionali e professionali in modo da disegnare percorsi di carriera per la dirigenza e il comparto (percorso già consolidato per la dirigenza sanitaria e avviato per il personale del comparto con i contratti del triennio 2016-2018 nonché confermato e ampliato per il comparto con il recente CCNL 2019-2021). Aggiornamento e revisione dei profili degli operatori di interesse sanitario (a supporto di una professione infermieristica che si orienta verso ruoli più specialistici).

Sviluppo delle competenze avanzate per le professioni sanitarie (a partire dall'introduzione dell'IFeC operata dal DM 77/2022 e dal nuovo CCNL 2019-2021). Focus sul clima organizzativo per favorire condizioni di lavoro e

promuovere azioni che valorizzino e gratifichino i professionisti, ponendoli al centro dell'interesse aziendale come "capitale umano".

Gli interventi straordinari richiesti dalle Regioni

Occorre procedere quanto prima all'approvazione di un pacchetto di interventi per far fronte alla carenza di personale soprattutto nelle strutture di pronto soccorso così come già formalmente proposto dalla Commissione Salute al Governo nel marzo e nel giugno 2022.

Si propone innanzitutto di raccogliere gli esiti del Tavolo di lavoro per l'accesso alle professioni sanitarie attivato dal Ministero dell'Università e della Ricerca e del Tavolo di lavoro in materia di carenza di personale e di ricorso ad affidi esterni attivato dal Ministero della Salute a seguito delle istanze rappresentate con urgenza dalla Regioni e dalle Province Autonome.

Anche in considerazione del fatto che i contratti di formazione specialistica in medicina d'urgenza non vengono assegnati per il 50%, con la conseguenza che la carenza di questi specialisti perdurerà nel tempo, favorendo il fenomeno delle esternalizzazioni dei servizi sanitari, il cui utilizzo però deve essere governato e regolamentato attraverso la definizione condivisa di specifici criteri per garantire l'economicità dei contratti e la trasparenza delle condizioni di acquisto, per definire le specifiche tecniche, i prezzi di riferimento dei servizi medici ed infermieristici, i controlli che gli Enti debbono porre in essere.

Si propone di velocizzare e semplificare le procedure per il riconoscimento dei titoli esteri da parte del Ministero della Salute (anche considerata la proroga al 31/12/2025 della possibilità che sanitari esteri possano operare in Italia anche a prescindere da tale riconoscimento).

Le procedure di riconoscimento potrebbero essere temporaneamente delegate a Regioni e/o Ordini).

Rendere strutturale la possibilità di assumere specializzandi dal terzo anno già prorogata al 31/12/2025 (anche prescindendo dall'obbligo di convenzione con gli atenei).

Velocizzazione e semplificazione delle procedure di assunzione attraverso la revisione dei regolamenti concorsuali (DPR 483/1997 e 220/2001).

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=111783



Per salvare il Ssn partiamo dal contrasto ai medici "a gettone" e alla violenza. Stefano Simonetti. Il Sole 24

Prosegue ininterrotto il dibattito pubblico sui cosiddetti medici "a gettone".

Ormai gli interventi non sono più limitati agli addetti ai lavori ma si estendono anche all'esterno del perimetro ristretto della Sanità. Sono molti gli Ordini dei medici che hanno preso posizione contro il fenomeno e, fin qui, sembra normale che un ente preposto alla tutela della professione intervenga sulla questione. Il 15 gennaio scorso il Dataroom di Milena Gabanelli sul Corriere della Sera ha pubblicato una esaustiva e documentata inchiesta sui numeri della diffusa tematica.

Piuttosto significativo il fatto che il Dataroom ha quantificato il fenomeno riferendo che, solo nel 2022, nelle principali Regioni del Nord Italia i turni appaltati in Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna hanno superato i 100 mila.

L'ultima arrivata è la Corte dei Conti che, per voce della Procura regionale del Lazio, ha preso atto del fenomeno. In occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario lo scorso 24 febbraio, il Procuratore regionale ha infatti annunciato l'intenzione della Procura di approfondire "il problema" dei cd "medici a gettone". Afferma la relazione che "il nostro intento sarà quello di verificare possibili omissioni nella individuazione di profili organizzativi che potrebbero consentire alle aziende ospedaliere, di far fronte alle esigenze della medicina soprattutto quella di urgenza".

Da sottolineare che per la Procura laziale non si tratta di verificare la legittimità in se stessa di questi appalti ma di controllare se esistono i presupposti per il ricorso alla esternalizzazione, cioè – in altre parole – se le

aziende sanitarie abusino del ricorso all'appalto. Infatti, che questi affidamenti siano "legittimi", almeno in via generale e astratta, è purtroppo accertato, come ho cercato di spiegare in un [articolo del 25 febbraio](#), segnalando anche sinteticamente quali potrebbero essere i contenuti di una legge correttiva.

Si tratta di intervenire con un provvedimento legislativo mirato, peraltro annunciato dal ministro della Salute, e questo intervento non è più procrastinabile come è ormai assolutamente prioritaria una nuova legge sulle violenze nei confronti dei sanitari.

Ecco la sintesi finale sull'odierna situazione: se si vuole veramente salvare il Servizio sanitario nazionale, secondo quanto affermano tutti, occorre iniziare da queste due questioni, i medici "a gettone" e le violenze. Tutte le altre criticità – e sono tante e tutte gravi – hanno tempi medi o lunghi come l'accesso alle facoltà di medicina, i posti di specializzazione, la riforma dei concorsi, il rinnovo del contratto collettivo, anche se quest'ultimo potrebbe davvero essere chiuso in poche settimane.

Ma se non si comincia col fare qualcosa immediatamente, il sospetto che la deriva implacabile del servizio pubblico sia davvero dolosa e non solo, e sempre, colposa.

Ma non tutte le voci sono unanimi nel condannare il ricorso ai "gettonisti".

Pochi giorni fa un medico libero professionista ha scritto a un sito specializzato lamentandosi dei giudizi negativi che da più parti piovono in materia, soprattutto in relazione ai costi sostenuti impropriamente dalle aziende.

Afferma costui di aver lasciato volontariamente la struttura pubblica e rimarca che i dati economici che vengono diffusi non sono veritieri perché sul suo "gettone" di 100 euro deve pagare l'Enpam e la ritenuta d'acconto Irpef. È incredibile come si possano travisare i contenuti delle questioni.

Secondo tale lagnanza, il medico in regime di dipendenza è esente da contributi e imposte e i suoi 30 o al massimo 60 euro orari sarebbero netti!

Questo potrebbe essere semmai vero se fosse stata onorata la promessa fatta due anni fa dal Governo riguardo alla defiscalizzazione e decontribuzione del salario accessorio, come avviene per il privato (paragrafo 6 del Patto per il Lavoro pubblico del 10.3.2021); ma, come è noto, l'impegno non è stato realizzato.

Solo per debito informativo e amore per la precisione, vorrei ricordare che sullo stipendio di un medico strutturato gravano trattenute previdenziali del 9,85% per la Cps, del 2% per la Inadel, dello 0,5% per l'Onaosi e una Irpef marginale del 43%. Anche se effettuata in prestazioni aggiuntive a 60 euro l'ora, una notte al Pronto soccorso vale per un dipendente non più di 300 euro netti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-03-07/per-salvare-ssn-ripartiamo-contrasto-medici-a-gettone-e-violenza-103434.php?uid=AEAvtNzC&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanita**.it

Cresce la voglia di fuggire dal Ssn. Anaa Assomed. Quotidiano Sanità

Oltre la metà dei medici e dei dirigenti sanitari è insoddisfatto e 1 su 3 è disposto a cambiare lavoro. L'indagine dell'Anaa Assomed

Sul podio delle richieste: più tempo libero e stipendi più alti. La fascia di età più in crisi tra i 45 e i 55 anni. "Occorre immaginare un nuovo modello che tenga nella dovuta attenzione la presa in carico del paziente, sia cronico che in acuzie, aumentando posti letto e personale, e implementando quella medicina di prossimità che appare oggi sempre più teorica, liberando i professionisti dalla medicina di carta che sottrae tempo alla cura

21 FEB - Più della metà (56,1%) tra medici e dirigenti sanitari è insoddisfatta delle condizioni del proprio lavoro e 1 su 4 (26,1%) anche della qualità della propria vita di relazione o familiare. Un sintomo inequivocabile di quanto il lavoro ospedaliero sia divenuto causa di sofferenza e di alienazione. Una

insoddisfazione che cresce con l'aumentare della anzianità di servizio e delle responsabilità, tanto che i giovani medici in formazione (24,6%) si dichiarano meno insoddisfatti dei colleghi di età più avanzata (36,5%), tra i quali si raggiunge l'apice nella fascia di età tra i 45 e i 55 anni, un periodo della vita lavorativa in cui si aspetta quel riconoscimento professionale che il nostro sistema, però, non riesce a garantire. Questi i principali risultati della survey condotta dall'**Anaao Assomed** cui hanno risposto 2130 tra medici e dirigenti sanitari.

Possono sembrare risultati scontati, ma oggi più che mai è importante controllare e misurare la temperatura dell'insoddisfazione che serpeggia nelle corsie ospedaliere fra i colleghi riguardo alle condizioni del loro lavoro, anche perchè dal CCNL ai nastri di partenza attendiamo risposte alle necessità e alle aspirazioni dei medici e dirigenti sanitari del nostro Paese. Comprendere i motivi di un disagio diffuso, e prospettare possibili soluzioni, può contribuire a rallentare l'esodo dei medici ospedalieri verso il settore convenzionato o privato o verso l'estero, nonché a evitare forme di 'uberizzazione' dell'attività medica che contribuisce a generare contratti a cottimo tanto ricchi quanto poco chiari sulle norme e sulla sicurezza.

Per quanto riguarda i cambiamenti desiderati nel lavoro, il podio è occupato da incrementi delle retribuzioni con il 63,9 % delle risposte, e da una maggiore disponibilità di tempo con il 55,2%, con una prevalenza del fattore tempo per le donne (39,5%) sugli uomini (47,56%) che invece mirano, in maggiore misura, a retribuzioni più adeguate. Si evidenzia anche come per gli over 65 (15,8%) sia prioritaria una maggiore sicurezza rispetto ai colleghi più giovani (6,3%). Al contrario, l'esigenza dei giovani di una maggior disponibilità di tempo per la famiglia e il tempo libero è più alta (37,9 %) rispetto ai colleghi con maggior anzianità di servizio (27,6%). In generale aumento delle retribuzioni e del tempo libero hanno un peso maggiore nelle aspettative rispetto alla progressione di carriera. La domanda finale sul futuro del proprio lavoro registra risposte che rappresentano il segnale più inquietante della crisi della più antica professione di cura. Il 36%, ovvero quasi 1 su 3, specie nelle classi di età tra i 45 e i 55 anni, appare disposta a cambiare il lavoro attuale. Il 20% degli intervistati si dichiara ancora indeciso, segno del fatto che almeno una volta si è interrogato sul futuro della professione e sul suo ruolo all'interno del sistema. Forte è il rischio che, procedendo la sanità pubblica per la impervia strada del definanziamento e della privatizzazione, vadano ad accrescere le fila delle migliaia di desaparecidos che già oggi abbandonano la professione in cerca di altri lidi o, perché no, di altri lavori.

Se guardiamo alla collocazione geografica, non sorprende che la crisi della professione sia più sentita al sud rispetto al nord: si va dal 53,6% del nord, passando al 56,3% del Centro per finire al Sud e Isole con ben il 64,2% di insoddisfatti. Ma il dato appare talmente diffuso da configurare quasi una patologia endemica con la quale convivere e per la quale non esiste vaccino o terapia.

Invece la terapia esiste, e non è solo di carattere economico, anche se pesa il fatto che l'Italia spenda solo il 6.1% del Pil per la sanità, la cifra più bassa tra i paesi del G7, ben al di sotto della media europea di 11.3% con il costo della sanità privata pari al 2.3%, poco sopra la media europea. Per recuperare il gap accumulato con le altre nazioni occorrerebbe un incremento annuo del FSN di 10 miliardi di euro. Ma pesano anche questioni di organizzazione e di scelte politiche, se il sistema di cure universalistico non appare in grado, per come oggi è, di reggere l'onda d'urto di nuove patologie infettive o della epidemia delle patologie croniche che accompagnano il sensibile aumento della aspettativa di vita.

Occorre immaginare – propone l'Anaao Assomed - un nuovo modello che tenga nella dovuta attenzione la presa in carico del paziente, sia cronico che in acuzie, aumentando posti letto e personale, e implementando quella medicina di prossimità che appare oggi sempre più teorica, liberando i professionisti dalla medicina di carta che sottrae tempo alla cura.

Ma, soffrire, e morire, sul lavoro non è un destino, tantomeno stare male può essere accettato come fatto "normale". Per uscire dalla attuale crisi professionale, il lavoro deve essere vissuto come fattore di cambiamento, mezzo per recuperare la autonomia nel leggere le necessità del paziente, evitando la riduzione a macchina ubbidiente. Al quale riconoscere un diverso valore, sociale e salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici e i dirigenti sanitari, e non chi governa il sistema campando sul lavoro altrui, a decidere sulle necessità del malato.

Serve una profonda riprogrammazione strategica delle politiche sanitarie, un cambio di paradigma che realizzi un netto investimento sul lavoro professionale, che nella sanità pubblica rappresenta il capitale più prezioso. Altrimenti anche il Pnrr rappresenterà la ennesima occasione perduta.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=111262

Distruggere le pietre angolari per abbattere il Ssn: i medici a gettone. Roberto Polillo e Mara Tognetti. Quotidiano Sanità

Il fenomeno sempre più rilevante è sempre più preoccupante dei medici a gettone che vengono inseriti nei diversi reparti per tamponare la carenza di personale o più semplicemente per coprire i buchi negli organici, in particolare nelle Terapie intensive, in medicina di Emergenza e Urgenza, ma anche in Pronto Soccorso, in Ginecologia, Pediatria è una realtà sempre più diffusa, anche in quelle Regioni che nonostante tutto continuiamo a considerare più virtuose

La continuità assistenziale è un cardine essenziale del Servizio Sanitario Nazionale, almeno nei suoi principi in quanto consente sia una presa in carico ed una dimissione che connette territorio e ospedale e che accompagna il cittadino malato dentro e fuori dalle strutture. Modalità di lavoro e principio che abbiamo visto essere vincente proprio in questi anni, per gli scettici si rimanda ai dati sul COVID 19 e a come le Regioni hanno prodotto disuguaglianze di salute e di mortalità proprio in relazione alla continuità assistenziale.

Il fenomeno sempre più rilevante è sempre più preoccupante dei medici a gettone che vengono inseriti nei diversi reparti per tamponare la carenza di personale o più semplicemente per coprire i buchi negli organici, in particolare nelle Terapie intensive, in medicina di Emergenza e Urgenza, ma anche in Pronto Soccorso, in Ginecologia, Pediatria è una realtà sempre più diffusa, anche in quelle Regioni che nonostante tutto continuiamo a considerare più virtuose: Emilia Romagna, Lombardia, ma anche Veneto (si veda il Corriere della Sera del 16/1/23).

Sempre più frequentemente vengono appaltati i turni nei vari reparti, nelle diverse Divisioni come Pediatria, Anestesia attraverso le cooperative che forniscono personale, ma fenomeno in crescita, avvalendosi di personale in pensione, neolaureati non ancora specializzati, medici che si sono licenziati dal Servizio pubblico a causa delle indegne condizioni di lavoro e tornano a prestare la loro opera come libero professionisti, medici stranieri non in possesso di cittadinanza, ecc.

Non infrequentemente troviamo dei medici che ricoprono posizioni per le quali non hanno la specializzazione per la quale lavorano (medici generici impiegati come ginecologi, medici non specializzati in medicina d'urgenza, ecc.).

I rischi

Nonostante la normativa preveda per i reparti che non hanno gli standard qualitativi strutturali o che non hanno un'attività minima debbano essere chiusi (Decreto Ministeriale 70 del 2015) tale provvedimento, come spesso succede, è rimasto lettera morta in non poche realtà con tutti i rischi di sicurezza, senza considerare le condizioni e la qualità del lavoro dei professionisti, e la qualità delle prestazioni.

Poiché non esiste alcun regolamento circa i medici a gettone appare chiaro che anche la qualità della cura sia messa fortemente in discussione non solo per la qualità del medico turnista, la sua formazione e la sua esperienza, ma anche per il carico di lavoro a cui sono sottoposti, doppi turni, turni dopo una giornata di lavoro altrove, non rispetto dei riposi. Ancora una volta la qualità e la sicurezza della prestazione è questione che sempre più sembra non interessare i responsabili della salute.

Perché del fenomeno

Sappiamo quanto in questi anni gli organici si siano assottigliati sia per ridurre i costi ma anche per insipienza.

Il blocco del turnover del personale sanitario è una questione vergognosa che qualsiasi ministro della salute degno di questo nome dovrebbe far saltare indipendentemente dalle lobbies categoriali. Così come la non adeguata programmazione degli accessi alle specialità ancora una volta nelle mani di gruppi di potere che si dimenticano dei cittadini e della loro salute.

Cosa però ancora più grave e vergognosa per un paese che si considera "moderno" il livello retributivo dei medici e' ben lontano dal riconoscere il lungo percorso formativo, le competenze acquisite, il ruolo di forte responsabilità di questa professione, la sua centralità nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il non riconoscimento e quindi le remunerazioni inadeguate di questi professionisti, così come le denunce dei pazienti per prestazioni ritenute non idonee sono alla base dello svuotamento di molti settori del Servizio Sanitario Nazionale. Abbiamo dimenticato la retorica degli anni della pandemia sui nostri eroi e cosa ancora più grave stiamo uccidendo una risorsa vitale per il SSN. Il SSN come sappiamo lo si può far morire lentamente senza riforme decisive, basta togliergli la linfa vitale.

Che fare

L'ultimo rapporto dell'Istituto di ricerca CREA ha calcolato che per colmare le attuali lacune del personale medico e compensare i vuoti che ogni anno si creano per i pensionamenti nei prossimi 10 anni dovrebbero essere assunti 15.000 medici all'anno.

Una cifra estremamente consistente che può essere recuperata a lungo periodo e solo con una nuova programmazione degli accessi alla facoltà di medicina e alle scuole di specializzazione. Non ripetendo ovviamente gli errori del passato e facendo in modo che il numero annuale di borse di specializzazione (tra universitarie e per la medicina generale) messe a concorso sia adeguato alle reali necessità assistenziali ed esattamente corrispondente al numero di laureati in medicina, onde evitare il drammatico fenomeno dell'imbuto formativo.

Devono inoltre essere fortemente incentivati quei percorsi afferenti all'area critica (Medicina d'urgenza e anestesia e rianimazione) nei confronti dei quali si è verificata una progressiva disassuefazione per motivi fin troppo noti: carichi di lavoro eccessivi, rischio professionale, contenzioso legale, burnout e appiattimento salariale). Altrettanto importante è assumere decisioni nell'immediato. Soluzioni che non possono essere quelle di trattenere in servizio il personale oltre il settantesimo anno di età. Una misura molto fortemente voluta dagli universitari e da tutti coloro che svolgono funzioni apicali e che non accettano l'idea del collocamento in riposo.

La soluzione è invece applicare su tutto il territorio nazionale quanto disposto dalla legge 145/2018 e successive modificazioni forzando le Università a sottoscrivere gli accordi regionali sul modello di quanto fatto dalla regione Veneto per consentire agli specializzandi al terzo anno di partecipare ai concorsi nella disciplina propria o in una equipollente. Una strada che sembrerebbe aperta per i medici di base, grazie a un emendamento approvato nel Milleproroghe e che taglia fuori invece gli altri specializzandi di cui si ha una necessità non meno impellente.

Ridefinire competenze, prerogative e aspettative professionali

Rimane infine la necessità di un nuovo rapporto tra componente professionale e management burocratico-amministrativo che restituisca alla prima un ruolo nei processi decisionali e di implementazione della qualità. Ridefinire competenze, prerogative e aspettative professionali deve essere un obiettivo da percorrere con altrettanta convinzione per ricreare un clima di faticosa collaborazione tra componente professionale e componente gestionale, oggi totalmente assente nelle strutture sanitarie. I nostri eroi potranno continuare ad essere tali se sostenuti e riconosciuti come professionisti della salute a partire da retribuzioni adeguate ma anche spazi decisionali specifici per garantire quella continuità assistenziale essenziale per un buon Servizio Sanitario Nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111033

quotidianosanita.it

Se l'autonomia differenziata va male, l'autonomia mal esercitata non va molto meglio. Claudio Maria Maffei. Quotidiano Sanità

E allora la domanda è: la capacità di un buon esercizio della autonomia regionale così com'è oggi come la si può far crescere? È evidente che la funzione di controllo centrale non funziona o comunque non basta

14 MAR - Il tema della autonomia differenziata è stato trattato in modo molto critico qui su QS da molti punti di vista, da quello giuridico a quello politico-istituzionale. Da un punto di vista strettamente sanitario, si deve alla Fondazione GIMBE un [Report sul regionalismo differenziato in sanità](#) (pure [presentato qui su QS](#)) estremamente convincente sui rischi che l'autonomia differenziata porti ad un ulteriore aumento degli squilibri territoriali nel nostro paese in termini di qualità dei servizi e di equità in primo luogo.

A questa conclusione il Report arriva analizzando gli accordi preliminari presi con il Governo Gentiloni dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto nel 2018, accordi in cui sono presenti istanze definite nel Report addirittura

“eversive” come la maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi o ritenute capaci di “mettere una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sul ruolo dei sindacati” come le richieste del Veneto in tema di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN e di regolamentazione dell’attività libero-professionale.

A sostegno dei pericoli insiti nella proposta Calderoli, il Report GIMBE fa il punto sui due fenomeni che evidenziano i forti squilibri tra le diverse sanità Regionali in epoca pre-autonomia differenziata come la mobilità sanitaria e i risultati del monitoraggio delle performance regionali con la griglia LEA ed evidenzia come le Regioni che spingono di più per ottenere l’autonomia differenziata sono anche quelle con i migliori punteggi al monitoraggio dei LEA e con i saldi attivi di mobilità maggiori.

E’ evidente come in una situazione di partenza di questo tipo l’autonomia differenziata aumenterebbe ulteriormente il divario tra Regioni “forti” e Regioni “deboli” ad esempio favorendo la mobilità degli operatori verso le Regioni capaci di offrire condizioni di lavoro da tutti i punti di vista migliori.

Sempre GIMBE nelle sue conclusioni invita a togliere la “tutela della salute” dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie e, in via subordinata, ad attuare il regionalismo differenziato in sanità con grande equilibrio avendo preliminarmente colmato il gap strutturale tra Nord e Sud del Paese, modificato i criteri di riparto del fondo sanitario e aumentando le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni.

Parto da quest’ultima raccomandazione di GIMBE per fare una breve riflessione sul fatto che queste tre pre-condizioni (la prima delle quali irraggiungibile in tempi utili per la politica e per i cittadini) ne richiedono una quarta che non è semplice né descrivere, né commentare, ma che a mio parere precede le altre tre: la capacità delle Regioni di esercitare la propria autonomia, quella che hanno dal 1978, anno di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, e che nel 2001 con la modifica del Titolo V è ulteriormente aumentata.

L’argomento merita di essere approfondito e interpretato perché altrimenti la banale considerazione che non possono essere i vagoni più lenti a condizionare la velocità dell’intero convoglio (che è poi più o meno uno dei punti di partenza delle richieste di autonomia differenziata da parte dei vagoni più rapidi) sarà difficile da smontare. A ragionare su questa differente capacità dei vari sistemi Regione (che includono dentro oltre all’Ente Regione, anche l’Università, i mondi professionali, la società civile, ecc.) a gestire le risorse assegnate per la tutela della salute ci aiuta la distinzione tra il fenomeno della mobilità sanitaria e quello del monitoraggio dei LEA.

Mentre i flussi di mobilità sanitaria sono frutto di una disomogeneità nella struttura “fisica” dell’offerta che solo in tempi molto lunghi sarà difficile colmare (fra l’altro quella di confine non dovrebbe essere nemmeno considerata un problema), la differenza tra Regioni in termini di qualità dei servizi territoriali di prevenzione e distrettuale doveva e dovrebbe essere più facile da ridurre, essendo molto meno legata a fattori strutturali “hard” come le caratteristiche della rete ospedaliera.

E invece semmai il divario tra Regioni se possibile in queste aree aumentano, come dimostrano pur con tutti i loro limiti i [dati 2020 del Nuovo Sistema di Garanzia](#) da quell’anno utilizzati per il monitoraggio della erogazione dei LEA (vedi Tabella).

E allora la domanda è: la capacità di un buon esercizio della autonomia regionale così com’è oggi come la si può far crescere?

E’ evidente che la funzione di controllo centrale non funziona o comunque non basta. Proviamo a rispondere a domande come: perché le Case della Salute (oggi Case della Comunità) sono già sperimentate da anni solo in alcune Regioni? perché la sperimentazione degli infermieri di famiglia e di comunità è già diffusa e avanzata solo in alcune Regioni? perché la rete dei servizi per le demenze è a regime solo in alcune Regioni?

Se riusciamo a rispondere a queste domande forse capiremo meglio perché alcune Regioni aspirino a una maggiore autonomia e perché in altre l’autonomia che già hanno venga “sprecata”. Se non si riesce a definire quali sono i determinanti “locali” che influiscono sulla qualità dei sistemi salute regionali mi sembra difficile ragionare sul loro livello di autonomia accettabile, fatto salvo il fatto che non va differenziato. E i determinanti locali sono soprattutto politici, ma non solo.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111998

In 10 anni chiusi 125 ospedali e più spazio al privato. Luciano Fassari. Quotidiano Sanità

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

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 Consultori: 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

Sanità pubblica e privata

quotidianosanita.it

“La sanità pubblica è sotto attacco. Movimento per la Sanità Pubblica. Quotidiano Sanità

Difendiamola”. L’appello del Movimento per la Sanità Pubblica

“Un gruppo di donne e uomini con ruoli idee e funzioni diverse, insieme ad un gruppo di professionisti sanitari, ma anche semplici cittadine e cittadini preoccupati per l'attacco alla già indebolita sanità pubblica, hanno deciso di fare qualcosa. Ecco la ragione di questo appello, dare vita ad una vasta mobilitazione in difesa della sanità pubblica”.

20 MAR - Il Movimento per la Sanità Pubblica ha lanciato [una petizione su change.org](#) e l'ha diretta al Ministro della Salute Orazio Schillaci. Di seguito pubblichiamo il testo integrale della petizione che vede tra i primi firmatari gli ex assessori alla sanità dell'Emilia Romagna, Giovanni Bissoni e Carlo Lusenti, l'ex presidente della Regione e già senatore Vasco Errani, diversi sindaci ed esponenti sindacali e della sanità dell'Emilia Romagna.

“Un gruppo di donne e uomini con ruoli idee e funzioni diverse, insieme ad un gruppo di professionisti sanitari, ma anche semplici cittadine e cittadini preoccupati per l'attacco alla già indebolita sanità pubblica, hanno deciso di fare qualcosa. Ecco la ragione di questo appello, dare vita ad una vasta mobilitazione in difesa della sanità pubblica. Vi chiediamo di firmare, diffondere e condividere perché senza una sanità pubblica efficiente e con risorse adeguate non esiste il diritto costituzionale alla salute.

Ecco l'appello:

Per la sanità pubblica

La salute è un diritto fondamentale per tutte le persone, che la nostra Costituzione tutela e che lo Stato deve garantire. Purtroppo le condizioni in cui versa il nostro SSN sono drammatiche. Rispetto alla riforma del 1978 c'è stato un cambiamento demografico non ancora metabolizzato in modo adeguato: siamo una società invecchiata e che invecchierà ancor di più. Sono anni che lo Stato non investe quanto necessario in termini di risorse finanziarie, professionali, riforme. L'impatto della pandemia sull'intero sistema aveva aperto la speranza per adeguati investimenti sul servizio sanitario. Così non è avvenuto, quanto meno in termini congrui.

Un sistema già indebolito, costretto a dare priorità alla gestione della pandemia, ha raggiunto risultati efficaci grazie allo straordinario impegno professionale, ma contestualmente si è infiacchita la capacità di risposta assistenziale ai bisogni delle persone, le liste d'attesa sono incrementate, l'accesso a prestazioni a pagamento è aumentato in modo esponenziale, il ricorso a sistemi assicurativi è stato stimolato e, più in generale, è aumentato l'abbandono delle persone fragili per salute, età, condizioni economico-sociali. All'impatto pandemico si sono aggiunte le ricadute economico-finanziarie dovute alla guerra in Ucraina, l'inflazione, il caro bollette, aggravando ulteriormente la situazione finanziaria delle Regioni, dei Comuni e delle famiglie.

Siamo di fronte ad un pericolo imminente: il superamento dell'universalismo sanitario del SSN con l'avvio di fatto di un universalismo selettivo la cui conseguenza sarà una sanità che si rivolge prioritariamente ai poveri, progressivamente più povera, aggravando quelle disuguaglianze che sempre più caratterizzano il nostro Paese.

È unanimemente riconosciuto che già oggi le differenze inaccettabili nella società, in rapporto a istruzione, condizioni di vita e di lavoro, età e genere portano anche a diseguaglianze di salute. Le persone socialmente più disagiate si ammalano di più ed hanno maggiori difficoltà di accesso tempestivo a servizi di buona qualità. La fine dell'universalismo peggiorerà ulteriormente le cose.

Oggi serve con urgenza un coordinato insieme di provvedimenti con l'obiettivo di:

- Avere più medici, infermieri, personale sanitario e assistenziale per garantire accesso ai servizi, recupero liste d'attesa, riorganizzazione dei servizi territoriali. Personale adeguatamente formato e valorizzato, riconoscendone il ruolo strategico e adeguando salari, diritti, progressioni di carriera;
- Rafforzare l'assistenza territoriale per dare concretezza alla presa in cura delle persone, sostegno ai caregiver, integrazione sociale e sanitaria per garantire la domiciliarità. Particolare attenzione va posta alle aree interne, montane e collinari;
- Rivedere l'organizzazione della medicina generale e pediatrica di libera scelta e assicurare l'operatività di team multi professionali;
- Mettere in sicurezza gli ospedali a partire dai pp.ss e dall'emergenza-urgenza;
- Fare realmente delle case della comunità una sede in grado di semplificare l'accesso ai servizi, un luogo di partecipazione dei cittadini, del volontariato, del terzo settore;
- Rafforzare i dipartimenti di salute mentale, prevenzione, sicurezza sui luoghi di lavoro;
- Rivedere e innovare anche i percorsi formativi con maggiore collaborazione fra ssn e università;
- Investire in ricerca pubblica e intervenire sul mercato farmaceutico. L'opposto della recente riforma di AIFA.

Riforme a scala nazionale, rafforzamento dell'universalismo nell'accesso ai servizi hanno un valore insostituibile ma necessitano di maggiori risorse. Poiché il Paese non può indebitarsi ulteriormente, se vogliamo evitare il ritorno a sistemi mutualistici-assicurativi, queste risorse vanno reperite con un sistema fiscale equo e progressivo.

I segnali che emergono dalla legge di bilancio di questo Governo vanno in direzione opposta: risorse nettamente insufficienti per servizi sociali e sanitari, l'espansione della flat tax, i condoni e il sostegno all'evasione fiscale.

Ancora più preoccupante l'accelerazione del percorso legislativo per introdurre, anche in Sanità, l'Autonomia differenziata. Premessa per una dirompente risposta frastagliata, Regione per Regione, a problemi trasversali che riguardano l'intero sistema sanitario e che da tempo richiedono una risposta unica e nazionale: un altro grimaldello per abbattere l'universalismo e per consolidare le disuguaglianze regionali che caratterizzano da sempre il nostro SSN.

I necessari provvedimenti per la messa in sicurezza del nostro Servizio Sanitario Nazionale non sono più rinviabili. IL MOMENTO È ORA!!

I primi sostenitori e firmatari dell'appello:

Abbonizio Marzia. Segretaria Spi CGIL Forlì

Allegni Gessica. Sindaca Bertinoro

Alni Daniele

Baredi Elena. Insegnante

Bargossi Malu'. Presidente Auser Forlì

Bisconi Giovanni. Pensionato

Borghesi Laura. Medico

Bozzoli Matteo. Sindaco Cesenatico

Brigliadori Michela. Infermiera

Bucci Silvia. Segretaria CGIL Cesena

Calcoli Claudio. Medico

Calipari Marilena. Dipartimento Sanità Pubblica Rimini

Camporesi Roberto. Pensionato

Carradori Tiziano. Direttore Ausl Romagna

Ceccarelli Paola. Infermiera

Chicchi Giuseppe già Sindaco Rimini

Cimatti Antonella. Terapista

Clementi Giovanni. Coord.re servizi riabilitazione Rimini

De Pascale Michele. Sindaco Ravenna. Presidente CTSS

Dradi Lisa. Segretaria FP CGIL Ravenna

Errani Vasco già Senatore

Feletti Francesco. Medico. Segretario ANAAO
Garavini Milena. Sindaca Forlimpopoli
Garcea Nicola. Segretario Spi CGIL Cesena
Giacomini Ornella. Segretaria FP CGIL Rimini
Giorgini Maria. Segretaria CGIL Forlì
Guerrini Andrea. Pres. CDA Tecnici Prevenzione Ambiente luoghi lavoro- ordine TSRM- PUTRP Forlì Cesena
Rimini
Lattuca Enzo. Sindaco Cesena
Lucarelli Christian. Segreteria FP CGIL Rimini
Lusenti Carlo. Medico
Marangolo Maurizio. Medico ospedaliero pensionato
Masini Nadia già parlamentare
Masotti Maura. Segretaria Spi CGIL Ravenna
Masotti Mirko. Segretario FP CGIL Forlì- Cesena
Melandri Marinella. Segretaria CGIL Ravenna
Micheletti Simona. Medico
Montalti Stefano. Presidente fondazione Alzheimer
Morgagni Diana. Medico
Morgagni Federico. Cooperatore
Neri Walter. Medico
Palazzi Ignazio. Medico
Palmarini Paolo. Segretario UIL FPL
Parma Alice. Sindaca S. Arcangelo
Pavolucci Isabella. Segretaria CGIL Rimini
Petitti Emma. Presidente Assemblea legislativa Emilia Romagna
Planari Lorenzo. Segretario PD Cesena
Poggi Loretta. Coordinatrice quartiere 9 Forlì
Raimondo Claudia. Architetto
Sadegolvaad Jamil. Sindaco Rimini
Sanniti Stefano. Ingegneria biomedica
Sarpieri Carlo. Presidenza reg.le Auser
Simoni Nadia. Pensionata
Sintoni Francesco. Dirigente Ausl Romagna
Soldati Meris. Segretaria Spi CGIL Rimini
Taroni Francesco. Prof. Alma Mater
Travaglini Giuseppe. Medico
Turicchia Giorgio. Medico
Urbinati Graziano. Presidente Federconsumatori Rimini
Valbonesi Daniele. Sindaco S. Sofia. Segretario PD. Forlì

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112192

quotidianosanita.it

Sanità pubblica, sanità privata e paese reale. Silvia Scelsi, Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci. Quotidiano Sanità

Silvia Scelsi, Presidente Nazionale ASQUAS, Responsabile Professioni Sanitarie Istituto "Gaslini" Genova,
Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma,
Andrea Vannucci. Socio QASQUAS, Docente di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM UNISI

Abbiamo già tutti gli strumenti necessari per gestioni efficaci, efficienti e appropriate delle aziende sanitarie e dei servizi dati in outsourcing. Il nodo è tutto politico e consiste nella volontà o meno di ridare centralità al SSN e garantirne rinascita e resilienza. Il Governo in carica è sintonizzato su questa prospettiva? I segnali per ora, nonostante lo stato di conclamata emergenza del SSN, non sono sufficienti a capirne l'orientamento e le scelte

16 MAR –

Il contesto demografico e il mercato del lavoro

I trends demografici del nostro Paese relativi alla dinamica della popolazione vedono un progressivo, e per ora irreversibile a breve, invecchiamento in essere.

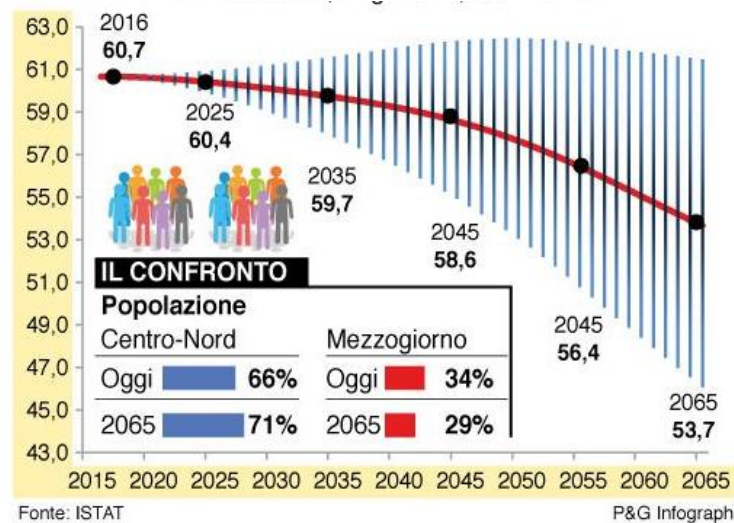
Passeremo nei prossimi anni da circa 60,7 milioni di residenti a circa 53.7 milioni. La composizione della popolazione per classi di età vedrà però una crescente incidenza delle classi di età over 65, fino ad arrivare ad incidere per un terzo della popolazione. A sua volta questo comporterà che, mentre fino a circa 10 anni fa avevamo ancora circa 3,2 persone in età da lavoro per ogni pensionato, rischiamo di averne 1 per ogni 1,2 pensionati. Un ribaltamento drammatico...

A questo si aggiunge l'estensione della durata della vita media della popolazione che - sia ben inteso è una conquista di civiltà e non una iattura - dai 74-75 anni degli anni '70 e '80 ai circa 82-84 attuali.

Se non si faceva la "Riforma Fornero", con buona pace dei suoi detrattori, avremmo avuto pensionati per 20-25 anni a carico degli Istituti Previdenziali, il che non era sostenibile dal sistema paese.

Chi va in pensione oggi ha circa 67 anni e dovrebbe avere un'aspettativa di essere a carico degli Istituti Previdenziali per circa 14/15 anni. Abbiamo ad oggi, dati recentissimi dell'Unioncamere, ben 2.000.000 di posizioni lavorative non coperte a fronte anche del fatto che fino a 10 anni fa avevamo classi annuali di 18enni di circa 1.000.000 di unità oggi ridottesi, per l'invecchiamento progressivo e per il "deserto demografico", a circa 500.000 unità (-50%). Questa carenza, se recuperata, varrebbe ben 15 mld di Euro di PIL!

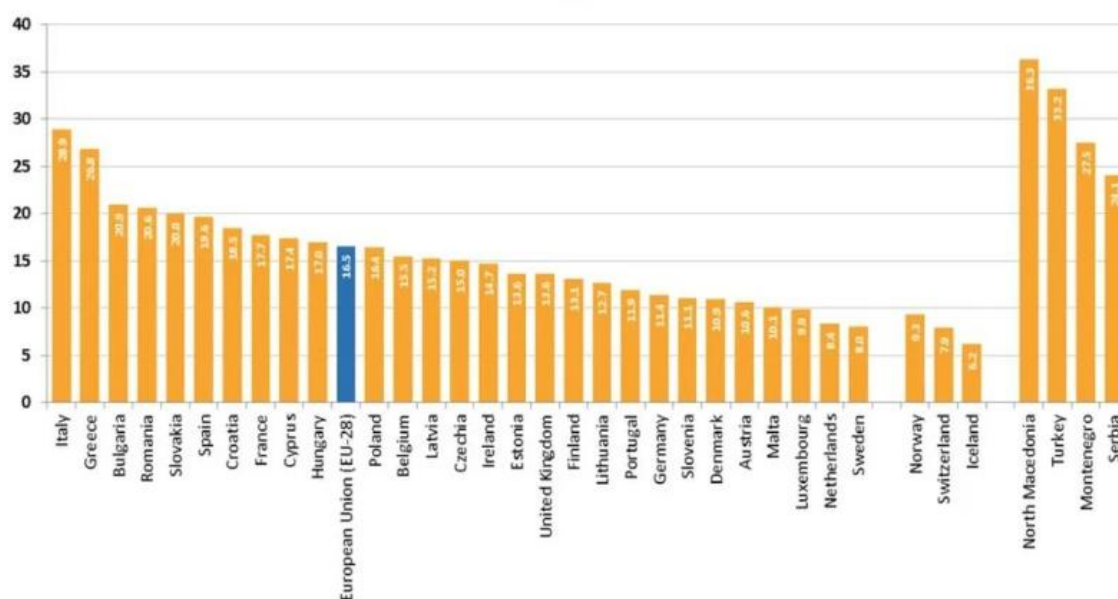
Popolazione residente in Italia, anni 2016-2065



Pochi giovani e spesso NEET

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

Young people aged 20-34 neither in employment nor in education and training, 2018 (%)



I Neet nel Sud Italia sono il 39% rispetto al 23% del Centro, al 20% del Nord-Ovest e al 18% del Nord-Est. Anche se tutte le regioni italiane superano l'incidenza media dei Neet sulla popolazione giovanile in Europa, in quelle del Sud il dato è ancora più allarmante: **Sicilia (40,1%), Calabria (39,9%) e Campania (38,1%)**. Le differenze territoriali, quindi, incidono in maniera determinante, così come le differenze di genere: **il 56% dei Neet è donna**.

I Neet italiani sono per la maggior parte inattivi. Coloro che, scoraggiati, hanno smesso di cercare lavoro sono il 66% del totale, quindi 2 su 3, e tra questi circa il 20% non cerca, ma è disponibile. C'è una tendenza ad essere inattivi soprattutto tra i diplomati (32%) o con un titolo di studio minore (16%). Rispetto ai disoccupati (coloro che cercano regolarmente un lavoro) il dato preoccupante è relativo al tempo: **il 36,3% dei disoccupati è in cerca di un lavoro da più di un anno**. Quasi 1 su 2 ha avuto precedenti esperienze lavorative e tra questi il 54,3% è donna. Questa concentrazione nel Sud è un indicatore implicito della estensione dell' "economia sommersa"? Tutto da verificare

Comunque sono la riprova del decadimento della scuola, delle agenzie di avviamento al lavoro e della capacità delle imprese di integrarsi con i percorsi formativi.

Siamo un Paese di vecchi sempre meno autosufficienti

Questo vuol dire che siamo un Paese di vecchi e l'invecchiamento progressivo comporta un naturale sviluppo delle fragilità e delle cronicità. Qualsiasi organismo vivente nel tempo si usura e richiede una sua manutenzione "ordinaria e straordinaria". Quindi abbiamo e avremo un crescente problema di non autosufficienza da affrontare con scelte più significative della "mancette" attuali.

Visto il rapporto tra FNPS, Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, e la platea crescente di destinatari, ci troviamo a erogare, quando va bene, un "café au lait et croissant", che ricorda l'imperatrice Maria Antonietta di Francia all'inizio della Rivoluzione francese.

Finanziamento del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali 2010-2023

| Anno | Finanziamento |
|------|----------------|
| 2010 | 435.257.959,00 |
| 2011 | 218.084.045,00 |
| 2012 | 42.908.611,00 |
| 2013 | 343.704.000,00 |
| 2014 | 297.417.713,00 |
| 2015 | 312.882.666,00 |
| 2016 | 311.589.748,00 |

| | |
|-------------|------------------|
| 2017 | 304.766.186,88 |
| 2018 | 275.964.258,00 |
| 2019 | 393.958.592,00 |
| 2020 | 383.258.592,00 |
| 2021 | 390.925.678,00 |
| 2022 | 385.925.678,00 |
| 2023 | 385.925.678,00 |
| Totale | 4.482.569.404,88 |
| Media annua | 320.183.528,92 |

Fonte: Ministero del Lavoro

Quindi una media annua di poco più di 320 milioni di Euro su una platea di destinatari potenziali in progressivo aumento e senza tenere conto dell'inflazione che ne riduce progressivamente il valore assoluto. In Germania quando si è trattato di mettere mano ad un Fondo Federale per la non autosufficienza il Governo centrale ha convocato i Lander, le associazioni datoriali e i sindacati e ha preteso e ottenuto un concorso attivo di tutti gli stakeholder. Lo Stato federale ha messo una cifra, altrettanto pro-quota i lander rispetto al loro PIL, una percentuale di utili le imprese e giornate di ferie pagate i sindacati. Altro Paese ...

Tornando all'Italia, se rapportiamo i tagli fatti ai Fondi per le Politiche Sociali in questi anni sono superiori in termini assoluti e percentuali a quelli fatti al Fondo Sanitario Nazionale. In questo contesto gli Enti Locali sono inevitabilmente costretti a delegare alle ASL la gestione dei loro "servizi sociali" con problemi enormi per le aziende sanitarie...

Domanda e offerta inducono efficienza?

Nel punto in cui la curva di domanda e offerta si incontrano, nell'economia liberale, il rapporto domanda e offerta dovrebbe essere perfettamente bilanciato. Si dovrebbe produrre esattamente la quantità necessaria con il prezzo di mercato e il volume di produzione che rimangono stabili.

Man mano che il prezzo diminuisce la quantità domandata cresce, perché l'acquisto diventa più vantaggioso. Esiste quindi una relazione, inversamente proporzionale, tra il prezzo e la quantità di bene domandata, nota come legge di domanda: la quantità domandata di un bene aumenta quando il prezzo diminuisce. Se il prezzo invece aumenta, allora ci sono meno acquirenti disposti a pagare quella somma per averlo; di conseguenza la domanda diminuisce e gli offerenti abbassano il prezzo pur di vendere fino a raggiungere l'equilibrio. In microeconomia, per domanda s'intende la quantità di consumo richiesta dal mercato e dai consumatori di un certo bene o servizio, dato un determinato prezzo e quanto di quel bene o servizio acquisterebbero se tale prezzo variesse.

Quanto sopra dovrebbe regolare le dinamiche anche del settore sanitario in economie in cui è prevalentemente privato, vedi USA con un 15% di PIL dedicato mediamente alla sanità.

Invece si scopre che non esiste una concorrenza perfetta, ma anzi il mercato è dominato da concentrazioni finanziarie che inducono la domanda, la modificano e l'orientano.

Ciononostante in USA abbiamo uno scenario non proprio di efficienza acclarata, vedi i dati seguenti:

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

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

Quindi, come sempre è avveduto fare, evitiamo approcci ideologici e lasciamo parlare i dati che sono sempre più reali e veridici In Italia si stimavano alcuni anni fa 25 mld di Euro di sprechi sui 112 mld del FSN di allora:

circa il 22% del totale della spesa diretta e circa il 17,1% della spesa sanitaria globale, pubblica e privata, pari a circa 146 mld di Euro. Da una prima lettura, nonostante che non siamo contenti, stiamo quasi meglio ...

Popolazione in salute e popolazione malata

Ricordiamoci che "... 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.]

Siamo in grado di sostenerlo? Abbiamo una cultura politica in grado di misurarsi con questa sfida? Siamo ancora prigionieri di una concezione della spesa sanitaria come "spesa improduttiva" invece che di una concezione che la salute di una popolazione è un "capitale umano" fondamentale per la produttività del sistema Paese?

Il sistema sanitario nel sistema Italia vale oltre il 16% del PIL calcolando l'indotto a monte e a valle. È la massima concentrazione di laureati, specializzati e diplomati. La massima concentrazione di saperi e di professionalità, un volano per la ricerca e l'innovazione. Ogni Euro investito sul sistema sanità crea un moltiplicatore rilevante. Ci siamo anche permessi il lusso, per l'insipienza della politica e la disattenzione generale di "esportare" dal 2010 ad oggi ben 180.000 operatori sanitari formati a caro prezzo e che altri, ora, possono usare opportunamente.... Un investimento a perdere di alcuni miliardi di Euro.

Attenzione che anche l'ammirevole risposta della ricerca sviluppata per la cura e la prevenzione di SARS-COV-2 è stata una occasione mancata di sviluppo. Big Pharma non ha rischiato nulla e ha fatto grandi profitti: il pubblico in USA e in UE ha pagato tutto e ha coperto i rischi potenziali derivanti dall'uso dei vaccini. In sintesi, il quadro è stato quello di socializzare gli investimenti e i rischi, privatizzare gli utili. Se questa è lo stato attuale del mercato siamo lontani anni luce dal virtuoso incontro tra domanda e offerta che i manuali di economia politica indicano come modello di buon capitalismo ma invece esposti a monopoli, oligopoli e finanza speculativa.

Sanità pubblica e sanità privata oggi

La sanità pubblica nel nostro Paese, anche se tra tagli e ridimensionamenti, dovrebbe e rispettare la sua "mission" di essere "universalista" e "equa" garantendo la agibilità di alcuni "diritti" sanciti negli articoli della nostra Carta Costituzionale, ovvero:

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

0 - Spendiamo come Italia meno della media dei Paesi UE e dell'OCSE

La sanità pubblica ancora oggi gestisce in netta prevalenza tutte le attività riferibili all'emergenza urgenza all'area", le reti cliniche tempo dipendenti e buona parte di quelle per le malattie croniche nonché i 2/3 dei posti letto per acuti.

La sanità pubblica e in generale le pubbliche amministrazioni gestiscono anche la maggioranza delle policy di prevenzione, che fino ad oggi non hanno interessato soggetti privati, quali la politica di tutela del clima dell'ambiente, degli alimenti, delle acque, la medicina scolastica.

Per la medicina dello sport e del lavoro, invece, abbiamo una presenza molto significativa di operatori sanitari autonomi (medici delegati), in convenzione o privati "privati".

Man mano che ci si allontana dall'area della "acuzie/emergenza/ospedalità", ancora prevalentemente presidiata dalla sanità pubblica, aumenta il numero dei soggetti terzi non pubblici che operano nelle filiere assistenziali. RSA, residenze di vario tipo e genere, centri diurni, ambulatori e laboratori di analisi, "accreditati" con le ASL. Nel mondo dell'ADI poi abbiamo mediamente oltre un 80% di erogatori "accreditati"

Anche i MMG, i PLS, i "medici di continuità assistenziale", i SUMAI, e le "guardie turistiche" sono tutti "convenzionati" con i vari SSR, come per altro i farmacisti. Ognuno di questi soggetti è portatore di suoi interessi specifici che vanno riconosciuti e mediati con gli interessi generali di salute delle popolazioni. Chi se non il "pubblico" può e deve svolgere questo lavoro di ricomposizione degli interessi "privati" presenti nelle filiere assistenziali su obiettivi di salute generali?

Chi se non il "pubblico" ha i dati e la visione di insieme per svolgere analisi di "stratificazione dei bisogni di salute", vedi incipit del PNRR? Chi se non il "pubblico" può elaborare e proporre policy di "medicina di popolazione", di "medicina di comunità", di "medicina di prossimità", di "continuità assistenziale"?

Il privato, per sua natura non ha tra le sue finalità quelle di essere equo e universalista

Deve giustamente combinare i fattori produttivi in sua disponibilità per raggiungere obiettivi di redditualità perché deve remunerare il capitale investito. Non ha i vincoli e le regole di trasparenza del "pubblico" e deve rispettare solo le "specialità" per cui si è accreditato e i contratti d'attività con i relativi "tetti di spesa" assegnati che poi è libero di gestire come meglio ritiene. Se, poi le ASL avranno difficoltà nello svolgere attività di controllo e di monitoraggio, sarà sempre la legge di mercato a spingere l'operatore privato a cercare di ottimizzare la sua gestione, riducendo i costi e aumentando quindi i margini di gestione nell'ambito del tetto di spesa assegnato. La possibile conseguenza di ciò, soprattutto se l'imprenditore non è capace sarà che la qualità dei servizi erogati ne soffrirà. Anche questo è il mercato ...

Non è un giudizio morale, è una constatazione oggettiva

Quanto al settore privato "privato", è sempre esistito e ha risposto storicamente a fetta di domanda ridotta alle persone in grado di pagare di tasca propria o di pagarsi volontariamente polizze assicurative o mutualistiche in base alle proprie disponibilità di reddito.

Quest'area è stata fortemente incentivata dall'introduzione del "Job Acts" che ha al suo interno provvidenze per il "welfare aziendale". Nel "welfare aziendale" l'80% è "sanità integrativa" intermediata da associazioni datoriali, sindacati dei lavoratori (accordi CCNL) e da assicurazioni e mutue. Dal 2015 a Roma in primavera si svolgono i "Welfare Days" in sedi paludate a cui partecipano i Governi in carica, i Partiti, le Associazioni Datoriali, i Sindacati dei Lavoratori, Cooperative, PMI e Artigiani, Assicurazioni, Banche e Mutue. Il CENSIS presenta relazioni dettagliate sul "roll-back" dei SSR e sugli spazi di sviluppo possibili per la "sanità integrativa". I Governi che si sono succeduti dal 2008 ad oggi hanno per esigenze di bilancio, vedi i vincoli di stabilità UE, tagliato progressivamente 37,5 Mld di Euro alla sanità pubblica e quasi azzerato i Fondi per le Politiche Sociali e quelli per la Non Autosufficienza.

Nel contempo però per il "welfare aziendale" e per la "sanità integrativa" sono stati defiscalizzate le polizze per un massimale annuo fino a circa €. 3.200,00 per assicurato e per un totale complessivo ad oggi di 37,2 Mld di Euro, oltre alla defiscalizzazione per le imprese dei premi di produzione ai propri dipendenti convertiti in polizze collettive ...

Tutto questo impatta sulla struttura reddituale del Paese. Chi non ha un CCNL può usufruire solo della quota capitaria del FSN, chi ha un CCNL ne ha due, quella pubblica e quella "integrativa" ... Le diseguaglianze di salute non possono che aumentare a dismisura ...

Abbiamo dubbi che questa sia la strada che garantirà i migliori risultati sia in termini di salute che di sostenibilità e pensiamo che i nodi che possono essere affrontati con ragionevole possibilità di successo e di beneficio per i cittadini sono:

- Ripensare 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;
- Coinvolgere tutti gli attori delle filiere 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;
- 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 lettura dei bisogni delle popolazioni e non dal lato della riproduzione nel tempo di una offerta che spesso ne 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.

Quando alcuni anni fa l’ANAC impose a tutte le amministrazioni pubbliche di NON procrastinare più i contratti con terzi erogatori solo una parte delle ASL ha colto l’occasione per aggiornare i “*capitolati tecnici*” relativi ai servizi da mettere a gara. Altre hanno continuato imperterrite a reiterare affidamenti obsoleti e spesso non più corrispondenti alla evoluzione dei bisogni della popolazione del territorio considerato, ma di garanzia per chi li offriva e reiterava senza aggiornamenti e investimenti innovativi. Questo dimostra che se si vuole si cambia, se non si vuole si continua a dissipare risorse.

Abbiamo già tutti gli strumenti necessari per gestioni efficaci, efficienti e appropriate delle aziende sanitarie e dei servizi dati in outsourcing. Il nodo è tutto politico e consiste nella volontà o meno di ridare centralità al SSN e garantirne rinascita e resilienza. Il Governo in carica è sintonizzato su questa prospettiva? I segnali per ora, nonostante lo stato di conclamata emergenza del SSN, non sono sufficienti a capirne l’orientamento e le scelte.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112044

quotidianosanita.it

Per la riforma della sanità servono proposte concrete, praticabili e coraggiose.

Roberto Polillo. Quotidiano Sanità

Serve dunque una rivoluzione copernicana basata su proposte concrete e su modelli alternativi di funzionalità dei servizi. Una rivoluzione che non necessita di un nuovo e inutile vocabolario, ma di modestia, di determinazione, di spirito costruttivo, di elaborazione collettiva e di una buona dose di coerenza personale

20 MAR - La discorsività inconcludente

Sulla sanità si possono scrivere fiumi di parole, riempire risme di carta ed esercitarsi negli stili più variegati. Si può essere argomentativi, evocativi, intransigenti come pubblici ministeri che inchiodano alle loro responsabilità avversari rei di tutto il male possibile o melliflui adulatori del nuovo arrivato di peso, fingendosi disinteressati intellettuali pronti ad offrire gratis i preziosi frutti del proprio pensiero.

Si può dire tutto e il contrario di tutto, arricchendo il proprio lessico con neologismi che rompano le catene di un linguaggio aimè incapace di dare forma a un pensiero troppo dirompente per essere annunciato con l’obsoleto ragionar della lingua di Dante e di Manzoni.

Si può ovviamente fare parte di una identica scuola e amplificare il pensiero del proprio leader, facendone la puntigliosa ermeneutica degli scritti e l'epistemologia dei fondamenti alla base del suo sapere, senza mai riuscire a spiegare in cosa consista la novità.

Si può fare dunque sfoggio di quello che si è o si crede di essere senza dire nulla che possa veramente servire per modificare lo stato pietoso in cui versa il nostro SSN.

Il paziente lavoro politico per cambiare la sanità

Per cambiare la sanità ci vuole coraggio, indipendenza di giudizio e non avere tenuto troppo alla propria carriera personale come quegli ardenti rivoluzionari che, nella splendida canzone di Fausto Amodei leggono "*Sartre, Musil, Queneau e Montale*", tengono il Capitale di Marx come "*livre de chevet*" ma vestono abiti alla Balenciaga.

Ci vuole soprattutto avere avuto dei maestri da cui avere appreso come sia difficile cambiare lo stato delle cose senza cadere nella demagogia spiccia e di come i processi decisionali nella pubblica amministrazione richiedano un paziente "*lavoro politico*" come si diceva in alti tempi.

Una "*razionalità incrementale*" in cui la chiarezza delle idee deve poi essere calata nel contesto reale, tenendo presente le molteplici e contraddittorie esigenze degli attori in campo, tutti portatori di legittimi interessi. Un modo di ridisegnare il contesto sociale sanitario attento agli obiettivi e rispettoso dei vari protagonisti che ho appreso da Bruno Benigni da un verso e da Silvana Dragonetti dall'altro.

Potrei citare decine di casi in cui il massimalismo parolario si è concluso nel nulla di fatto e in cui le parole altisonanti si siano dimostrate semplici "*esercizi di stile*", figure retoriche, arzigogoli lessicali, cifre identificative come le iniziali sulle camicie hand made, a cui aspira il mai sopito borghesuccio che annida in noi; tratti di "*distinzione*" di "*differenza*" per affermarsi con risolutezza e cipiglio giacobino nell'affollato spazio sociale descritto da Bourdieu.

I veri problemi sul tappeto

Ritornando dunque ai problemi sul campo, come già più volte scritto su QS da solo o in buona compagnia con Nicola Preiti, Saverio Proia e Mara Tognetti, il sistema va riformato partendo da due assunti fondamentali: risorse adeguate per il SSN e nuovo ruolo per il Ministero della salute.

Le risorse per il SSN

Per quanto riguarda il primo punto è necessario fissare per legge che le risorse non possono essere inferiori a un valore del 7% rispetto al PIL e che queste devono essere attinte dalla fiscalità generale ponendo come obiettivi prioritari lotta senza quartiere all'evasione fiscale e contributo di solidarietà straordinario a carico dei possessori di grandi ricchezze. Un pensiero in linea con quanto detto in questi giorni da Landini al congresso della CGIL di Rimini.

Le competenze del Ministero della salute

Per quanto riguarda il secondo aspetto, va stabilito una volta per tutte che il Ministero della Salute non può restare un ministero "*senza portafoglio*" alle dirette dipendenze del MEF.

Bisogna dare significato al Ministero della salute conferendo alla struttura il pieno controllo delle risorse stanziate al SSN e non rendendo più possibile che, in caso di necessità, il finanziamento venga decurtato per fare cassa.

Significa poi, a differenza di quanto avvenuto nel passato, aver voce in capitolo anche nel caso in cui una regione accetti un piano di rientro che non può essere un taglio indifferenziato di servizi e strutture senza che il Ministero riesca a imporre il pieno rispetto delle esigenze e necessità di salute dei cittadini. Un copione triste e umiliante a cui troppe volte abbiamo assistito.

La riforma del Ministero significa poi un nuovo modo di collaborare con le altre agenzie nazionali presenti in primis AGENAS, rinunciando alla consueta contrapposizione indotta da inutili giochi di ruolo e di potere: obiettivo prioritario definire un sistema teorico di reti cliniche per le patologie a più alto impatto assistenziale che trovi concreta applicazione nelle singole regioni stabilendo tempi, modi di realizzo e incentivi a saldo e penalizzazioni per le inadempienti.

Le reti cliniche per vincere le disuguaglianze tra territori

Aldilà delle consuete lamentazioni sulle disuguaglianze di salute è solo la realizzazione “*obbligata*” ma “*condivisa*” in tutte le Regioni di reti cliniche che può garantire un comune standard quali-quantitativo di assistenza in tutto il territorio nazionale, rendendo finalmente inutili i vergognosi viaggi della speranza verso le regioni del Nord per necessità di cura.

Sull'autonomia differenziata è stata già detto abbastanza; ricordo solo come il provvedimento, aldilà del merito, sia irrealizzabile e destinato al fallimento come hanno certificato le costosissime commissioni per l'introduzione del federalismo fiscale che hanno chiuso i battenti dopo avere prodotto, anche essi, tomi di verbali inconcludenti.

Il sistema di governance regionale

Il secondo livello su cui bisogna avanzare proposte concrete è quello della governance a livello regionale. Al primo punto contrastare il neo centralismo regionale dando voce e potere ai comuni singoli o associati. Un concetto che recentemente ha espresso con chiarezza il Sindaco di Firenze Dario Nardella.

La valorizzazione dei comuni singoli o associati è l'unico strumento per rendere la programmazione regionale un progetto condiviso e attento alle realtà locali e non un atto d'imperio centralistico e avulso da ogni capacità di indurre un concreto miglioramento del servizio.

La governance delle aziende sanitarie

Sulla governance delle aziende sanitarie abbiamo già varie volte espresso il nostro giudizio. Il processo di aziendalizzazione è fallito perché gli obiettivi prefissati: miglioramento della qualità ed efficientamento economico non solo sono stati mancati, ma hanno condotto alla situazione attuale.

Una condizione di impoverimento dei servizi e di frustrazione degli operatori che, vessati molte volte da regimi autoritari e autoreferenziali, fuggono dal lavoro pubblico emigrando all'estero o scegliendo il privato. Sostituire il regime dispotico e solipsistico che attualmente governa le aziende con una conduzione collegiale (tipo consiglio di sorveglianza tedesco) è una necessità a cui ogni buon riformatore non dovrebbe sottrarsi.

Stato giuridico e ruolo del personale

Punto altrettanto essenziale è ridefinire il rapporto di lavoro di tutti i dipendenti che operano nel SSN in regime di erogabilità pubblica delle prestazioni.

Abbiamo proposto e continuiamo a sostenere la necessità di un unico contratto di filiera in cui fare confluire, fatte salvo alcune specificità, tutti gli operatori pubblici o privati che siano, compresi i medici di medicina generale.

Un contratto unico che fissi diritti, doveri, competenze e livelli retributivi comuni a tutti coloro che scelgono di operare per conto del servizio sanitario, lasciando fuori quelli che invece vogliono restare liberi professionisti e che a questo punto dovranno confrontarsi con le leggi di un mercato libero e non garantito e amministrato a loro favore come l'attuale.

Il ruolo della partecipazione

Ultimo punto da richiamare con forza la partecipazione di cittadini e operatori. Il modello di governa mentalità attuale è tipicamente top down in cui i vertici aziendali ristretti o allargati ai medici e dirigenti cooptati con loro grande soddisfazione nelle inutili procedure aziendalistiche esercitano un potere insindacabile sugli operatori che sono invece il vero motore del cambiamento in un contesto totalmente labour intense.

Serve un nuovo modello di governamentalità in cui gli operatori, che sono il *general intellect* dell'impresa, possano migliorare la qualità del lavoro creando relazioni, contaminazioni tra saperi diversi e condivisione di progetti e interessi scientifici. Attività che oggi sono loro precluse perché l'ospedale e i servizi sono stati trasformati in fabbriche fordiste in cui i professionisti che vi operano rivestono il ruolo di tecnici specializzati, di turnisti e talvolta cottimisti. Agenti inanimati della produzione per usare un'espressione di Marx.

Dare spazio alla creatività di cittadini e operatori

Bisogna dare invece spazio alla creatività degli operatori accogliendone proposte, indicazioni e suggerimenti. Non disperdere questa intelligenza collettiva dovrebbe essere un obbiettivo prioritario specie in questa

condizione di crisi. Valgano a mo' di esempio le interessanti proposte avanzate su QS da diversi medici che operano nei dipartimenti di emergenza della regione Lazio, tra cui Foffo Pagnanelli, per incentivare il lavoro nell'area critica, vincere la disaffezione verso una disciplina estremamente impegnativa e un lavoro gravoso. Riformi indispensabili per ossigenare un comparto in enorme difficoltà senza disperdere inutilmente risorse, come oggi viene fatto ricorrendo ai medici a gettone.

Lo stesso dicasi per i cittadini il cui ruolo è completamente mortificato e che invece dovrebbero essere direttamente interpellati nella definizione dei programmi, delle attività e nella valutazione dei risultati di quanto fatto nelle aziende sanitarie. Dando loro la possibilità di incidere realmente sulla conduzione dell'azienda.

Una rivoluzione copernicana con proposte semplici e concrete

Serve dunque una rivoluzione copernicana basata su proposte concrete e su modelli alternativi di funzionalità dei servizi. Una rivoluzione che non necessita di un nuovo e inutile vocabolario, ma di modestia, di determinazione, di spirito costruttivo, di elaborazione collettiva e di una buona dose di coerenza personale. Questi sono i temi su cui gli esperti dovrebbero iniziare a confrontarsi rinunciando ad ergersi ad intransigenti censori dei comportamenti altrui e a unici possessori di un pensiero critico che non produce differenze.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112178

quotidianosanita.it

I Forum di QS. Sanità pubblica addio? Quotidiano Sanità. Filippo Palumbo

Palumbo: "Aprire una fase straordinaria per il SSN"

Filippo Palumbo, Già Direttore Generale e Capo Dipartimento della Programmazione sanitaria del Ministero della salute

Occorre assumere un'iniziativa per fermare la deriva del nostro sistema sanitario. Il persistere del pericolo pandemico e della gravissima crisi assistenziale e la necessità assoluta di avviare per il SSN un percorso rifondativo con interventi aggiuntivi per la resilienza

15 MAR - Partecipo a questo Forum non solo per commentare l'ultimo libro di Ivan Cavicchi ma anche per farne occasione di partecipazione al dibattito sullo stato di gravissima difficoltà in cui versa il SSN.

Questa nota è composta di due parti: la prima per il vero e proprio commento per il Forum; la seconda per operare una riflessione aggiuntiva su un tema che è chiamato in causa dalla parte prima, la Sanità integrativa. Mi riservo nei prossimi giorni di inviare altre riflessioni aggiuntive su altre questioni toccate dal libro di Cavicchi e dal Forum.

Il libro di Cavicchi e il Forum

In queste ultime settimane è cresciuta nel mondo sanitario del nostro Paese (purtroppo meno nella società civile) la preoccupazione di quanto potrà accadere in materia di tutela e promozione della salute in Italia.

Paradossalmente ciò avviene proprio nel momento in cui si sta lavorando all'attuazione del PNRR, nel cui ambito si sono adottate sul piano generale e teorico alcune linee di azione con una roboante adozione di parole d'ordine evocanti obiettivi e azioni ampie e complesse (ci riferiamo all'implementazione nel nostro Paese di iniziative quali quelle rappresentate da One Health, Salute 2020, Agenda 2030).

La pubblicazione del nuovo libro di Ivan Cavicchi avviene in questo scenario e fin dal titolo esprime una valutazione molto preoccupata della situazione in cui ci troviamo. La crisi mette tutto il sistema sanitario

sotto stress che come spesso accade in situazioni come questa rende più visibili le debolezze del sistema, anzi le sue ferite per il disagio forte che accomuna cittadini, pazienti e personale del SSN.

Sotto questo punto di vista, il libro mi sembra agire come un bisturi, anzi prospetta una iniziativa che agisca come bisturi, il classico ubi pus, ibi evacua, anche sacrificando una parte per salvare il tutto.

In fondo, mi pare sia questo l'intento, quando propone di urgentemente intervenire, ripulendo (liberando?) l'organismo da coperture, strati, superfetazioni, ingessature, applicazioni di correttivi incongrui o terapie inefficaci, insomma tutte quelle modificazioni o innovazioni sbagliate che Cavicchi individua nelle norme che hanno modificato (tradito in tutto? tradito in parte?) la originaria riforma del 1978.

L'analisi di Cavicchi arriva al cuore della 833 e trova anche nella stessa Riforma madre elementi di debolezza che alla nascita del nuovo sistema furono sottovalutati.

La più grave di queste carenze originarie mi pare che Cavicchi la individui nel fatto che la stessa legge omise di riformare le prassi professionali nelle strutture sanitarie per adeguarle alla legge di riforma.

Cavicchi esamina strato per strato tutto l'impianto normativo soprattutto del decreto legislativo 502/92 e del decreto legislativo 229/99. Nel farlo a mio avviso non registra una cosa che pure ha una sua rilevanza. Mi riferisco alla modalità di elaborazione dei documenti base che nel caso del d.lgs. 502 furono molto centralizzate e poco partecipate mentre per il d.lgs.229 videro un forte coinvolgimento regionale.

Furono tante le riunioni in cui con carta e penna alla mano (tablet se ne vedevano ancora pochi), si stilavano ipotesi, si abbozzavano norme poi lasciate al Ministero per le proprie valutazioni.

Questo aspetto mi porta ad aprire la riflessione sull'elemento regionalizzazione.

Era evidente la situazione fortemente contraddittoria del Governo che da un lato per la Sanità predisponeva una seppur parziale ricentralizzazione e dall'altro in Parlamento e nell'opera di alcune funzioni ministeriali afferenti alla Presidenza del Consiglio lavorava al federalismo a Costituzione invariata. e poi al varo della legge costituzionale n. 3 del 2001 con il nuovo Titolo V. Cito queste cose per riflettere su quanto quest'aspetto di incongruenza centrale abbia contribuito a rendere tutto più difficile.

È un fatto che non fece in tempo a partire l'applicazione del 229 che il Ministero della sanità venne abolito. Certo, poi risuscitato ed opportunamente intitolato con la parola salute al posto della parola sanità, ma sempre un passo indietro rispetto, per esempio, al Ministero del lavoro.

Condivido fortemente l'analisi del malessere che affligge gli ospedali, che ben prima del Covid presentavano difficoltà sia sul versante dei medici, degli infermieri e delle altre figure professionali. che sul versante dei pazienti. Quali elementi meriterebbero di essere ancor di più approfonditi?

Ne cito uno: quello dell'assetto istituzionale e degli organismi di direzione ed amministrazione dei presidi ospedalieri. Qui va detto che ci fu una sottovalutazione o comunque una inadeguatezza della 833.

Ma, per fare un esempio, come si è potuto pensare che a Napoli un aggregato di presidi ospedalieri quale quello del grande ospedale

Cardarelli insieme addirittura con un altro importante ospedale quale il Santobono, con un bacino di fatto sovraregionale potesse essere gestito da un Comitato di gestione che doveva occuparsi di promuovere e tutelare la salute di un grande quartiere di Napoli? Quello che è accaduto, lo sappiamo bene, fu l'interruzione del processo implementativo pieno della legge Mariotti che in molte realtà locali ancora non si era realizzato. E poi, a seguire l'impostazione opposta, l'affidamento di tutta gestione ad una figura monocratica e la conseguente definitiva involuzione o paralisi di qualsiasi articolazione interna di ruoli, poteri, funzioni che aveva iniziato verificarsi nei presidi ospedalieri.

Ancora oggi ricordiamo i nomi di grandi direttori sanitari ospedalieri. Invece, chi ricorda oggi il nome di un direttore medico di presidio, al di fuori dei dipendenti di quel presidio? Tutta una esperienza andò dispersa e solo anni dopo ha ripreso a strutturarsi in connessione con le varie forme di dipartimenti o assetti organizzativi equivalenti.

Su un piano più generale, imperdonabile fu anche l'occupazione che un certo tipo di politica fece della Unità Sanitarie Locali, con i Comitati di gestione che, in alcune realtà operarono bene, ma in molte altre scimmiettavano le giunte municipali: una stanza per il Presidente, una stanza per ogni componente del Comitato.

Ricordo il disorientamento degli esponenti delle realtà partecipative locali, che negli anni precedenti il 1978 avevano realizzato iniziative ed esperienze di gestione dei consultori oppure dei centri di vario tipo per la promozione della salute nei quartieri periferici o degradati, che nel giro di uno o due anni furono di fatto estromessi dagli spazi delle UUSLL

Questo per dire che l'avvio del processo attuativo della 833 non fu un discorso lineare ed omogeneo. Per alcuni anni (in alcune regioni per numerosi anni) l'assetto complessivo continuò ad essere la sommatoria dei precedenti assetti.

Come per ogni grande riforma strutturale, anche per la 833 era prevedibile che dovessero esserci degli interventi di aggiustamento. Il problema fu che con la grave crisi del 1992 questo intervento manutentivo, si trasformò in un drastico mutamento e l'aziendalizzazione fu finalizzata soprattutto a garantire la sostenibilità finanziaria. In ogni caso la sanità territoriale decollò e ci fu grande apertura all' integrazione con il sociale e l'avvio di importanti esperienze sul versante del binomio salute e ambiente e di quello salute e lavoro.

La successiva ulteriore riforma del 1999 rappresentò il tentativo recuperare e aggiornare l'originaria impostazione del SSN, blindando questo processo con una dettagliatissima definizione di ogni aspetto della organizzazione aziendale, quasi ignorando il più generale processo di devolution dallo Stato alle Regioni che la Repubblica si obbligava a realizzare anche per la materia tutela della salute.

Con la modifica della Costituzione del 2001, si apre una ulteriore fase: quella della definizione dei livelli essenziali di assistenza (compito dello Stato) e del governo del settore sanitario (compito delle Regioni).

In questa nuova fase cresce lo spessore del carattere obbligatoriamente intergovernativo con cui va guidata e mantenuta la organizzazione sanitaria e siamo alla fase dei Patti per la salute a partire dall'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001 e dalla Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Come ho già sostenuto in precedenti articoli su questo quotidiano, questa ultima fase prima della vicenda pandemica è molto rilevante perché vede il SSN - inteso come complesso delle attività sanitarie assicurate dalla Regioni per assicurare la uniforme erogazione di prestazioni (o attività o servizi) sanitarie – impegnato in un gigantesco sforzo per individuare inefficienze, sprechi, inadeguatezze gestionali sotto il profilo economico finanziario- che non ha uguali nella recente storia delle pubbliche amministrazioni (vedi i giudizi fortemente positivi sia da parte di valenti economisti attenti alle problematiche dell'organizzazione sanitaria, che da parte della Corte dei Conti).

Ciò nella prospettiva di poter utilizzare le risorse liberate dalle inefficienze corrette per fronteggiare i prevedibili costi crescenti per la Sanità italiana.

Come già segnalato [nel precedente articolo](#), la decisione dello Stato di non assegnare alla Regioni per il SSN questi importi economizzati conta non poco nello spiegare perché, già prima del Covid e ancora di più dopo il Covid, la carenza di risorse (in primis, risorse umane per il settore sanitario) sta assumendo dimensioni preoccupanti.

Al riguardo i tre monitoraggi assicurati annualmente da OASI, CRESA e OSSERVASALUTE ci raccontano la piega preoccupante che sta prendendo la crisi organizzativa e gestionale degli Enti del SSN e correlatamente degli utenti singoli o componenti di nuclei familiari.

Un'ulteriore fonte di preoccupazione nasce poi dallo stesso PNRR di cui apparentemente sappiamo tutto ma in realtà sappiamo pochissimo. Le uniche informazioni sono quelle inviate alla UE per ottenere le quote di finanziamento secondo il programma temporale concordato.

Ma si tratta di informazioni parziali, ad una sola dimensione, mentre il processo di prima attivazione e implementazione di questo mondo assistenziale, che nasce ex novo o va a sostituire parti del mondo assistenziale precedente, ne ha tante di dimensioni

Qualche dato o valutazione

Durante la pandemia sembrava proprio che le risorse di parte corrente del SSN fossero in aumento: dai 120 miliardi del 2019 ai 127 del 2020 fino ai 130 del 2021.

Durate la pandemia si è registrato un buon numero di assunzioni, complessivamente l'offerta di cura e assistenza è stata potenziata: in primis, terapie intensive e centri vaccinali. Inizialmente si è ridotta la spesa privata. La sensazione era che avremmo accorciato le distanze rispetto a Francia e Germania per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica. Poi i documenti di economia e finanza hanno fatto capire che non era così. L'incidenza della spesa SSN sul PIL è prevista in discesa al 7,2% nel 2022 e al 6% nel 2025 (NADEF, novembre 2022).

La spesa sanitaria pubblica in Italia resta molto indietro rispetto a Francia e Germania e si situa in una posizione più bassa insieme a Portogallo e Spagna.

L'incremento del personale si è rivelato come temporaneo. Il tasso di copertura dei bisogni dei pazienti non Covid è ulteriormente peggiorato con liste di attesa ancora più lunghe sia per i ricoveri, sia per l'attività ambulatoriali.

La spesa privata si è riattestata su valori più alti dopo il calo del 2020: i valori 2021 (692 € pro-capite) segnalano anzi in leggero aumento rispetto al 2019 (684 €). Il declino demografico italiano si tradurrà in una riduzione delle basi imponibili fiscali a fronte di un aumento degli anziani.

Questa contraddizione genera un sovraccarico strategico sul SSN.

I 15,6 miliardi del PNRR destinati alla sanità, a cui si aggiungono 4 miliardi di fondi complementari, certo miglioreranno il quadro inizialmente ma poi, se non accompagnati da un incremento del finanziamento, non saranno risolutivi. Quindi non rimarrebbe che incrementare l'efficienza tecnica e l'efficienza economica, come se i margini di sostenibilità economica non si fossero già ristretti.

Da questo punto di vista la severità con cui Cavicchi giudica ogni aspetto passato e presente del SSN (il catastrofismo di cui lui stesso parla) appare addirittura eccessiva. Io la leggo come un artificio retorico che gli consente un bilanciamento tra due pensieri o affermazioni che sente di dover fare:

- da un lato per dire che il sistema sanitario va richiamato a dare ancora un contributo, ma la sensazione è che non ce la si possa fare. Insomma, toni forti perché la situazione è davvero preoccupante

- dall'altro per sostenere che in sanità più si riforma e meglio è. Riformare, quindi, è la condizione irrinunciabile per fare salute e cura. Ne deriva che meno riformi o più riformi male e più hai problemi. Ed è così. Tutti i più grandi problemi della sanità nascono tutti da problemi di riforma cioè da riforme fatte a metà, controriforme, equivoci riformatori, uso di concetti superati, quindi anacronistici. insufficienza ideativa, mancanza di soluzioni soddisfacenti, aporie poca innovatività di pensiero ecc. ecc.

Bisogna chiedersi se criticità così rilevanti siano affrontabili solo con azioni incisive, avviabili e realizzabili con un approccio tipo Patti per la salute. La sensazione è che occorra qualcosa di più.

Occorre che si apra una fase straordinaria con iniziative segnaletiche della volontà del Governo di salvare il SSN, individuando la modalità per reperire le risorse necessarie.

Una ipotesi potrebbe anche essere quella innanzitutto di fermare l'iter per le autonomie differenziate per la parte sanitaria, anche perché c'è un problema tecnicamente (sul piano giuridico) molto rilevante relativo alla verifica di cosa sia cedibile alle nuove autonomie regionali della materia riguardante i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie cioè dei LEA.

Più in generale andrebbe invocato il persistere del pericolo pandemico e della gravissima crisi assistenziale e la necessità assoluta di avviare per il SSN un percorso rifondativo creando un fondo dedicato per interventi aggiuntivi per la resilienza. Tale fondo per un certo numero di anni integrerebbe il fabbisogno annuale di risorse per il SSN. Per alimentare tale fondo si potrebbe far ricorso a risorse da rendersi disponibili a seguito di limitazioni alle agevolazioni fiscali di cui alla normativa sui fondi integrativi sanitari e similari.

Riflessione aggiuntiva su Sanità integrativa

La tematica della Sanità integrativa si sta definendo come un'area di straordinaria criticità, che per l'ampiezza del numero di cittadini che in vario modo sono coinvolti (più di 10 milioni) costituisce una delle problematiche più rilevanti da affrontare nel necessario provvedimento di riordino del SSN.

Innanzitutto va detto che si tratta di una questione che si pone al crocevia di molteplici linee tematiche: le politiche sanitarie, le politiche fiscali, le politiche salariali, le politiche sociali. Ma questo sta comportando che il settore si sta sviluppando in base a logiche sue proprie che, per taluni rilevanti aspetti, si stanno rivelando contrastanti con le finalità ed il ruolo del SSN.

Sulla base di un quadro ricognitivo preparato dal GIMBE anche sulla scorta di documenti della Corte dei Conti, ho predisposto in forma semplificata un riepilogo dei macro-dati che interessano questo settore. Riportiamo qui di seguito alcuni dati

Alcuni dati sui fondi integrativi sanitari e attività collegate

- Oltre 300 i fondi sanitari integrativi attestati dal Ministero della Salute
- Oltre 10 milioni di iscritti ai fondi di cui il 73% lavoratori, il 22,3% familiari e il 4,7% pensionati
- 85% dei fondi sanitari riassicurati e/o gestiti da compagnie assicurative
- 40% dei contributi versati per spese quali copertura di costi amministrativi, oneri di riassicurazione e utili delle assicurazioni

- € 2,4 miliardi di euro per rimborsare prestazioni agli iscritti
- 32% la percentuale di risorse destinate a prestazioni integrative quali odontoiatria e long term care più di 11 miliardi di euro l'ammontare dei contributi versati ai fondi portati in deduzione da persone fisiche per una spesa fiscale complessiva di circa 3 miliardi e mezzo di euro
- € 2 miliardi di euro l'ammontare dei contributi versati da datori di lavoro/società di capitali, per una spesa fiscale complessiva di circa 500 milioni di euro, considerando l'aliquota IRES del 24%
- Ai € 3.854 milioni di spesa fiscale per fondi sanitari bisogna aggiungere per Gimbe il mancato gettito fiscale per i premi di risultato previsti dal welfare aziendale.

Su questo, GIMBE ha stimato per il 2017 un importo di circa € 311 milioni sulla base dei seguenti dati:

- 2.038.647 lavoratori hanno percepito premi di risultato
- € 1.270 stima del premio di risultato individuale medio
- 40% dei servizi di welfare aziendale riguardano forme di sanità integrativa
- € 1.036 milioni il totale dei premi di risultato, per una spesa fiscale complessiva di € 311 milioni, considerando un'aliquota IRPEF media del 30%

Su tutta questa tematica è molto utile rifarsi ad un numero monografico della rivista Politiche sanitarie (n. 1/2019) che raccoglie ed elabora i dati disponibili. Qui in particolare ci riferiamo a quanto scritto da REBBA, CITONI e PIPERNO.

Vi è innanzitutto una questione terminologica relativa al termine integrativa, che, certo, non deve costituire una questione esclusivamente nominalistica, ma che di fatto agevola questa tendenza del settore ad andare avanti in base a sue logiche endogene poco governabili. Il termine integrativo non quadra perfettamente con la terminologia Ocse e con quella OMS-Osservatorio europeo dei servizi sanitari.

OCSE 2004: Classificazione dei fondi

- supplementari (per la copertura totale o parziale delle prestazioni non incluse nei Lea);
- complementari (per la copertura totale o parziale delle spese sostenute come partecipazione alla spesa quindi ticket sanitarie e le altre spese private sostenute per fruire di prestazioni sanitarie pubbliche, quindi libera professione);
- duplicativi (per la copertura di prestazioni incluse nei LEA)

OMS- Uff europeo OSS SIST SAN Classificazione dei fondi

- supplementari' per la copertura delle spese per un accesso più rapido ai servizi e ottenere maggiori possibilità di scelta dei fornitori
- complementari 1 per la copertura delle spese di prestazioni non comprese nei Lea
- complementari 2 per la copertura delle spese sostenute come partecipazione alla spesa per prestazioni incluse nei Lea
- sostitutivi per la copertura delle spese per assicurazioni private che coprono le perso ne non rientranti per obbligo o per scelta (opting out) nella copertura pubblica.

Il settore è rimasto regolato, sul versante sanitario, sostanzialmente solo da due decreti ministeriali ai quali non poteva attribuirsi che un carattere di prima applicazione. La normativa frammentata e incompleta ha favorito l'involuzione dei fondi sanitari riassicurati in strumento di privatizzazione del SSN.

Gli autori fanno rilevare, che sono già ben evidenti, nel caso italiano, le tipiche conseguenze di un sistema duale evidenziate in letteratura, quali le violazioni dell'equità, l'effetto espansivo sulla spesa sanitaria totale, i profili di conflitto intergenerazionale e la probabile erosione del potere monopsonistico pubblico.

Questi fondi seppur in crescita, sia come numero di assicurati sia come quantità di prestazioni garantite, configurano una situazione in cui il settore intermedia ancora un ridotto ammontare di risorse pro capite. Sarebbe questo, dunque, il momento di intervenire per renderlo coerente e complementare al Ssn, prima che il suo sviluppo sregolato configuri situazioni di conflitto con il sistema pubblico.

Il lavoro contiene un'opzione minimale di policy, che, tiene conto della situazione che si è determinata che va rettificata fortemente e che nella sostanza rifinalizzi le risorse già correntemente intermedie dai fondi e consistente nella delimitazione normativa dell'ambito d'intervento dei fondi integrativi a prestazioni predefinite della sola area dell'assistenza specialistica, con possibilità di opting out dei cittadini dal Ssn

limitatamente appunto a questa tipologia di prestazioni. Si tratta di una prima proposta da integrare sulla base di simulazioni e valutazioni di impatto.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111955

199

22 marzo 2023



IBL Briefing Paper

Liste d'attesa in Lombardia. Cosa fare e cosa non fare per limitarle. Paolo Belardinelli.
IBL Briefing Paper.

Key Findings

- Le liste d'attesa sono uno dei principali problemi del sistema sanitario nazionale italiano in tutte le regioni. La Lombardia su questo punto non fa eccezione.
- Le liste d'attesa sono la conseguenza di un sistema che da un lato si pone l'obiettivo di garantire accesso universale e (quasi) gratuito a tutti i pazienti, ma dall'altro lato ha a disposizione risorse pubbliche scarse.
- Le liste d'attesa sono significative soprattutto presso le strutture che vengono scelte con maggiore frequenza dai pazienti, che tipicamente sono anche quelle con esiti clinici migliori.
- Due delibere approvate dalla Regione Lombardia tentano di introdurre incentivi monetari principalmente penalizzando le strutture che erogano prestazioni in ritardo.
- Gli effetti di tali interventi saranno, nel migliore dei casi, pressoché nulli. Potrebbero addirittura produrre conseguenze negative dovute alla riduzione delle risorse a disposizione, producendo un peggioramento della qualità media delle prestazioni.
- Nelle delibere più recenti la Regione Lombardia ha parzialmente corretto il tiro.
- Lo studio tratteggia alcune indicazioni di policy su come affrontare il problema.

Introduzione

I tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie rappresentano un disagio reale per i pazienti nel nostro Paese. Per fare solo alcuni esempi, per un intervento chirurgico per tumore alla mammella l'attesa media è di circa 27 giorni, con un massimo di 56 giorni in Sardegna e un minimo di 16-17 giorni in Molise e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Per un intervento per tumore alla prostata, l'attesa media italiana è di 53 giorni, con attese medie massime che in Abruzzo raggiungono i 79 giorni e le minime che in Molise stanno intorno ai 15 giorni¹. Ciò è vero anche in Lombardia, dove le attese medie per gli interventi appena citati stanno intorno ai 30 e ai 67 giorni rispettivamente.

Il ministro della salute Schillaci da quando è in carica ha richiamato l'argomento più volte, osservando recentemente che "sulle liste di attesa bisogna fare un'operazione che non è solo economica e legata

ai soldi, infatti bisogna razionalizzare”². Se da un lato il Ministro ha ragione nel sottolineare che la spesa sanitaria pubblica non sia sempre allocata nel migliore dei modi, per usare un eufemismo, dall’altro lato tale dichiarazione sembra quasi un avvertimento alle regioni: le risorse non ci sono e se la spesa sanitaria pubblica aumenterà, sarà solo di poco. Non sarebbe una novità.

Escludendo gli anni della pandemia, la spesa sanitaria pubblica in Italia è sostanzialmente stabile dal 2010. Essendo le liste d’attesa, come si cercherà di mostrare in questo briefing paper, una naturale conseguenza della limitazione dell’offerta dei servizi sanitari, ridurre le liste d’attesa senza più risorse per espandere l’offerta risulta piuttosto complicato. In questo contesto, le regioni si trovano a dovere cercare soluzioni più o meno creative per tentare di incidere sulle liste d’attesa senza aumentare la spesa. La Lombardia è un caso esemplare.

Nell’ultimo anno della legislatura appena conclusa, la Regione è stata molto attiva nel produrre provvedimenti che tentano di recuperare i ritardi accumulati negli anni e poi esplosi durante la pandemia. Sono almeno otto le delibere approvate dalla regione a tal fine nel corso dell’ultimo anno di legislatura del governo lombardo uscente.

Questo briefing paper analizza in particolare due delibere approvate dalla Regione, ovvero le delibere 5883 e 6255, e le loro potenziali conseguenze.

Per perseguire l’obiettivo di ridurre le liste d’attesa, tali delibere tentano di introdurre incentivi monetari per le strutture ospedaliere, principalmente penalizzando i ritardi nelle prestazioni. Si tratta di un intervento che sembra in linea con lo spirito del ministro Schillaci, per cui penalizzando i ritardi e premiando le prestazioni fatte nei tempi previsti dalle classi di urgenza, a parità di risorse, si può tentare di “razionalizzare” e migliorare lo status quo.

L’analisi inclusa in questo paper mostra che le conseguenze di tali interventi saranno, nel migliore dei casi, pressoché nulle. Mentre, nel peggiore dei casi, potrebbero innescarsi conseguenze non intenzionali dovute alla riduzione delle risorse a disposizione delle strutture ospedaliere di riferimento, ovvero quelle che attraggono più pazienti ma che, avendo budget limitati a causa della regione stessa, non possono soddisfare la domanda nei tempi desiderati e per questo hanno liste d’attesa più lunghe. Dal momento che presumibilmente i pazienti preferiranno rivolgersi a tali strutture anche in futuro, pur magari dovendo aspettare più a lungo che altrove, specialmente per cure ad alta complessità, il risultato sarà quello di penalizzare le migliori strutture e, in ultima analisi, i pazienti stessi.

| Tabella 1. Liste d’attesa in Italia e in Lombardia negli ultimi anni | | | | | | |
|--|--------------------------|--------|--------|--------|---------------------|------|
| Attesa media per le prestazioni | | 2012 | 2016 | 2019 | Delta (2012 - 2019) | |
| | | Giorni | Giorni | Giorni | Giorni | % |
| Italia | | | | | | |
| Interventi chirurgici | Tumore alla mammella | 23,2 | 26,7 | 27,0 | +3,8 | +16% |
| | Tumore alla prostata | 42,6 | 51,4 | 53,0 | +10,4 | +24% |
| | Tumore al retto | 23,6 | 25,5 | 23,0 | -0,6 | -3% |
| | Angioplastica coronarica | 24,8 | 21,7 | 27,0 | +2,2 | +9% |
| Lombardia | | | | | | |
| Interventi chirurgici | Tumore alla mammella | 18,6 | 20,9 | 30,0 | +11,4 | +61% |
| | Tumore alla prostata | 46,4 | 52,0 | 67,0 | +20,6 | +44% |
| | Tumore al retto | 22,6 | 24,6 | 23,0 | +4 | 2% |
| | Angioplastica coronarica | 24,0 | 27,6 | 41,0 | +17,0 | +71% |

Fonte: Rapporti annuali sull’attività di ricovero ospedaliero (SDO)

Siccome il dibattito sul rapporto pubblico - privato resterà aperto, vorrei sulla base degli scambi del ping pong dialettico Mario Negri - AIOP fare qualche considerazione.

10 MAR - Qui su QS c'è da qualche tempo una sorta di ping pong dialettico sul rapporto pubblico - privato tra il Presidente dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP), Barbara Cittadini, e Livio Garattini e Alessandro Nobili, del Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano.

Nel [loro ultimo intervento](#) questi ultimi hanno dichiarato, rispondendo al [secondo "colpo" di Barbara Cittadini](#), che considerano finita la partita in quanto ormai quello che dovevano dire l'hanno detto.

La stessa partita non è però finita nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) all'interno del quale il tema del rapporto pubblico-privato non solo ancora è in gioco, ma lo sarà verosimilmente a lungo e sempre di più.

Premesso che l'ospedalità privata è solo un pezzo del privato che opera per conto del SSN (molto stimolante a questo riguardo è stato un intervento qui su QS di [Sebastiano Capurso](#), che ha provato a inserirsi nello scambio trasformandolo in un doppio, sul privato nell'area dei servizi territoriali), i tre punti in discussione nello scambio sono stati il fatto che l'ospedalità privata selezioni o meno le prestazioni più vantaggiose, che le esigenze di un approccio integrato alla tutela della salute dei cittadini renda "a priori" il sistema di erogazione tutto pubblico e onnicomprensivo più efficace e che (in qualche modo di conseguenza) la privatizzazione si traduca in una minor tutela della salute dei cittadini.

Siccome il dibattito sul rapporto pubblico - privato resterà aperto, vorrei sulla base degli scambi del ping pong dialettico Mario Negri - AIOP fare qualche considerazione.

La prima considerazione riguarda il fatto che purtroppo il tentativo di utilizzare studi condotti in altri paesi (ho letto ad esempio tutti quelli citati nell'ultimo scambio di Garattini e Nobili) per esprimere una valutazione sull'impatto del rapporto pubblico-privato hanno una enorme problema di trasferibilità alla realtà italiana, realtà che è oltretutto a sua volta fatta di tante realtà sia regionali che di settore.

La sanità privata lombarda non ha ad esempio quasi nulla a che vedere con quella della Regione Marche per dimensioni, tipologia di attività e coinvolgimento nell'emergenza-urgenza e nelle alte specialità.

Così come le Case di Cura per acuti multispecialistiche non hanno nulla a che vedere con le strutture pure ospedaliere monospecialistiche dell'area della post-acuzie e della salute mentale.

Le prime, tanto per dire, sono praticamente a libero accesso e le seconde operano in totale continuità con la rete dei servizi pubblici.

Purtroppo molti interventi di parte pubblica, compresi quelli di Garattini e Nobili, non tengono conto di queste specificità e preferiscono le considerazioni di tipo generale.

Forse sarebbe il caso che il rapporto pubblico-privato venisse studiato nella sua specifica e differenziata espressione nel SSN e nei Servizi Sanitari Regionali, che sono una continua e diffusa sede di sperimentazione di questo rapporto.

Ad esempio nel settore dell'ospedalità privata per acuti va salutata con favore la valutazione in base ai dati del Programma Nazionale Esiti (PNE) della ospedalità pubblica e privata, valutazione promossa congiuntamente dall'AIOP e dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). [L'ultimo rapporto con questa analisi riguarda i dati 2021.](#)

La seconda considerazione riguarda la selezione da parte delle strutture ospedaliere private delle prestazioni più vantaggiose. Una cosa è certa: le strutture private possono selezionare linee di attività e pazienti molto di più delle strutture pubbliche. Riporto ancora una volta i dati nella Figura 1 sulla produzione 2021 delle strutture pubbliche e private per le condizioni/interventi oggetto [dell'analisi comparativa in termini di esiti già citata in precedenza.](#)

Basta prendere i dati sulla chirurgia protesica di area ortopedica e quelli sulle fratture di femore.

La chirurgia protesica è delle strutture private e quella traumatologica delle pubbliche.

Dove tendano ad andare a lavorare gli ortopedici è facile da immaginare. Le strutture private possono orientarsi poi verso "monoproduzioni". Il grafico della Figura 2 riporta l'andamento della produzione di

interventi di prostatectomia per ipertrofia prostatica benigna in una Casa di Cura delle Marche nel periodo 2015 - 2021.

Questo aumento è avvenuto in condizioni di sostanziale mantenimento del budget storico e quindi corrisponde ad una scelta di caratterizzazione assistenziale della struttura.

Tutto legittimo, ma in questo modo si sarà contestualmente abbassata qualche altra tipologia di attività e la produzione delle urologie pubbliche ne sarà stata influenzata, visto che questo tipo di scelta gli ospedali pubblici non la possono fare. Non solo le strutture private possono selezionare le linee di attività, ma debbono (sottolineo: debbono) selezionare i pazienti per livello di complessità prive come sono nella stragrande maggioranza dei casi di posti letto di terapia intensiva.

Quindi le regole di sistema e la struttura dell'offerta dell'Ospedalità Privata per acuti le consentono una selezione delle attività e quindi la oggettiva esistenza di una situazione di vantaggio.

Una terza considerazione riguarda il fatto che l'espansione della libera professione nella attività di ricovero delle strutture pubbliche dovrebbe spingere ad un maggior ricorso al privato accreditato, come sostiene nel suo ultimo intervento [Barbara Cittadini](#), visto che ai cittadini importa ottenere dal SSN la prestazione indipendentemente dalla natura dell'erogatore.

Figura 1 Volumi di attività delle strutture ospedaliere pubbliche e private in Italia nel 2021 (Fonte: Aiop - Agenas)

| CONDIZIONE / INTERVENTO | Volumi totali | | | Volumi Comparto Pubblica | | Volumi Comparto Privata | |
|---|---------------|--------|----|--------------------------|----|-------------------------|---|
| | M | N | % | N | % | N | % |
| Colectomia laparoscopica | 59890 | 90253 | 66 | 73337 | 71 | | |
| Procti-proctite | 56631 | 14590 | 22 | 52111 | 78 | | |
| Procti-ano | 39822 | 50501 | 52 | 46321 | 48 | | |
| Procti-spalla | 5405 | 3744 | 40 | 3661 | 63 | | |
| Intervento chirurgico per l'infarto del fegato | 85456 | 82750 | 86 | 13208 | 14 | | |
| Infarto miocardico acuto | 115742 | 30877 | 26 | 15665 | 15 | | |
| Eggsio sotto controllo ecografico | 10881 | 6177 | 56 | 4534 | 42 | | |
| Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache | 29238 | 16184 | 55 | 13054 | 45 | | |
| Aziende non sotto controllo addominale | 7896 | 5354 | 75 | 1742 | 25 | | |
| Angioplastiche in IMA-STEMI | 33342 | 28702 | 86 | 9640 | 14 | | |
| Interventi per tumore cerebrale | 12447 | 8158 | 74 | 3282 | 28 | | |
| Roni | 484145 | 279583 | 79 | 84365 | 21 | | |
| Interventi chirurgici per TMI del pancreas | 56557 | 35840 | 71 | 16217 | 29 | | |
| Interventi chirurgici per TMI del polmone | 11078 | 8017 | 73 | 3061 | 27 | | |
| Interventi chirurgici per TMI del colon | 5038 | 3813 | 76 | 1245 | 24 | | |
| Interventi chirurgici per TMI del cation | 23078 | 17821 | 77 | 5257 | 23 | | |
| Scoperto cardiaco | 155062 | 118131 | 76 | 36951 | 24 | | |
| EPCC rivascolate* | 80640 | 47575 | 78 | 13065 | 22 | | |
| Idiaz schiuma | 25434 | 64810 | 25 | 3484 | 15 | | |

*solo ricoveri ordinari

Al riguardo la Cittadini cita il peso della attività libero-professionale nella produzione di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche italiane.

I dati della Figura 3 tratti dal [Rapporto dell'Agenas](#) da lei citato dovrebbero rassicurarla (e soprattutto rassicurano noi): la produzione di interventi in libera professione nelle strutture pubbliche è irrilevante.

La quarta considerazione riguarda l'affermazione di [Garattini e Nobili](#) secondo cui è "del tutto naturale che la presenza di molteplici erogatori di servizi indebolisca l'assistenza integrata, in quanto i singoli interessi finanziari dei vari attori in gioco sono alla lunga destinati a prevalere e quindi a scontrarsi con una filosofia di integrazione sistemica dei servizi".

Per cui concludono: "In sintesi, siamo quindi a favore dell'intervento pubblico anche per l'erogazione dei servizi sanitari e riteniamo che la vera grande sfida attuale da affrontare sia quella di limitare le cattive influenze della politica (sia nazionale che regionale) e della burocrazia.

” Sono d’accordo sul piano teorico con la prima di queste affermazioni, mentre quanto alla seconda penso che la vera sfida sia il buon governo del rapporto coi privati, perché quella di riuscire a limitare le cattive influenze della politica e della “sua” burocrazia mi sembra molto più difficile da vincere. E nelle Marche ne ho la prova quotidiana.

Figura 2 Andamento della produzione di interventi di prostatectomia per ipertrofia prostatica benigna in una Casa di Cura delle Marche nel periodo 2015 - 2021 (Fonte: Programma Nazionale Esiti 2021)

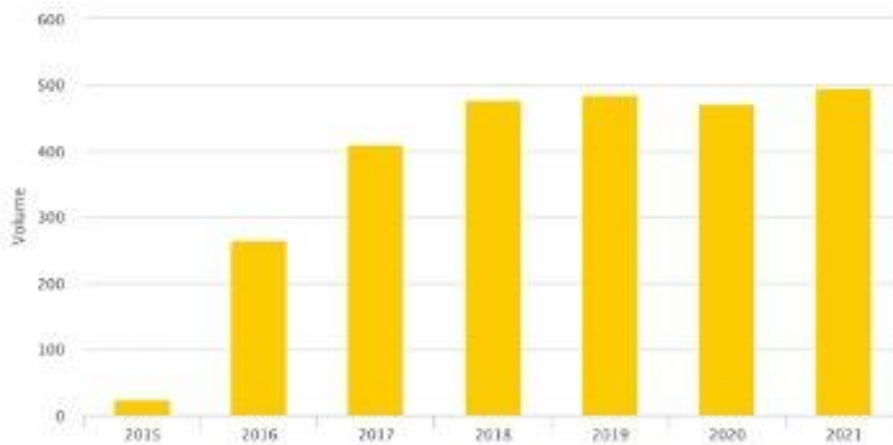


Figura 3 Volumi di attività di ricovero per i DRG più numerosi in libera professione e in regime istituzionale negli ospedali pubblici in Italia negli anni 2019 - 2021 (Fonte: Agenas)

| DRG | DESCRIZIONE DRG | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|-----|---|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
| | | ISTITUCIONALE | LIB | ISTITUCIONALE | LIB | ISTITUCIONALE | LIB |
| 071 | Autroscopia senza CC | 13.881 | 1.577 | 13.406 | 1.556 | 111.765 | 1.891 |
| 079 | Interventi su vescica prostatica per ipertrofia benigna senza CC | 157.285 | 1.207 | 154.791 | 896 | 138.653 | 1.878 |
| 073 | Pielocistoprostatectomia semplice | 203.094 | 1.213 | 206.656 | 1.289 | 201.969 | 1.438 |
| 144 | Interventi per via laparoscopica e robotica, rita + (1 altro senza CC) | 393.381 | 879 | 431.341 | 587 | 319.955 | 851 |
| 047 | Prostatectomia transuretrale senza CC | 37.617 | 807 | 31.854 | 657 | 6.134 | 851 |
| 089 | Interventi sul sistema urinario e senza robotica | 28.507 | 694 | 26.751 | 507 | 21.879 | 798 |
| 044 | Resezione di adenocarcinomi maggiori e transuretrali senza CC | 381.940 | 907 | 408.579 | 688 | 175.180 | 884 |
| 011 | Interventi per via laparoscopica senza CC | 88.821 | 475 | 67.454 | 475 | 6.054 | 388 |
| 000 | Interventi su vescica prostatica per ipertrofia benigna senza CC | 31.598 | 473 | 24.733 | 423 | 3.840 | 448 |
| 004 | Resezione | 12.094 | 458 | 8.753 | 278 | 8.333 | 427 |
| 264 | Interventi sulla mammella con percorso ospedaliero o senza CC e radioterapia | 13.261 | 406 | 7.489 | 349 | 4.447 | 431 |
| 508 | Interventi sui procti senza robotica, transuretrali o senza CC | 6.951 | 398 | 5.579 | 385 | 15.783 | 341 |
| 098 | Colecistomia laparoscopica senza esportazione del dotta biliare comune senza CC | 8.421 | 396 | 31.507 | 305 | 38.879 | 398 |
| 136 | Interventi su seni e ascelle senza CC | 6.895 | 367 | 11.995 | 255 | 6.578 | 311 |
| 001 | Miscelazione di interventi su vescica, uretra, prostata e ginecologia | 56.746 | 371 | 44.679 | 380 | 41.878 | 355 |
| 030 | Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC | 12.514 | 360 | 10.471 | 335 | 3.850 | 311 |
| 280 | Mastectomia subtotale per neoplasia maligna senza CC | 88.071 | 281 | 81.260 | 211 | 8.812 | 241 |
| 100 | Chemioterapia non associata a diagnosi accertata di neoplasia maligna | 45.060 | 164 | 101.098 | 175 | 108.798 | 164 |

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111907

Morsiani: “Il ‘non sapere di non sapere’ nella complessità”

Giuliana Morsiani, Infermiera, PhD- Ausl di Modena

Perdere la bussola è mancanza di vision e di pensiero prospettico. In questa incapacità, ci si ripiega su se stessi andando a creare e ad alimentare quel vuoto già descritto da Mintzberg tra i ruoli di guida e i professionisti, dove il primo discute di astrazione perdendosi nelle nebbie delle stanze dei bottoni, mandando in tilt proprio quella parte del sistema che è il cuore produttivo

22 MAR - Mi sono avvicinata incuriosita dal titolo catastrofico all'ultimo libro del Prof Cavicchi “Sanità pubblica addio. Il cinismo delle incapacità”, (Castelvecchi editore 2023) e mi sono trovata di fronte ad uno scenario che non immaginavo, uno stato di agonia avanzata. Praticamente una diagnosi che decreta la morte del SSN. Una sorta di spoiler di un film che non ha per niente un lieto fine.

Con un'analisi lucida il prof. Cavicchi prefigura lo scenario futuro di una “sanità prossima ad un punto di non ritorno”. Un grido d'allarme suffragato da un'analisi accurata e molto meditata che con sapienza politica e culturale argomenta le cause dell'essere prossimi alla fine.

Un libro che mi ha permesso di capire cosa c'è in ballo, creando un ordine storico, culturale e di senso sulle dinamiche che hanno interessato il SSN.

Una riflessione critica nell'attribuire ai tanti sforzi normativi, organizzativi e documentali una valutazione di sistema, alla ricerca di quell'ordine che si riconosce nella corrispondenza con il senso d'impresa, quello primo e fondamentale riconosciuto nel diritto alla salute (art. 32).

Una sorta di filo rosso che legge i tanti interventi con la chiave di lettura di difesa del diritto della salute quale diritto fondamentale, assoluto e non condizionabile, ma nello stesso tempo sotto attacco, per l'inconciliabilità nel porre in ambivalenza il diritto alla salute con le risorse economiche.

Non c'è dubbio che nel porre in dicotomia questi due grandi interessi il problema è impostato male. Se di contrapposizione si tratta, è ovvio che il controllo dei costi in condizioni di risorse limitate prende il sopravvento, legittimando tutta una serie di azioni (le varie leggi di riforma) il cui progress esponenziale nell'unica direzione economicista, mette in secondo piano l'attenzione ai contenuti professionali, la discrezionalità del professionista, la personalizzazione dell'assistenza, de-naturalizzando il sistema, creando disallineamento valoriale tra i presupposti deontologici professionali e quanto l'azienda chiede.

Una schizofrenia nel singolo professionista, nell'intera comunità professionale e nelle professioni sanitarie quale contraddizione profonda che si manifesta con il contenzioso legale, la poca attrattività delle professioni, la violenza contro gli operatori solo per citare le problematiche che occupano gran parte del tempo del management sanitario. Come abbiamo ben appreso problemi e contraddizioni accedono a livelli di complessità diversi e per poter riprendere il cammino sono le contraddizioni che svolgono un ruolo decisivo. Pena l'instaurarsi di uno stato regressivo e l'idea di regressione espressa nel libro è chiara: se il diritto alla salute (art. 32) smette di essere un diritto fondamentale e diventa un diritto potestativo è come regredire dalla storia alla preistoria. Se le ragioni per cambiare non ci sono più si torna in dietro. Tornare indietro sia per noi operatori che per i malati vale come rimangiarci 50 anni di storia.

Se è questa la condizione data, diventa illuminante il sottotitolo: “il cinismo delle incapacità” ovvero l'incapacità della politica a concepire un pensiero più avanzato la cui degenerazione porta al paradosso che questo titolo nasconde, ovvero “l'incapacità di capire le incapacità”.

Una consapevolezza che pesa come un macigno e che razionalizza diversi aspetti che in genere nessuno si pone:

- le nostre incapacità, ovvero il “non sapere di non sapere”, è la prima vera causa del nostro male;
- lo status quo è la dimostrazione dell'incapacità di vedere queste incapacità e quindi di produrre idee innovative e pensieri nuovi che creino discontinuità e movimento;

- ancor più spesso sopraggiungono meccanismi difensivi: spieghiamo i nostri problemi come se non avessimo responsabilità, cioè come se non avessimo delle incapacità, una vera miopia che si sviluppa soprattutto nei ruoli dove questa capacità dovrebbe essere l'elemento distintivo.

Se questa analisi è valida a livello nazionale, interessando il mondo della politica come quello scientifico, anche il mondo delle professioni, quella medica, come quella infermieristica o altre non sono esenti da responsabilità.

A questo punto sorge spontanea una domanda: se nel percorso evolutivo la professione infermieristica si trova in mezzo al guado, in uno stato di non applicazione delle normative (profilo professionale, legge 42 e legge 251) qual è la ragione vera? Perché il nostro cammino è bloccato? È un problema fuori dalla professione o insita nella professione? O entrambe?

Ma soprattutto se è legata alla professione, quali sono quelle incapacità da andare a colmare per poter riprendere il cammino? Fondamentalmente si presenta l'occasione per una sana autocritica, con la migliore intenzione per scavare in profondità alla ricerca di cause e non di colpevoli.

Nella consensus conference che ho richiamato emerge la consapevolezza della necessità di definire una evoluzione della professione infermieristica e di raggiungere un accordo per ridefinire il nostro ruolo, fino a parlare di un nuovo paradigma organizzativo.

Si percepisce l'intento programmatico per sbloccare lo stallo evolutivo, ma per fare questo servono nuove capacità, nuove idee e strategie senza le quali non riusciremo mai a trovare la leva giusta per imprimere quella forza che superi l'inerzia e che ci aiuti a superare il vecchio paradigma e definire un ruolo nuovo.

Quali capacità ci servono?

Il suggerimento insito nella profonda differenza tra "*Caring*", (prendersi cura di una persona) e "*curing*" (curare la malattia) ci può venire in aiuto. Rispetto ai discorsi già fatti mi limito ad aggiungere che per il *curing* vale il discorso tradizionale delle competenze professionali, quelle prestazionali su impostazione biomedica.

A tale riguardo, l'esercizio delle competenze avanzate non deve limitarsi al solo perfezionamento degli interventi. Parlare di interventi avulso dal processo di ragionamento complessivo, si ripropone la versione moderna della logica mansionariale. Gli interventi sono sicuramente da includere, ma con finalità di produrre migliori risultati, ovvero i risultati di salute. La settorialità e specificità delle competenze avanzate ben venga, ma a partire dalla definizione di ambiti diagnostici che enucleano necessità essenziali, entro cui il ventaglio specializzato degli interventi si colloca per migliorare gli stati di salute.

In questa cornice trova espressione il *Caring* come discorso più articolato: cresce il grado di variabilità, e, direbbe il prof Cavicchi, di complessità. La pianificazione assistenziale se vuole essere personalizzata si arricchisce di indicatori e interventi biomedici, educativi, di funzionalità, di adattamento, di autogestione, di coping, di resilienza, ma anche legati al caregiver, alla casa, all'ambiente e alla comunità e ancora organizzativi, economici, tecnologici, ambientali... insomma ha bisogno di un "*quid*" nuovo la cui unione forma delle meta competenze.

Oggi la sociologia ci dice che in questa società l'idea tradizionale di abilità professionale descritta per competenze è destinata a tramontare e a fare spazio alle meta competenze, quelle essenzialmente intese sotto il segno della personalizzazione, della multilateralità e della poliedricità, quindi delle capacità.

Infatti, il concetto di meta competenza è la capacità propria della nostra professione, di adattarsi e riadattarsi alle dinamiche evolutive del suo sistema ambientale e relazionale di riferimento, costruendo e trasformando continuamente i propri modelli di conoscenza e di azione.

Il concetto di meta competenza, di natura strettamente costruttivista, tende fortemente ad avvicinarsi a quel concetto di competenza strategica che i sociologi definiscono in termini del saper apprendere lifelong.

Per riprendere il cammino evolutivo della professione infermieristica alla domanda "quali capacità servono", la risposta non può che essere di ripensare il concetto tradizionale di competenza per un concetto più moderno di meta competenze. Il *Caring* quale dispiegamento delle potenzialità del prendersi cura infermieristico non riesce a trovare nelle "*sole*" competenze strumenti esaustivi, ma ha bisogno di meta competenze.

Deve acquisire, metabolizzare e corroborare uno spazio nella mente dedicato a capacità superiori, di riflessività e pensiero critico, dove poter esprimere quell'autonomia e discrezionalità quale unica strategia

per dare risposte alla singolarità del malato. Dal saper, al saper fare, al saper essere, ora la competenza si arricchisce del “saper divenire” come co-evoluzione con il contesto.

Questa consapevolezza è una competenza chiave per lo sviluppo di un sapere professionale dinamico che cresce di pari passo con la co-evoluzione della società e resta allineato alle sue necessità, restituendo la giusta attenzione all'essenza umana come valore ultimo del servizio offerto. Il libro diventa illuminante non solo per portare all'attenzione le incapacità, il “*non sapere di non sapere*”, ma anche il “*come*” ci si posiziona nei suoi confronti.

La negazione e la giustificazione da una parte o il riconoscimento e l'apertura dall'altra, determina la storia evolutiva di un sistema, ma anche di una organizzazione o di una cultura professionale. E la rassegna fatta nel libro, quale elenco delle incapacità della politica nel non concepire un pensiero avanzato, sono ben evidenti.

Facile dirlo col senno di poi, ma tutto insegna. E dagli errori si impara moltissimo e quello più evidente è il chiudersi in un pensiero unico, autoreferenziale, onnicomprensivo, che nello sposare una corrente, quella economicista-gestionale (per citare un esempio a cui se ne possono aggiungere altri) trasponendola da mezzo a fine, ti fa capire come si sia snaturato un intero sistema la cui natura è professionale.

Perdendo la bussola e perseverando nel dirottamento si sono venuti a smorzare gli scambi e la dialettica con il mondo esterno con il quale si sarebbe dovuto mantenere una relazione costruttiva. Esasperando e deteriorando la relazione, il mondo esterno è arrivato ad essere una “*controparte*”, anziché un “*interlocutore*” un amico, una risorsa, un valore con cui crescere insieme e agire la funzione di “*servant*” per il bene della collettività.

Perdere la bussola è mancanza di vision e di pensiero prospettico. In questa incapacità, ci si ripiega su se stessi andando a creare e ad alimentare quel vuoto già descritto da Mintzberg tra i ruoli di guida e i professionisti, dove il primo discute di astrazione perdendosi nelle nebbie delle stanze dei bottoni, mandando in tilt proprio quella parte del sistema che è il cuore produttivo.

Quando il prof Cavicchi, per spiegare il suo “addio” alla sanità non fa altro che redigere un inventario di incapacità di tutti i tipi, mi richiama alla mente la teoria sulle capacità elaborata dall'economista e filosofo indiano Amartya Sen, premio Nobel per l'economia nel 1998, e dalla filosofa americana Martha Nussbaum^[1]. Si tratta di una prospettiva, che pone al centro dell'attenzione le capacità degli individui e ciò che essi sono effettivamente in grado di fare, prospettiva che ormai è destinata a ridiscutere le teorie tradizionali sull'utilitarismo, il libertarismo, il neoliberalismo. Non posso che ringraziare il prof Cavicchi di questa straordinaria analisi che, nello spiegare quanto la sanità resta irrimediabile senza capacità, ci fa compiere un passo verso una maggiore consapevolezza: ora “sappiamo di non sapere”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112042

quotidiano**sanita**.it

La spesa pubblica nella UE. Eurostat. Quotidiano Sanità

Italia tra i Paesi con la quota più alta per la “protezione sociale” 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 -

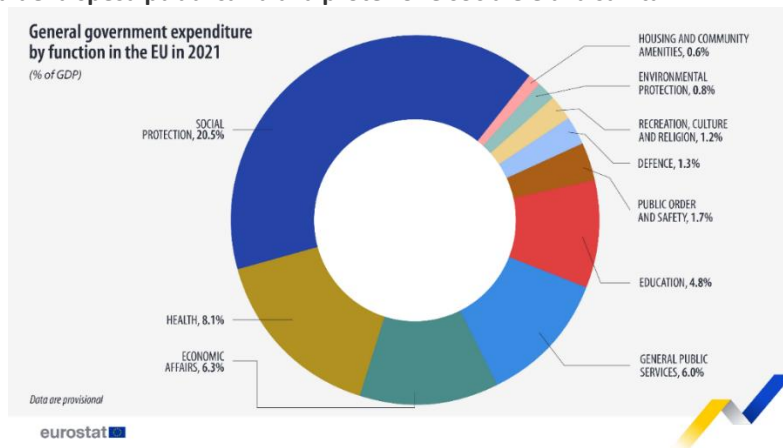
Nel 2021 la spesa totale delle amministrazioni pubbliche nell'Unione Europea è stata pari al 51,5% del prodotto interno lordo (PIL) ed è stata ancora influenzata dalla pandemia di COVID-19 e dalle misure governative per mitigarne gli effetti.

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.

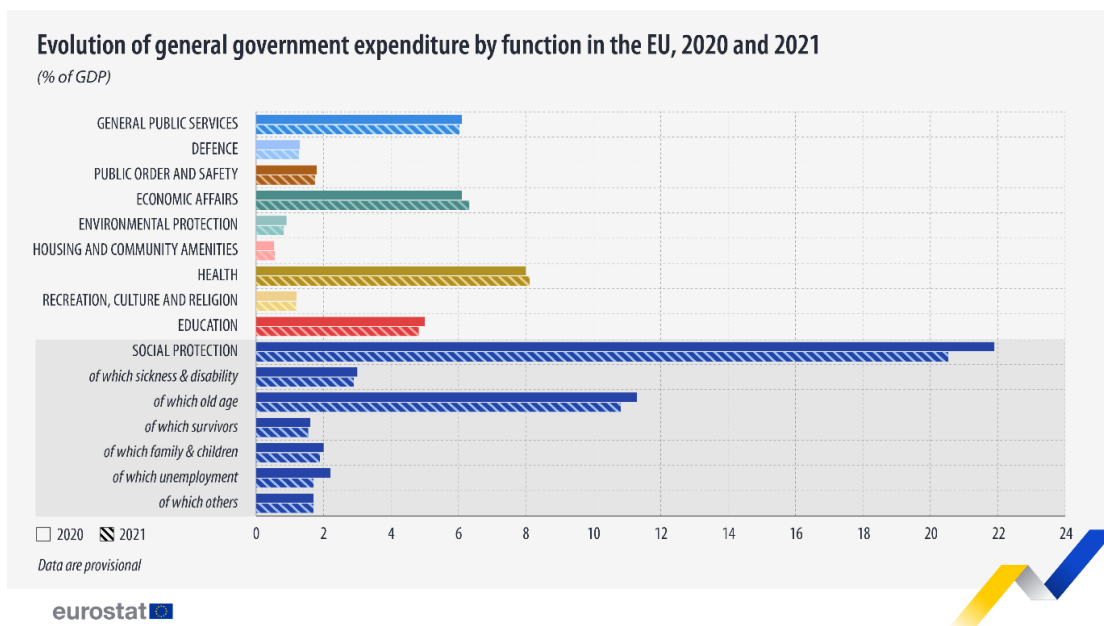
Tra le principali funzioni della spesa delle amministrazioni pubbliche nell'UE, la “protezione sociale” è rimasta la più importante nel 2021, con un peso pari al 20,5% del PIL. Le successive aree più importanti sono state la “salute” (8,1%), gli “affari economici” (6,3%) e i “servizi pubblici generali”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

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



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).

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 | 0.0 | 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 

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

“Nel 2021 prestazioni in favore di iscritti a Enti e Casse a quota 2,8 mld”. L’audizione di Ivass al Senato

Queste costituite in larga parte da assistenza odontoiatrica (69%), prestazioni socio-sanitarie (16%) e prestazioni finalizzate al recupero della salute (15%), il 33% delle quali vincolate. Complessivamente, nel 2021 l’intera spesa sanitaria pubblica e privata italiana ammontava a 168 miliardi di euro, pari al 9,5% del Pil. A fare il punto il Segretario generale dell’Ivass, Stefano De Polis durante l’audizione in commissione Affari sociali al Senato nell’ambito dell’indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria.

Complessivamente nel 2021 l’intera spesa sanitaria pubblica e privata italiana ammontava a 168 miliardi, pari al 9,5% del Pil. Fino al 2019 la spesa sanitaria pubblica in relazione al Pil presenta un andamento costante nel tempo in relazione, oscillando intorno al 6,5%, mentre nel 2020 si assiste a un incremento anche in conseguenza della pandemia, con un valore pari a 123 miliardi, pari al 7,5% rispetto al Pil. Nel 2021 la spesa si è assestata a 127 miliardi, con un rapporto rispetto al Pil in calo al 7,1%.

A fare il punto è il Segretario generale dell’Istituto per la Vigilanza sulle assicurazioni (Ivass), **Stefano De Polis**, durante l’audizione in commissione Affari sociali al Senato nell’ambito dell’indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria.

Oltre alla spesa pubblica - ha ricordato De Polis - va considerata anche la spesa sanitaria privata, composta da 4,5 miliardi di spesa sanitaria intermediata da fondi, mutue e imprese di assicurazione e da 36 miliardi di spesa diretta delle famiglie (out-of-pocket). La spesa diretta delle famiglie è *“particolarmente elevata in Italia”*, si legge nella Relazione, pari al 22% del totale.

Gli intermediari della spesa sanitaria.

Fondi sanitari, compagnie di assicurazione, società e casse mutue sono gli attori della spesa sanitaria intermediata. Con il D.M. 31 marzo 2008 è stata istituita presso il Ministero della Salute un’anagrafe dei fondi sanitari integrativi la cui iscrizione non è obbligatoria ma è necessaria per ottenere i benefici fiscali.

Sono previste due distinte sezioni: Fondi sanitari integrativi ex art. 9 del D. Lgs. n.502/1992 (tipo A) ed Enti, casse e società di mutuo soccorso ex art. 51, comma 2, lett. a), del T.U. n.917/1986 (tipo B). Gli ultimi dati disponibili (report 2021) mostrano la crescita del numero dei fondi e del numero degli iscritti.

“Anche se in aumento - si spiega nella relazione - i fondi di tipo A sono appena dodici e il controvalore delle relative prestazioni rimane molto modesto”. Le prestazioni a favore degli iscritti degli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso, i fondi integrativi di tipo B, “hanno raggiunto nel 2020 i 2,8 miliardi di euro e sono costituite in larga parte da assistenza odontoiatrica (69%), prestazioni socio-sanitarie (16%) e prestazioni finalizzate al recupero della salute (15%), il 33% delle quali vincolate”. Aumentano le società di mutuo soccorso (erano 44 nel 2018), mentre risultano stabili le associazioni non riconosciute (erano 255 nel 2018).

Le problematiche emerse dall’azione di vigilanza dell’Ivass, alcune proposte di riforma.

“Il primo dato che emerge è rappresentato dall’esistenza di asimmetrie informative: i beneficiari delle prestazioni, dunque, hanno difficoltà a percepire le differenze tra i diversi soggetti impegnati a garantire la prestazione sanitaria, (compagnie, fondi, società di mutuo soccorso) e soprattutto tra le diverse discipline e forme di tutela previste dall’ordinamento. Dall’analisi dei reclami emergono spesso criticità riconducibili a scarsa chiarezza delle condizioni contrattuali, carenze nell’informativa precontrattuale (manchevolezza per lo più addebitabile ai datori di lavoro che stipulano coperture collettive), difficoltà e ostacoli di vario genere nell’apertura delle posizioni o nell’aver riscontro alla semplice richiesta di informazioni sulle modalità di attivazione delle prestazioni o sullo stato di trattazione delle pratiche”, ha spiegato De Polis.

Sarebbe dunque necessario, si spiega, che “le prestazioni sanitarie e i percorsi di cura definiti dai protocolli sanitari degli operatori della sanità integrativa siano inequivocabilmente identificati e chiaramente descritti in modo da evitare false aspettative negli assistiti ed eccessivi margini di discrezionalità per l’accesso/diniego alle prestazioni garantite”.

Inoltre, "contribuirebbe alla maggiore chiarezza anche il mancato utilizzo - nell'oggetto sociale dei Fondi sanitari e delle società di mutuo soccorso come nella documentazione presentata agli aderenti – di termini e riferimenti 'assicurativi' che possono creare confusione tra gli aderenti".

L'Ivass è poi tornato ad esporre alcune criticità riguardanti l'articolo 345 del Codice delle Assicurazioni. "In generale, riteniamo che l'art. 345 del CAP, per indubbe difficoltà interpretative e applicative, rappresenti una risposta normativamente non aggiornata, parziale, e comunque non adeguata a dare risposte alle esigenze di tutela dei fruitori dei servizi di sanità integrativa in generale e delle società di mutuo soccorso in particolare.

Per poter individuare una proposta di modifica normativa occorrerebbe, col necessario contributo di tutti gli attori a vario titolo coinvolti, previamente definire con maggiore chiarezza e dettaglio il perimetro delle attività inquadrabili nelle diverse forme e modalità in cui si esplica la sanità integrativa e la natura e i limiti dei soggetti che vi possono operare, per poi procedere a definire coerentemente requisiti organizzativi e patrimoniali (se del caso mutuandoli dalla disciplina assicurativa che più si adatta alle varie fattispecie), sistema dei controlli da porre in essere e relative competenze".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=111164

CENSIS: italiani preoccupati del futuro, si riducono le spese sanitarie e la fiducia nel Ssn

Gli italiani sono preoccupati per il futuro prossimo della società. L'84,9% dichiara di intravedere incertezza e insicurezza. Allarma il blocco della mobilità sociale, che per il 58,6% dei cittadini farà aumentare le disparità sociali. Per il 43,3%, nella società italiana ci saranno meno equità e giustizia sociale; il 36,9% teme minore attenzione ai diritti dei lavoratori.

Il rialzo dei prezzi catalizza le paure degli italiani. Il 75,4% degli occupati è convinto che non avrà aumenti delle entrate familiari nel prossimo anno, mentre il 73,9% degli italiani pensa che dovrà ridimensionare le spese. La reazione alla minaccia dell'inflazione porta l'86,9% a essere favorevole a indicizzare retribuzioni, salari e stipendi all'aumento dei prezzi, tornando alla scala mobile.

Sono alcuni degli aspetti emersi dal Quarto Rapporto Censis-Tendercapital, presentato al Senato, sulla "sostenibilità sociale e la rinnovata sfida del welfare italiano".

Tagli alle spese, anche sanitarie, e tenuta dei redditi

Prezzi più alti si traducono in minor consumo di beni e servizi a parità di reddito, così il 59,7% degli italiani è convinto che dovrà ridurre le spese per scarpe e abbigliamento, il 62,3% quelle per vacanze, viaggi e tempo libero, mentre il 41,7% pensa che dovrà rinunciare a cure o visite mediche a pagamento intero, con risorse proprie. Tuttavia, nel 2022 redditi e spese per consumi delle famiglie hanno tenuto bene. Infatti, il reddito lordo disponibile delle famiglie consumatrici è rimasto invariato nel confronto tra I-III trimestre 2021 e gli stessi trimestri del 2022, con un -0,3% reale.

Giù risparmio famiglie e allarme sanità

Dal Quarto Rapporto Censis-Tendercapital emerge come il risparmio delle famiglie, nel confronto tra i primi nove mesi del 2022 e quelli del 2021, abbia subito una contrazione drastica in termini nominali (-292 miliardi di euro) e reali (-11,3%). Il cash, invece, è aumentato nominalmente di 36 miliardi di euro, subendo però una riduzione reale del 3,8%. Sono 7,5 milioni le persone appartenenti a famiglie le cui entrate coprono appena le uscite e aumentano, rispetto al 2010, sia i lavoratori in povertà assoluta (erano il 3% del totale) sia in povertà relativa (erano il 7%).

Il welfare pubblico stenta sempre più: il 67,3% degli italiani, nei dodici mesi precedenti l'intervista, per avere prestazioni sanitarie si è dovuto rivolgere al privato. Così solo il 40,4% è soddisfatto del funzionamento del Servizio sanitario nazionale della sua Regione, mentre nel 2019 era il 55%.

Strumenti di welfare praticabili

Il 90,4% degli italiani, con percentuali trasversali a redditi, condizione professionale, età e titolo di studio, si dichiara favorevole a fissare una retribuzione minima per legge.

Riguardo al reddito di cittadinanza, il 65,1% degli italiani lo reputa uno strumento per aiutare persone in difficoltà; al contempo, il 73,2% è convinto che tale strumento disincentiva le persone a lavorare, mentre oltre l'88% ritiene che i soldi pubblici dovrebbero servire a incentivare la ricerca del lavoro.

Per il presidente del Censis, **Giuseppe De Rita**, "la nostra società è segnata da un elemento cruciale: la paura dell'incertezza futura. È quel che più condiziona le aspettative e spesso fa vedere la realtà più nera di quanto sia. Purtroppo, l'inflazione, la guerra, la crisi energetica hanno generato problemi e, tuttavia, sinora la sostenibilità sociale in Italia ha tenuto bene. Il rischio reale è per il futuro prossimo di continuare a galleggiare per paura e, in questa situazione, la cosa peggiore è affidarsi all'opinionismo, piuttosto che ragionare sulla chimica reale della nostra società".

Secondo il presidente di Tendercapital, **Moreno Zani**, "i dati del Quarto Rapporto Censis-Tendercapital sulla sostenibilità sociale e il welfare italiano evidenziano in maniera chiara le difficoltà che oggi incontrano i due pilastri del modello sociale italiano, le famiglie e lo Stato.

Crescono, infatti, le ristrettezze economiche di molti nuclei familiari e, nonostante nel 2022 abbiano tenuto bene sia il reddito sia le spese per i consumi, occorre prendere atto di una severa contrazione del loro risparmio. Una situazione di instabilità, insomma, che genera incertezza e preoccupazione per il futuro, ma anche la convinzione che si può lavorare per un nuovo welfare inclusivo, prospero e sostenibile".

Per **Maurizio Gasparri**, vice presidente del Senato "il Rapporto mette in luce perplessità, preoccupazioni e aspettative legate all'inflazione e al contesto economico e sociale. Guardando all'aspetto storico il Paese ha fatto dei progressi per quanto riguarda il welfare, registrando un avanzamento sotto il profilo delle tutele. Tuttavia, resta molto da fare e questo Rapporto ci indica una strada importante da seguire".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-02-14/censis-italiani-preoccupati-futuro-si-riducono-spesse-sanitarie-e-fiducia-ssn-140604.php?uuid=AEY0UKnC&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanita**.it

Troppa confusione sul ruolo del privato in sanità. Barbara Cittadini. Quotidiano Sanità

Barbara Cittadini, *Presidente Nazionale Aiop*

21 FEB -

Gentile Direttore,

quanta confusione! Ciclicamente torna di moda il dibattito sul ruolo del privato in sanità. E la discussione si perde, sempre, attorno ad alcuni preconcetti che, onestamente, faccio sempre più fatica a giustificare.

Trovo, soprattutto, paradossale il tentativo di avallare, anche su queste pagine, personali opinioni in merito alla malattia che affligge il nostro Servizio Sanitario Nazionale e alla cura che occorrerebbe per eradicarla, con dimostrazioni che deriverebbero direttamente dalla teoria economica neoclassica che, secondo illustri autori, ci avrebbe allertati già da studenti sul pericolo del privato in sanità.

Ritorniamo, allora, sui “banchi di scuola”, ma facciamolo con onestà intellettuale. Perché la netta sensazione è che, sovente, a essere difeso non sia il diritto alla salute delle persone, ma la proprietà pubblica degli asset e il relativo indotto che si declina dal punto di vista occupazionale e da quello del consenso (“*gli amici degli amici*” che, ricordiamo a Cavicchi, non sono solo imprenditori).

Come ci rammentano Livio Garattini e Alessandro Nobili su queste stesse pagine, “*la sanità costituisce un classico esempio didattico di fallimento del mercato*” e l’intervento pubblico è necessario a sanare tale anomalia. Ma, quando si parla del ruolo del “mercato” e del “privato” nella tutela della salute pubblica, è bene distinguere il finanziamento dall’erogazione dei servizi alla salute.

Dal punto di vista del finanziamento, l’intervento pubblico si giustifica essenzialmente per ragioni etico-solidaristiche.

Sia i modelli Bismarck di assicurazione obbligatoria sia quelli Beveridge di copertura universale attraverso la fiscalità generale, quale quello italiano, vogliono limitare i fenomeni di discriminazione propri dell’out of pocket (dove chi acquista è chi sta male e dove il prezzo è indipendente dalla disponibilità economica) e delle assicurazioni volontarie (dove chi si assicura sono i soggetti ad alto rischio, situazione che porta a coperture assicurative incomplete, basate sulla probabilità che l’evento malattia si verifichi e ad applicare premi più alti o rifiutare di assicurare i soggetti ad alto rischio). Generalmente i motivi di ricorso al privato puro – e sottolineo puro, diverso dalla componente di diritto privato del SSN - sono legati all’acquisto di prestazioni non erogate in ambito di SSN, alla compartecipazione alla spesa di prestazione “coperte”, alle tempistiche di erogazione (liste d’attesa) e al desiderio di standard qualitativi più alti.

Esiste, dunque, una componente fisiologica e una componente patologica della spesa privata.

Le stesse forme di co-payment, che trovano la loro legittimazione nel perseguimento di una maggiore responsabilizzazione individuale al consumo, non di rado denotano la mera incapacità del sistema di sostenere la spesa nella sua interezza. Chiaramente, quanto più la componente patologica diventa considerevole, tanto più si minano le basi del modello universalistico e la giustificazione stessa della tassazione generale.

Sempre sui “*banchi di scuola*” avremmo, però, dovuto imparare a discernere tra privato inteso come “mercato delle prestazioni sanitarie” e privato inteso come natura giuridica di strutture che operano nell’ambito del SSN. Dal punto di vista dell’erogazione, l’intervento pubblico si giustifica per motivi economici (fallimenti del mercato), i quali richiedono politiche pubbliche di regolamentazione. Sottolineo regolamentazione e non produzione perché non sussiste alcuna ragione di carattere economico o sociale per la quale le prestazioni sanitarie siano erogate esclusivamente da strutture di diritto pubblico.

Ad esempio, l’informazione imperfetta che caratterizza il mercato della salute richiede l’attuale funzione costituzionale delle Regioni - chiamate a individuare ed acquistare prestazioni e servizi dalle strutture ospedaliere di diritto pubblico e di diritto privato - e il ruolo dello Stato, chiamato a monitorare e garantire che i livelli essenziali di assistenza siano effettivamente erogati su tutto il territorio nazionale, in condizioni di equità, qualità e sicurezza.

Mi hanno insegnato che l’interesse pubblico è la salute pubblica e non la proprietà pubblica di strutture che vanno salvaguardate a prescindere dalla effettiva capacità di assistere i pazienti e dal grado di efficienza economica. Mi hanno, altresì, insegnato che l’interesse del paziente è quello di ricevere le cure migliori - dal punto di vista dell’efficacia, appropriatezza e sicurezza - e non di certo che quelle cure siano erogate da un ospedale di diritto pubblico. I malati desiderano essere curati; non sono interessati al patrimonio erariale.

E non posso che registrare amaramente quanto, ancora oggi, il mantra del “*privato che rincorre il facile profitto e le prestazioni più remunerative*” si scontri con un sistema dove le prestazioni delle strutture di diritto privato del SSN non sono scelte ma assegnate dal pubblico e dove il privato accreditato è l’unico remunerato sulla base di tariffari nazionali, quando, invece, le strutture di diritto pubblico continuano a essere finanziate a piè di lista, a copertura di inefficienze e sprechi.

Ora che abbiamo ripassato la lezione, mi piacerebbe che si potesse parlare di diritto alla salute sulla base di postulati solidaristici ed economici, lasciando l’ideologia alla sfera speculativa, senza goffi tentativi di legittimazione oggettiva. Perché è di un diritto fondamentale, costituzionalmente garantito, che stiamo parlando.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=111233

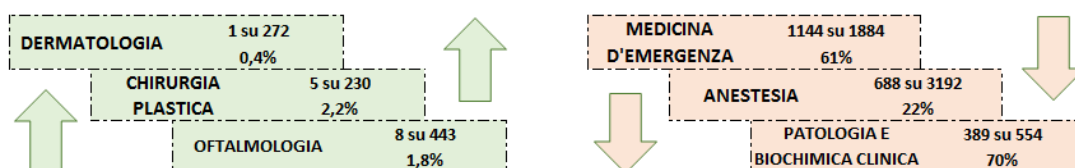
Dall'Anaa la mappa dei contratti non assegnati e abbandonati

Lombardia, Veneto e Lazio registrano le percentuali più elevate di contratti totali non assegnati e abbandonati. Medicina d'urgenza, Anestesia e Patologia e biochimica clinica le specialità in caduta libera. Questi alcuni dei dati che emergono da una rilevazione condotta Anaa Assomed e Settore Anaa Giovani. Il segretario nazionale Anaa, Pierino Di Silverio: "La medicina sta diventando un affare selettivo, in cui le specialità più colpite e sotto pressione durante la pandemia Covid, le specialità gravate da maggiori oneri e minori onori sono in caduta libera, non hanno più appeal".

Come è orientata la scelta dei futuri medici specialisti italiani? Dalla rilevazione Anaa Assomed e Settore Anaa Giovani risulta una cospicua e pressoché completa adesione a quelle scuole di specialità in cui l'attività privata e ambulatoriale rientra tra gli sbocchi lavorativi, mentre vengono abbandonate o neppure prese in considerazione quelle prettamente "ospedaliere e pubbliche" che sono state protagoniste nella lotta pandemica, prima tra tutte la medicina d'emergenza urgenza (61% dei contratti statali non assegnati e abbandonati).

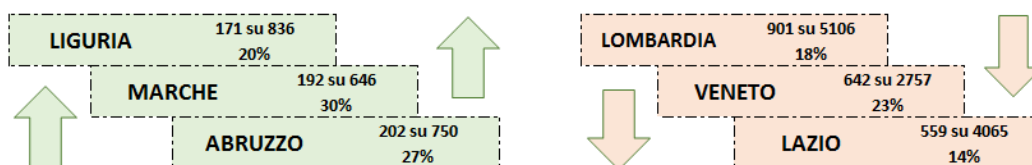
È stata analizzata l'effettiva fruizione da parte dei giovani medici dei 30.452 contratti statali banditi negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022). Per "contratti non assegnati" si intende un contratto che in sede concorsuale non è stato assegnato a nessun medico perché nessuno l'ha scelto. Per "contratti abbandonati" si intende un contratto che è stato assegnato ma il medico assegnatario ha riprovato il concorso l'anno successivo e ha cambiato specializzazione tramite una nuova assegnazione.

Contratti totali non assegnati e abbandonati



Non vi è una sostanziale differenza percentuale tra le varie regioni italiane, con una percentuale globale intra-regionale. Nel constatare che 1 specializzando su 5 (19% dei contratti) non viene assegnato o viene perso durante il percorso di specializzazione, attesta la sostanziale e ormai cronica programmazione alterata e dicotomica che si ripercuote sull'attuale erogazione non ottimale dei servizi sanitari.

Contratti totali non assegnati e abbandonati



Dalla tabella con la suddivisione dell'entità dei contratti non assegnati e/o abbandonati suddivisa per regioni italiane risulta che l'entità totale dei contratti dispersi è compresa tra l'11 e il 36% con una mediana del 20%. Analizzando l'entità dei contratti non assegnati, ad eccezione della Regione Sicilia (3%), tutte le regioni italiane hanno una pressoché identità percentuale di contratti non assegnati, con una forchetta tra il 7% e il 22% e con il Friuli Venezia Giulia in cui vi è quasi un contratto su tre (29%) non assegnato.

Contratti totali non assegnati e abbandonati suddivisi per Regione

| Regione | Contratti Banditi | | Contratti non assegnati | | Contratti abbandonati | | Contratti Totali non assegnati e abbandonati | |
|-----------------------|-------------------|-------------|-------------------------|-------------|-----------------------|-------------|--|--|
| | Banditi | | | | | | | |
| LOMBARDIA | 5106 | 636 | 12% | 265 | 5% | 901 | 18% | |
| LAZIO | 4065 | 295 | 7% | 264 | 6% | 559 | 14% | |
| EMILIA ROMAGNA | 3298 | 383 | 12% | 164 | 5% | 547 | 17% | |
| VENETO | 2757 | 457 | 17% | 185 | 7% | 642 | 23% | |
| TOSCANA | 2570 | 429 | 17% | 144 | 6% | 573 | 22% | |
| CAMPANIA | 2428 | 247 | 10% | 141 | 6% | 388 | 16% | |
| SICILIA | 2067 | 55 | 3% | 166 | 8% | 221 | 11% | |
| PIEMONTE | 1861 | 253 | 14% | 101 | 5% | 354 | 19% | |
| PUGLIA | 1427 | 177 | 12% | 100 | 7% | 277 | 19% | |
| LIGURIA | 836 | 109 | 13% | 62 | 7% | 171 | 20% | |
| SARDEGNA | 828 | 175 | 21% | 51 | 6% | 226 | 27% | |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | 827 | 238 | 29% | 57 | 7% | 295 | 36% | |
| ABRUZZO | 750 | 151 | 20% | 51 | 7% | 202 | 27% | |
| MARCHE | 646 | 145 | 22% | 47 | 7% | 192 | 30% | |
| | 30452 | 3907 | 13% | 1601 | 5% | 5724 | 19% | |

I dati dell'entità dei contratti non assegnati e/o abbandonati suddivisa per specializzazione sono significativi oltre che allarmanti. È interessante constatare che tutte le branche che sono state le più sollecitate durante la pandemia da SARS-CoV-2 presentano la maggiore entità di contratti non assegnati e abbandonati: la medicina d'emergenza-urgenza avrà 1144 specialisti in meno rispetto ai 1884 contratti stanziati (60,7%), Microbiologia 191 in meno rispetto a 244 (78,3%), Patologia Clinica e Biochimica Clinica 389 in meno rispetto a 554 (70,2%).

Di contro, vi è la totale fruizione di contratti di specializzazione afferenti alla Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Oftalmologia, Malattie dell'Apparato Cardiovascolare.

"Il segnale giunge chiaro e forte, corroborato dai numeri: la medicina sta diventando un affare selettivo, in cui le specialità più colpite e sotto pressione durante la pandemia da Covid-19, le specialità gravate da maggiori oneri e minori onori sono in caduta libera, non hanno più appeal.

Non è un problema di medici, ma di medici specialisti ed è un problema che avrà ripercussioni inevitabili sul futuro di un sistema di cure sempre più in crisi", commenta il Segretario Nazionale Anaa Assomed, **Pierino Di Silverio**.

"L'assenza di programmazione e l'assenza di investimenti sul professionista - prosegue - produce effetti devastanti rischiando di desertificare alcune branche ed essere in deficit in altre. Un risultato che dovrebbe far comprendere quanto sia urgente investire sui professionisti e per rendere appetibile una professione che oggi non affascina più.

Il medico ha perso la sua identità sociale ancor prima che professionale relegato a mero prestatore di opera alla stregua di un venditore di prodotto, il Paziente si è trasformato in un cliente".

"Occorre un cambio immediato di passo e di paradigma con investimenti extracontrattuali e legislativi che riconsegnino la sanità ai professionisti. Retribuzioni adeguate, depenalizzazione dell'atto medico, aumento delle assunzioni ed eliminazione del tetto di spesa al personale che agisce ancora oggi come una tagliola su regioni e aziende foraggiando il lavoro a cottimo. Occorre integrare e dare ruolo agli specializzandi, vera forza propulsiva di un sistema vecchio e stanco. Accoglierli negli ospedali con un vero contratto, con diritti e doveri precisi e chiari, al fine di permettere loro una formazione adeguata e prospettive professionali reali, è l'unica strada, la strada maestra. Continueremo a batterci perché questo avvenga, con tutte le forze in tutti i modi", conclude Di Silverio.

Contratti totali non assegnati e abbandonati suddivisi per Specializzazione

| | Contratti banditi | Contratti non assegnati | | Contratti abbandonati | | % Contratti totali non assegnati e abbandonati | |
|--|-------------------|-------------------------|--------------|-----------------------|--------------|--|--------------|
| Medicina termale | 7 | 5 | 71,4% | 1 | 14,30% | 6 | 85,7% |
| Microbiologia e virologia | 244 | 175 | 71,7% | 16 | 6,60% | 191 | 78,3% |
| Patologia Clinica e Biochimica Clinica | 554 | 363 | 65,5% | 26 | 4,70% | 389 | 70,2% |
| Radioterapia | 328 | 192 | 58,5% | 30 | 9,10% | 222 | 67,7% |
| Farmacologia e Tossicologia Clinica | 206 | 119 | 57,8% | 11 | 5,30% | 130 | 63,1% |
| Medicina e Cure Palliative | 100 | 59 | 59,0% | 2 | 2,00% | 61 | 61,0% |
| Medicina d'emergenza urgenza | 1884 | 1034 | 54,9% | 110 | 5,80% | 1144 | 60,7% |
| Medicina di comunità e delle cure | 190 | 99 | 52,1% | 10 | 5,30% | 109 | 57,4% |
| Medicina nucleare | 181 | 84 | 46,4% | 15 | 8,30% | 99 | 54,7% |
| Statistica sanitaria e Biometria | 65 | 31 | 47,7% | 3 | 4,60% | 34 | 52,3% |
| Anatomia patologica | 361 | 153 | 42,4% | 28 | 7,80% | 181 | 50,1% |
| Chirurgia Toracica | 173 | 56 | 32,4% | 17 | 9,80% | 73 | 42,2% |
| Genetica medica | 160 | 53 | 33,1% | 14 | 8,80% | 67 | 41,9% |
| Audiologia e foniatria | 64 | 15 | 23,4% | 4 | 6,30% | 19 | 29,7% |
| Cardiochirurgia | 186 | 24 | 12,9% | 27 | 14,50% | 51 | 27,4% |
| Scienza dell'alimentazione | 130 | 17 | 13,1% | 18 | 13,80% | 35 | 26,9% |
| Chirurgia Generale | 1406 | 228 | 16,2% | 121 | 8,60% | 349 | 24,8% |
| Chirurgia Vascolare | 259 | 37 | 14,3% | 23 | 8,90% | 60 | 23,2% |
| Malattie Infettive e Tropicali | 610 | 91 | 14,9% | 49 | 8,00% | 140 | 23,0% |
| Anestesia e Rianimazione | 3192 | 476 | 14,9% | 212 | 6,60% | 688 | 21,6% |
| Nefrologia | 597 | 86 | 14,4% | 42 | 7,00% | 128 | 21,4% |
| Chirurgia pediatrica | 112 | 10 | 8,9% | 11 | 9,80% | 21 | 18,8% |
| Medicina interna | 1729 | 109 | 6,3% | 176 | 10,20% | 285 | 16,5% |
| Geriatria | 821 | 71 | 8,6% | 62 | 7,60% | 133 | 16,2% |
| Igiene e medicina preventiva | 1245 | 107 | 8,6% | 74 | 5,90% | 181 | 14,5% |
| Urologia | 548 | 35 | 6,4% | 43 | 7,80% | 78 | 14,2% |
| Ematologia | 462 | 21 | 4,5% | 43 | 9,30% | 64 | 13,9% |
| Oncologia medica | 641 | 22 | 3,4% | 59 | 9,20% | 81 | 12,6% |
| Allergologia ed immunologia clinica | 194 | 6 | 3,1% | 18 | 9,30% | 24 | 12,4% |
| Neurochirurgia | 223 | 1 | 0,4% | 24 | 10,80% | 25 | 11,2% |
| Chirurgia maxillo facciale | 111 | 2 | 1,8% | 10 | 9,00% | 12 | 10,8% |
| Medicina fisica e riabilitativa | 670 | 22 | 3,3% | 49 | 7,30% | 71 | 10,6% |
| Medicina del lavoro | 423 | 18 | 4,3% | 22 | 5,20% | 40 | 9,5% |
| Reumatologia | 229 | 4 | 1,7% | 14 | 6,10% | 18 | 7,9% |
| Otorinolaringoiatria | 378 | 5 | 1,3% | 22 | 5,80% | 27 | 7,1% |
| Ortopedia e traumatologia | 988 | 19 | 1,9% | 51 | 5,20% | 70 | 7,1% |
| Ginecologia ed Ostetricia | 1097 | 6 | 0,5% | 70 | 6,40% | 76 | 6,9% |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 660 | 17 | 2,6% | 25 | 3,80% | 42 | 6,4% |
| Medicina legale | 335 | 6 | 1,8% | 14 | 4,20% | 20 | 6,0% |
| Medicina dello sport e dell'esercizio | 161 | 3 | 1,9% | 6 | 3,70% | 9 | 5,6% |
| Neuropsichiatria infantile | 520 | 1 | 0,2% | 23 | 4,40% | 24 | 4,6% |
| Endocrinologia e malattie del | 415 | 0 | 0,0% | 19 | 4,60% | 19 | 4,6% |
| Radiodiagnostica | 1472 | 4 | 0,3% | 62 | 4,20% | 66 | 4,5% |
| Psichiatria | 1195 | 13 | 1,1% | 40 | 3,30% | 53 | 4,4% |
| Neurologia | 620 | 1 | 0,2% | 19 | 3,10% | 20 | 3,2% |
| Pediatria | 1682 | 3 | 0,2% | 43 | 2,60% | 46 | 2,7% |
| Malattie dell'apparato digerente | 404 | 1 | 0,2% | 10 | 2,50% | 11 | 2,7% |
| Chirurgia plastica ricostruttiva ed | 230 | 2 | 0,9% | 3 | 1,30% | 5 | 2,2% |
| Oftalmologia | 443 | 0 | 0,0% | 8 | 1,80% | 8 | 1,8% |
| Malattie dell'apparato cardiovascolare | 1275 | 1 | 0,1% | 17 | 1,30% | 18 | 1,4% |
| Dermatologia e venereologia | 272 | 0 | 0,0% | 1 | 0,40% | 1 | 0,4% |
| | 30452 | 3907 | 12,8% | 1601 | 5,30% | 5724 | 18,1% |

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=111332

L'inchiesta di Bergamo e la "vera" lezione da apprendere dalla pandemia di Covid.
Donato Greco. Quotidiano Sanità

Donato Greco, MD Specialista in Malattie infettive, Igiene e sanità pubblica, Epidemiologia e Statistica sanitaria. Cavaliere di Gran Croce al merito della Repubblica Italiana, già Direttore generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute

Non mi pronuncio su inchieste giudiziarie, voglio solo ricordare che in 50 anni di inseguimento di epidemie in Italia e nel Mondo ho visto numerosi procedimenti giudiziari per il reato di epidemia colposa, ma non ne ricordo alcuno che sia arrivato ad una condanna. L'onda di fango mediatico, spero, passerà presto, dopo aver fatto grande disastro: bisogna rimboccarsi le maniche e lavorare perché la catastrofica pandemia sia l'ultima. Certamente altre epidemie e pandemie arriveranno: ma dovranno trovarci preparati solidamente a contrastarle

07 MAR -

Serve un'inchiesta sulla pandemia?

Una valutazione sull'impatto e la gestione di una pandemia quale quella da Covid è cosa utile e necessaria, altre pandemie sono state valutate, ad esempio la pandemia influenzale del 2009, per la quale sono stato io stesso incaricato di condurre la valutazione della risposta Europea alla pandemia per l'ECDC.

Parlo di una valutazione tecnica fatta da esperti indipendenti destinata ad imparare la lezione per prepararsi meglio alla prossima, cosa che è in atto in alcuni paesi europei e che sarebbe molto utile anche per il nostro Paese. Non certo una valutazione politica.

Non mi pronuncio su inchieste giudiziarie, voglio solo ricordare che in 50 anni di inseguimento di epidemie in Italia e nel Mondo ho visto numerosi procedimenti giudiziari per il reato di epidemia colposa, ma non ne ricordo alcuno che sia arrivato ad una condanna.

Applicare il piano pandemico influenzale del 2006 avrebbe cambiato la situazione?

La mancata applicazione del piano pandemico 2006 è una cosa inesistente per alcuni motivi:

- Un piano pandemico non è un manuale di istruzioni che si tira fuori al momento necessario e si applica: è una materia vivente, quotidiana, un piano di attività permanente, attivo sia in tempo di pace che durante le epidemie, è un processo continuo di azioni e formazione che includono il coinvolgimento globale di un Paese di concerto con la comunità internazionale. Dal 1999 il Ministro Bindi ha avviato in Italia un processo per la costruzione e gestione di piani pandemici influenzali come suggerito dall'OMS: ne sono stati prodotti 3, l'ultimo nel 2006, seguito da 21 piani pandemici influenzali attuativi delle Regioni, sostenute con un apposito finanziamento di 4 Milioni €: tutti i ministeri furono coinvolti ed oltre 400 furono gli incontri di aggiornamento e formazione con corpi della società civile, dai medici ai giornalisti ed anche incontri con magistrati. Questo processo è stato di grande utilità per la risposta alla pandemia influenzale del 2009, ma, successivamente si è sostanzialmente fermato e non è stato fatto un sistematico aggiornamento del piano né sono coerentemente continuate le attività previste, nonostante la successiva decisione Europea 1082 del 2013 impegnasse l'Italia a produrre piani pandemici (non soltanto influenzali) ed ad aggiornarli ogni tre anni. Mancando, per 11 anni, questa continuità il piano 2006 così com'era non avrebbe avuto un impatto significativo nella pandemia Covid.
- Ormai è forte l'evidenza della grande differenza tra Influenza e Covid: basti ricordare come le misure restrittive ed i DPI usati nell'inverno 20-21 sono state efficacissime per annullare l'attesa epidemia stagionale dell'influenza, ma ininfluenti sul grande scoppio del Covid di quei mesi. Conviene ricordare come il piano 2006 limitava l'uso delle mascherine al personale ospedaliero, non menzionava il distanziamento sociale ed era forte di vaccini e farmaci disponibili ed efficaci. Ridicolo solo pensare che il Presidente dell'ISS non avesse letto il piano 2006: lo stesso Istituto ne era stato principale autore!
- Tra il 2006 ed il 2020 per il piano 2006 sono cambiate molte cose:

- Il piano si riferisce esclusivamente ai virus influenzali, entità completamente diverse dal Covid 19 sebbene abbiano similitudini cliniche e di trasmissione.
- Il piano si poggia su una rete di attività di sorveglianza dell'influenza già consolidata da decenni con specifici sistemi di vigilanza e di diagnostica di laboratorio umana e veterinaria coordinata a livello mondiale.
- All'epoca le conoscenze scientifiche erano decisamente più limitate delle attuali: non esisteva una diffusa diagnostica molecolare, le attività di contact tracing erano limitate a TBC e malattie a trasmissione sessuale, l'uso del distanziamento sociale e delle mascherine era limitato agli ambienti sanitari.
- Gli scenari più pessimistici elaborati erano ben lungi dalla catastrofe che il mondo sta subendo per il covid.
- Nel 2006 non esisteva ancora il nuovo Regolamento sanitario internazionale (IHR) che di fatto regola anche le emergenze epidemiche.
- Non era in alcuna previsione epidemiologica l'idea che potesse emergere un Coronavirus totalmente nuovo all'umanità e quindi particolarmente aggressivo e letale: i coronavirus erano già noti da tanti anni e, come per l'influenza, si presupponeva che le persone avessero già una qualche memoria immunitaria che avrebbe attenuato l'impatto di un nuovo ceppo.

E molte cose sono avvenute in questo decennio, cose che hanno fortemente cambiato lo scenario epidemiologico:

- Nel 2007 entra in vigore il Regolamento sanitario internazionale
- Nel 2013 il Parlamento europeo approva la decisione preparedness 1082/2013 decisiva per gli stati membri
- L'OMS emana vari aggiornamenti delle linee guida per la costruzione di piani nazionali pandemici
- Nel 2005-7 vari focolai di influenza aviaria
- Nel 2009 pandemia da influenza suina
- Nel 2012 epidemia di MERS
- Nel 2016 pandemia da ebola
- Nel 2017 pandemia da zika virus
- Le tecnologie biologiche fanno incredibili sviluppi: diagnostici, terapeutici, vaccinali
- La comunicazione cambia volto (Internet, telefonini, digitalizzazioni etc.)

Appare quindi giustificata la scelta del CTS 2020 a febbraio 2020 di produrre quanto prima un nuovo piano di risposta all'emergenza Covid, che fu poi applicato con successo per i due anni successivi.

Certo qualsiasi igienista, direttore sanitario, ma anche tutti i medici, anche senza alcun piano che li comanda, dovrebbero ben sapere che le infezioni respiratorie acute necessitano di isolamento restrittivo, che bisogna usare i DPI, che bisogna limitare i contatti, etc.

È possibile stimare che con le chiusure tempestive sarebbero stati evitati 4mila morti?

Il grande numero di morti nella prima fase della pandemia non è ancora pienamente spiegabile: sembra logico pensare che una preparazione pandemica adeguata, quale quella citata sopra, avrebbe potuto avere un impatto positivo, così come una diffusa ed esercitata cultura del controllo delle infezioni intraospedaliere, ma anche la disponibilità di attrezzature, DPI, etc., senza trascurare l'aggiornamento alle emergenze del personale sanitario.

Ma bisognerebbe comunque chiedersi: quali istruzioni pandemiche avevano ricevuto i sanitari degli ospedali che sono stati travolti dalla prima ondata epidemica? Questi ospedali avevano piani pandemici?

Erano state condotte le dovute attività di formazione ed esercitazione nella Regione Lombardia? Gli ospedali colpiti dalla prima onda avevano piani di contingenza per l'immediato incremento di letti e personale in casi epidemici?

V'erano sufficienti scorte di DPI e tutto il personale sanitario aveva imparato ad usarle? In ciascun ospedale v'era un comitato per il controllo delle infezioni intraospedaliere? Ed una infermiera addetta al controllo delle infezioni? (attività previste e regolate da quarant'anni!), i colleghi di quegli ospedali erano allenati ed attrezzati per affrontare distress respiratori acuti in alti numeri?

Ma sappiamo bene che non si poteva positivamente rispondere a queste domande alla fine del febbraio 2020, se le risposte non erano state costruite negli anni precedenti!

Non sarei nemmeno oggi in grado di dare stime precise su quante morti sarebbero state evitabili, gli spiragli sulla perizia che sorregge il procedimento bergamasco indicano l'uso di modelli matematici che avrebbero costruito scenari di intervento efficace (chiusure, etc.) alcuni giorni prima che queste fossero realmente implementate: al di là degli innati limiti delle stime basate su modelli artificiali, appare lapalissiano pensare che un intervento precoce avrebbe avuto un impatto positivo sulla mortalità e sulla letalità: un'analisi a posteriori troppo semplice per superare le straordinarie difficoltà e le grandi incertezze che hanno colpito il nostro Paese, come e più del resto del mondo.

Mi sembra difficile parlare di ritardi colposi o addirittura di interventi non attivati per interessi politici: la caccia al colpevole eccita la stampa e parte dell'opinione pubblica, ma non aiuta a costruire l'immediato futuro arricchito da questa tristissima esperienza pandemica.

Assolutamente comprensivo il dolore delle tante persone che hanno perso in modo così tragico i propri cari, quasi sempre perfino privati di un contatto e di un normale funerale. Oltre 170 mila persone strappate alla vita dal Coronavirus: si potevano salvare?

Ogni decesso non è ineluttabile e porta dolore ed incomprensione ai propri cari, ma tradurre immediatamente alcuni di questi decessi in vittime di colpose scelte istituzionali davanti a tanti milioni di morti nel modo appare azzardata conclusione: nel caso lombardo sarà la magistratura a dirci se quest'ipotesi è vera. Appare stridente la differenza tra i decessi del Bergamasco, vittime, mentre le altre decine di migliaia di tutto il Paese sono semplici morti!

Tutti abbiamo sottovalutato il fenomeno, certamente oggi che abbiamo molte più conoscenze avremmo potuto far meglio alcune cose: purtroppo la storia delle epidemie ci ricorda che questo è avvenuto per tante altre emergenze epidemiche, né ci consola il fatto che tutti i paesi del mondo non sono stati capaci di arginare questa pandemia particolarmente aggressiva quale quella vissuta.

L'efficacia delle chiusure per rallentare la diffusione di un virus respiratorio è scientificamente provata?

Sì, gli studi sull'influenza hanno chiaramente dimostrato che alcune misure restrittive sono efficaci per rallentare la diffusione di virus respiratori, anche per il covid vi sono evidenze scientifiche robuste. Ma nessuna misura restrittiva annulla o ferma la trasmissione di questi virus, per questo le chiusure vanno tarate sugli obiettivi che si vuole raggiungere a fronte dei costi umani sociali ed economici incorsi.

Illusorio pensare di fermare la trasmissione di un virus respiratorio: tutti i membri noti di questa grande famiglia virale sono infettanti giorni prima della comparsa di sintomi ed infettano molti individui che non sviluppano alcun sintomo, ma sono ben capaci di infettare gli altri.

Per questo l'ECDC e l'OMS non parlano di eliminazione o controllo, ma si limitano ad indicare l'obiettivo di "Mitigazione" dell'impatto, che nel caso Covid significa per primo limitare il numero di morti e di malattie severe. Ricordo che dai rapporti ISS di quel tempo l'età mediana dei deceduti era intorno agli 80 anni e tutti avevano patologie pregresse severe, ma, purtroppo non mancavano casi di deceduti non anziani ed in buone condizioni. La fiaba del rapido raggiungimento di una Herd immunity che avrebbe stoppato la circolazione virale è un'altra bufala sconsigliata dai fatti.

Riposta inadeguata per personale inadeguato?

Centinaia di migliaia di persone si sono strenuamente impegnate per salvare vite, curare persone, ridurre i rischi, ridurre i danni; tanti hanno sacrificato beni, famiglia molti anche la vita.

Sono scese in campo molte tra le migliori risorse del Paese, sia a livello periferico che a livello Centrale. La risposta ad un inimmaginabile evento è stata costruita con grande fatica: il primo CTS era dotato di eccellenze scientifiche ed operative tra le migliori del Paese, persone che si sono dedicate a tempo pieno per difendere gli italiani dall'aggressione pandemica, anche loro colpiti dalla profonda non conoscenza scientifica di questo maledetto virus.

Questo è avvenuto anche a livello periferico, facendo anche in modo che il secondo CTS, di cui mi onoro aver fatto parte, avesse una strada ben più chiara, nonostante la pandemia infierisse ancora con più forza: la miracolosa rapidissima disponibilità di vaccini a farmaci, frutto di un impegno di ricerca straordinario, ma anche del sostegno ad essa di fondi pubblici di tutti noi cittadini ha spianato la strada ad efficaci azioni di mitigazione che ci hanno permesso di tornare ad una vita normale.

Al di là delle attività giudiziarie il catastrofico terremoto mediatico oggi in corso sta producendo danni che sarà ben complicato riparare. La fuoriuscita di atti riservati dell'indagine giudiziaria (copione già visto?) fino alla pubblicazione di conversazioni e mail private e personali costruisce l'ennesima gogna mediatica che, ben al di là delle legittime procedure, costruisce un clima di grande sfiducia delle istituzioni centrali e periferiche, danneggia persone che ben potrebbero contribuire costruttivamente a migliorare lo stato di Preparedness per il Paese. Un efficace piano pandemico non è soltanto una caserma di pompieri, ma richiede l'attiva partecipazione dell'intero comparto sanitario e, ancor più, di tutta la popolazione. La stessa cui la speculazione mediatica sta dicendo che i migliori tecnici che si gravano delle responsabilità istituzionali sono un'accozzaglia di incompetenti!

E ora che fare?

Molte attività di preparedness sono già in corso, dalla ricerca finalizzata alla sorveglianza genomica; abbiamo il PNNR che offre risorse al Servizio Sanitario specialmente nel suo essenziale livello territoriale.

Abbiamo vaccini e farmaci in continua evoluzione e miglioramento: abbiamo sulla nostra pelle imparato una tremenda lezione. Già abbiamo un piano pandemico influenzale aggiornato 2020-23: approvato ed implementato in tutte le Regioni italiane.

Cosa resta da fare? Il Piano pandemico influenza è in scadenza: è l'occasione per costruirne uno nuovo comprendente un'intensa attiva e disseminata attività di formazione, risorse veramente adeguate a mettere in atto le necessarie azioni, ma, soprattutto, un piano che affronti, come dettato dalla Decisione UE/1082 2013, non soltanto l'influenza, ma tutti i virus respiratori potenzialmente epidemici e che promuova una cultura della preparedness fin dai banchi di scuola. Sarebbe di grande utilità fare veramente una valutazione della risposta italiana alla pandemia Covid: potrebbe dare risultati utili ai nuovi piani, purché sia veramente indipendente e veramente tecnica. Proprio quello cui oggi nessuno sembra interessato! Siamo stati eccellenti per costruire un sistema di protezione civile riconosciuto tra i migliori del mondo: tocca fare lo stesso per preparare il Paese ad affrontare i rischi epidemici.

L'onda di fango mediatico, spero, passerà presto, dopo aver fatto grande disastro: bisogna rimboccarsi le maniche e lavorare perché la catastrofica pandemia sia l'ultima! Certamente altre epidemie e pandemie arriveranno: ma dovranno trovarci preparati solidamente a contrastarle.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111739

THE LANCET

Anafilassi da vaccino e politica di sanità pubblica canadese. Abrams et al. The Lancet.

Elissa M. Abrams, Joseline G Zafack, Shainoor J Ismail, Julie A Bettinger, Kyla J Hildebrand, Matteo C Tunisi.

14 febbraio 2023.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00037-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00037-1)

Per sostenere la politica nazionale di immunizzazione, molti paesi in tutto il mondo hanno istituito gruppi consultivi tecnici per l'immunizzazione nazionale (NITAG). I NITAG fungono da comitati di esperti indipendenti che forniscono consulenza scientifica e formulano raccomandazioni che guidano la politica di immunizzazione e le decisioni programmatiche.

L'OMS considera i NITAG una parte essenziale dei programmi nazionali di immunizzazione e il piano d'azione globale sui vaccini ha raccomandato a tutti i paesi di istituire o avere accesso a un NITAG.

Sebbene ogni NITAG conduca revisioni scientifiche autonome, storicamente c'è stata coerenza tra i NITAG per quanto riguarda l'approccio alle reazioni ai vaccini.

Una grave reazione allergica immediata a un vaccino (come l'anafilassi) è stata considerata una controindicazione a future dosi dello stesso vaccino, poiché le reazioni mediate da Ig-E sono riproducibili alla riesposizione a un allergene. Con il lancio generale del vaccino COVID-19 nel dicembre 2020, ci sono state segnalazioni immediate di anafilassi a seguito della vaccinazione mRNA COVID-19 con un'incidenza di 7,91 casi per milione di dosi.

Ciò ha portato a sollecitare raccomandazioni da parte di molti NITAG secondo cui qualsiasi individuo con una reazione allergica immediata alla prima dose di un vaccino mRNA COVID-19 non dovrebbe ricevere dosi aggiuntive di questo vaccino.

Tuttavia, in un inaspettato allontanamento dai precedenti principi di allergia ai vaccini, sono presto emerse prove che dimostrano che la maggior parte delle persone che hanno manifestato una reazione allergica immediata dopo una prima dose di un vaccino mRNA COVID-19 ha tollerato una seconda dose dello stesso vaccino senza il ripetersi di una reazione allergica. In uno studio retrospettivo su 189 pazienti con reazioni allergiche immediate ai vaccini mRNA COVID-19 (di cui il 17% soddisfaceva i criteri di anafilassi), non si sono verificate gravi reazioni immediate tra i 159 pazienti che hanno ricevuto una seconda dose dello stesso vaccino. In uno studio prospettico su 18 pazienti con una reazione immediata dopo la prima dose di vaccino BNT162b2 (di cui il 37% soddisfaceva i criteri per l'anafilassi), tutti i 18 pazienti hanno tollerato la seconda dose senza o con sintomi lievi e nessun paziente ha richiesto epinefrina.

In uno studio prospettico su operatori sanitari segnalati per possibili reazioni al vaccino BNT162b2, tutti e otto i pazienti con anamnesi di anafilassi hanno tollerato una seconda dose senza alcuna reazione o con una reazione significativamente più lieve; nessuno ha richiesto epinefrina.

In tutti e tre gli studi, il test cutaneo (sul vaccino o sui suoi componenti) è stato eseguito in alcuni pazienti prima della somministrazione completa della seconda dose ed è risultato uniformemente negativo. In una revisione sistematica e meta-analisi di individui che hanno manifestato una reazione allergica immediata alla prima dose di vaccino mRNA COVID-19 (BNT162b2 o mRNA1273, 22 studi; n=1336), il rischio di reazioni allergiche immediate a una seconda dose di Il vaccino a mRNA era molto basso (rischio assoluto 0·16%, IC 95% 0·01–2·94), senza esiti gravi e senza decessi.

Insieme, questa evidenza suggerisce che queste reazioni ai vaccini mRNA COVID-19 sono probabilmente mediate dalle IgE ed è quindi improbabile che si ripetano con la rivaccinazione. Sulla base di questa tendenza coerente nelle prove, il National Advisory Committee on Immunization (NACI; NITAG del Canada) ha aggiornato le proprie raccomandazioni sulla rivaccinazione delle persone con una grave reazione allergica immediata alla prima dose di un vaccino mRNA COVID-19, spostandolo da un contro indicazione alla precauzione.

Questo cambiamento nelle raccomandazioni riflette un cambio di paradigma molto importante nella gestione delle persone con reazioni immediate ai vaccini. A nostra conoscenza, il Canada è stato in prima linea in questo cambiamento, rendendo NACI uno dei primi NITAG ad adottare questo cambiamento nelle raccomandazioni.

NACI ora raccomanda che sia possibile per le persone che hanno manifestato una grave reazione allergica immediata dopo una prima dose di un vaccino mRNA COVID-19 ricevere in sicurezza dosi future dello stesso o di un altro vaccino mRNA COVID-19 in un ambiente controllato dopo aver consultato un allergologo o altro operatore sanitario appropriato.

La Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology ha adottato la stessa raccomandazione.

Questo cambiamento nelle raccomandazioni potrebbe migliorare l'accesso ai vaccini a mRNA, che si sono dimostrati altamente efficaci con un buon profilo di sicurezza tra le persone clinicamente estremamente vulnerabili, come quelle immunocompromesse o con asma da moderato a grave.

Questo cambiamento potrebbe anche avere una particolare pertinenza tra le famiglie con condizioni allergiche, che hanno mostrato esitazione al vaccino COVID-19, in particolare a causa delle preoccupazioni per le reazioni allergiche.

Andando avanti, l'esperienza con i vaccini a mRNA (ad esempio, la comprensione dei diversi fenotipi clinici delle reazioni ad esordio immediato) evidenzia l'importanza di una raccolta continua e standardizzata di dati sulle potenziali reazioni allergiche a tutti i vaccini, con possibili modifiche alla guida.

La pandemia di COVID-19 ha insegnato alla comunità scientifica globale l'importanza della valutazione critica delle prove e dell'adattamento delle raccomandazioni in un panorama in rapida evoluzione.

È anche importante riconoscere che nel contesto di un nuovo vaccino, l'effetto Weber (aumento della segnalazione di eventi avversi entro il periodo successivo all'approvazione normativa con un successivo calo) potrebbe avere un ruolo.

Poiché sempre meno reazioni allergiche vengono attribuite ai vaccini COVID-19, il cambiamento nelle raccomandazioni NACI ha il potenziale per rimuovere gli ostacoli alla vaccinazione e serve da lezione sull'importanza di una costante rivalutazione basata su prove mutevoli e in evoluzione.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00037-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00037-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Club Santé Italie: nelle agende politico-istituzionali un'alleanza virtuosa per le grandi sfide della salute. Il Sole 24 ore

Investimenti in sanità, medicina territoriale, sanità digitale, partenariato pubblico e privato. Queste le priorità discusse oggi a Palazzo Farnese nella prestigiosa sede dell'Ambasciata di Francia in Italia, dai rappresentanti del Governo, ospitati dall'Ambasciatore Christian Masset e da quelli delle aziende di Club Santé Italie: l'associazione senza scopo di lucro che riunisce le aziende francesi del settore della salute e della sanità presenti in Italia, che contribuiscono quotidianamente alla sostenibilità economica e sociale del Paese con circa 12.600 persone impiegate, investimenti pari a € 6.324.628.667 e un fatturato di oltre € 3.774.123.105 nel 2022.

“Le realtà imprenditoriali che afferiscono al Club sono profondamente radicate nel nostro Paese. Sono aziende d'eccellenza che credono nelle sue grandi potenzialità e ne accrescono la competitività a livello internazionale - ha affermato **Marcello Cattani**, presidente di Club Santé Italie, presidente e amministratore delegato di Sanofi per Italia e Malta - Lo spirito con cui apriamo un confronto con i nuovi interlocutori istituzionali è volutamente concreto e costruttivo perché pone al centro temi che sentiamo cruciali per promuovere lo sviluppo e l'innovazione nel settore della salute in Italia e in Europa”.

L'incontro, che ha visto la partecipazione di Valentino Valentini, viceministro Imprese e Made in Italy, Marcello Gemmato, sottosegretario alla Salute e di Alessio Butti, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio per l'Innovazione, è stato fortemente voluto dall'Ambasciatore di Francia **Christian Masset**, in un'ottica di spirito di cooperazione tra i due Paesi e di approccio europeista. “Questo nuovo incontro del Club Santé Italie, che sono felice di ospitare a Palazzo Farnese, dimostra la dinamica comune molto forte avviata dalle aziende francesi e italiane e la loro volontà di far crescere le relazioni economiche tra Italia e Francia nello spirito del Trattato del Quirinale” - dichiara l'Ambasciatore - questi scambi promossi dal Club favoriscono la nascita di nuove partnership tecnologiche e industriali, e permettono alle nostre aziende di partecipare attivamente alla costruzione di un Europa della salute più forte e sovrana “.

Per essere un interlocutore autorevole nel contesto europeo e promuovere progetti e programmi di azione nell'ambito dell'Unione Europea in materia di salute, l'Italia ha bisogno di passare per un progressivo rifinanziamento del sistema che - pure a fronte degli investimenti previsti - vede oggi un gap di oltre il 20% della spesa pro-capite e un profilo decrescente del rapporto tra spesa pubblica e PIL. Questo per evitare il rischio, come segnalato dal XVIII Rapporto CREA Sanità di un “universalismo selettivo” e dell'aumento del divario tra nord e sud.

A questo si aggiunge l'importanza, sottolineata dalle aziende di Club Santé Italie, di investire sulla competitività del Paese in considerazione, anche, del fatto che, per esempio, il settore farmaceutico e dei dispositivi medici in Italia è fortemente penalizzato, a causa dell'impatto finanziario derivante dal meccanismo del tetto di spesa e del *payback*. Misure che andrebbero riviste al fine di rendere il Paese maggiormente attrattivo, anche attraverso la promozione della cooperazione tra pubblico e privato in ottica di attrazione degli investimenti.

Infatti, solo grazie alla riorganizzazione funzionale della sanità, come delineato nella Missione 6 Salute del PNRR, e al rilancio della competitività, sarà possibile rimettere al centro il paziente sempre più anziano e affetto da patologie croniche, per le quali sono necessarie politiche sanitarie globali che promuovano anche l'aderenza terapeutica, i cui impatti sono visibili a livello clinico, organizzativo e di sostenibilità per il SSN.

"Oltre a invertire il trend dei sotto-finanziamenti alla sanità pubblica, commenta **Marcello Gemmato** - cosa che il nuovo esecutivo ha già avviato allocando 7 miliardi di euro sul fondo sanitario nazionale per il prossimo triennio, è cruciale rivedere i modelli organizzativi e gestionali dell'assistenza sanitaria a tutti i livelli, favorendo soprattutto una migliore programmazione.

La chiave è considerare la spesa in sanità non come un onere bensì come fondamentale investimento in salute, in un circolo virtuoso di ottimizzazione delle risorse a beneficio di tutti. Inoltre, per quanto concerne l'assistenza territoriale, - prosegue il Sottosegretario alla Salute- è importante considerare che la continuità della presa in carico del paziente fra ospedale e territorio passa dalla razionalizzazione dei presidi intermedi e di prossimità e dal necessario coinvolgimento della rete dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e delle farmacie. In tal senso, si inserisce con un ruolo centrale anche la telemedicina, che con l'offerta dei diversi strumenti di sanità digitale è in grado di declinare in modo più in concreto il concetto di casa come primo luogo di cura".

Quattro sono in sintesi i temi portati dal Club Santé Italie all'attenzione delle istituzioni presenti:

- Stimolare un contesto sostenibile per gli investimenti in Italia;
- Promuovere partenariati pubblico - privati per favorire uno scenario competitivo e attrarre investimenti
- Potenziare la medicina territoriale e le cure domiciliari;
- Potenziare la sanità digitale per rispondere ai bisogni dei cittadini

In particolare, rispetto al tema degli investimenti in sanità, la proposta del Club Santé Italie è quella di istituire una cabina di regia per la strategia nazionale in ambito sanitario con il Governo, le Regioni e l'Industria con l'obiettivo di studiare soluzioni, quali ad esempio assicurazioni sanitarie da parte delle aziende private e programmi di welfare, in grado di alleggerire la pressione sul sistema pubblico liberando risorse da investire. Allo stesso modo la promozione di partenariati pubblico-privati può migliorare la sostenibilità del sistema producendo innovazione e garantendo efficienza ed efficacia dei servizi pubblici erogati.

In merito poi ai fondi IPCEI, sarebbe importante lavorare alla creazione di un modello virtuoso in grado di stimolare attrazione di investimenti sia nazionali che esteri valorizzando i punti di forza delle aziende."Il settore delle Life Sciences in Italia – commenta **Valentino Valentini** - è un'eccellenza riconosciuta a livello mondiale grazie ad una forza lavoro altamente qualificata, all'ottimo sistema accademico e alla ricerca applicata, con investimenti in ricerca e sviluppo in continua crescita. Il Governo sta investendo fortemente nel settore sia in termini economici, grazie anche al rinnovamento del sistema degli incentivi, sia in termini organizzativi, grazie alla creazione di strutture dedicate a favorire gli investimenti sul nostro territorio".

Attrarre investimenti permetterà anche di attuare una Riforma del modello organizzativo della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, così come delineato nella Missione 6 Salute del PNRR, basata sul rafforzamento dell'assistenza domiciliare, della medicina territoriale, sulla realizzazione di nuovi presidi e strutture sanitarie sul territorio - oltre che sul potenziamento del personale sanitario - della prevenzione e della telemedicina attraverso, anche, la creazione di una piattaforma Nazionale per la raccolta dei dati Regionali. La recente pandemia Covid -19 ha infatti evidenziato la necessità di un cambio di paradigma a beneficio del paziente.

Sempre grazie al PNRR sono state inoltre adottate soluzioni digitali in medicina e nell'organizzazione dei servizi sanitari attraverso l'allocatione di 3,49 miliardi per il periodo 2021-2026. I servizi digitali in sanità saranno sempre più decisivi per garantire un'assistenza accessibile e di qualità. È quindi ora fondamentale garantire una regia istituzionale in tema di digitalizzazione attraverso un tavolo di lavoro tra le istituzioni, le rappresentanze dei professionisti della salute, i pazienti e le imprese dell'innovazione.

“L'emergenza pandemica che il nostro Paese ha dovuto affrontare – commenta **Alessio Butti** - ci ha mostrato con chiarezza quanto sia essenziale investire nella sanità. Con la trasformazione digitale abbiamo oggi l'opportunità di aumentare le nostre capacità di prevenzione e reazione, ottimizzare i costi, ma soprattutto garantire ai cittadini un equo accesso ai servizi sanitari. Da Nord a Sud, ovunque essi si trovino. Per la sanità digitale abbiamo stanziato oltre 2 miliardi di euro dal Pnrr. Sarà ora nostro compito procedere in modo deciso, coinvolgendo tutti gli operatori pubblici e privati, assicurando la sicurezza dei dati e favorendo gli incentivi a sostegno dell'innovazione nel campo della sanità”

La collaborazione e il dialogo tra i diversi stakeholders può stimolare la definizione di standard comuni, favorire l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e promuovere l'efficientamento del Sistema Sanitario Italiano a beneficio dei cittadini e dei professionisti sanitari.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/imprese-e-mercato/2023-03-07/club-sante-italie-agende-politico-istituzionali-un-alleanza-virtuosa-le-grandi-sfide-salute-181918.php?uuid=AEWAvhzC&cmpid=nlqf>



*Liste d'attesa cosa fare quando sono troppo lunghe o bloccate. **Federica Bosco**. Sanità Informazione*

I consigli per aggirare l'ostacolo di liste d'attesa superiori ai termini fissati dalla legge per esami diagnostici e visite specialistiche. Quando sono bloccate c'è Intramoenia con rimborso

Liste d'attesa interminabili, pazienti costretti a sostenere costi importanti per accelerare un esame o una visita specialistica quando la risposta che arriva dall'operatore del CUP è di un'aspettativa di quattro, sei o anche nove mesi. Questa la radiografia di una sanità malata che tutti vorrebbero "guarire", ma, per ora, senza successo. Nessuno, infatti, sembra aver trovato ancora il rimedio giusto da adottare.

Liste d'attesa un'emergenza di tutti

In Lombardia ha provato Letizia Moratti con gli ambulatori aperti di sera e nei weekend, un esperimento che è durato qualche settimana, ma che a fine dicembre si è concluso senza aver riscosso particolari consensi. Guido Bertolaso, chiamato a prendere le redini di un assessorato scomodo, a fine corsa, ha cercato di intervenire con incentivi al personale. La situazione è migliorata, ma a macchia di leopardo: solo in alcuni ospedali, il che ha generato malcontento.

L'appello dei tecnici radiologi del Sacco

È accaduto all'ospedale Sacco dove i tecnici di radiologia hanno scritto alla direzione per cercare di migliorare un servizio che presenta attese dai sei ai dodici mesi anche per pazienti oncologici. «È grave se per una Tac di controllo a collo, torace e addome un malato oncologico deve aspettare fino a settembre – dice Davide Monterisi, tecnico radiologo e rappresentante sindacale -. Lo stesso discorso vale per le ecografie. È tempo che si aprano le agende a 360° soprattutto per i pazienti oncologici».

Fa un appello alla direzione l'esponente sindacale dei lavoratori: «Si cerchi in tutti i modi di superare gli ostacoli, come hanno fatto altre realtà del territorio. A Garbagnate addirittura vengono erogate prestazioni anche di sera», sottolinea.

Le promesse della politica

Nel frattempo, in occasione delle elezioni regionali, le liste d'attesa sono diventate il cavallo di battaglia di tutti, maggioranza, opposizione. E i cittadini, invece, sono rimasti ad aspettare, con il rischio, concreto, di peggiorare la propria condizione di salute.

Le urne hanno dato il verdetto nelle due Regioni più importanti ed allora toccherà al centrodestra mantenere le promesse fatte in campagna elettorale. Sia Attilio Fontana in Lombardia che Francesco Rocca nel Lazio, hanno messo tra le priorità il taglio alle lunghe liste d'attesa. I cittadini comunque hanno la possibilità di "ribellarsi" a questo sistema, ma non tutti lo sanno.

Liste d'attesa interminabili? La legge aiuta

Non tutti, infatti, sanno che la legge ha fissato dei tempi massimi di erogazione: 30 giorni per le visite mediche specialistiche e 60 per gli esami diagnostici. Non solo, per rendere ancora più "veloce" il sistema, il piano per il governo delle liste d'attesa PNGLA, approvato nel 2019, prevede un range entro cui deve essere effettuato l'esame: da 72 ore per le prestazioni urgenti a 120 giorni per quelli programmabili.

Quindi è necessario che su tutte le prescrizioni sia riportato il quesito diagnostico e la classe di priorità in caso di primo accesso. In particolare, le classi di priorità fissate dal PNGLA sono U (urgente) da eseguire entro 72 ore; B (breve) da eseguire entro 10 giorni; D (differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per gli esami diagnostici; e P (programmabile) da eseguire entro 120 giorni.

Quando le liste sono bloccate (o i tempi troppo lunghi) c'è l'Intramoenia con rimborso. I consigli di Cittadinanzattiva

Oltre a tempi di attesa molto lunghi, spesso si sente parlare di liste bloccate, in quel caso è possibile superare l'ostacolo come spiega Cittadinanzattiva, l'associazione di cittadini che sul territorio nazionale contano più di 35 mila iscritti. «Se al momento della prenotazione viene comunicato che le liste sono bloccate è possibile segnalarlo tramite raccomandata alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria, all'Assessorato alla Sanità della Regione e a Cittadinanzattiva per richiedere lo sblocco delle liste e l'applicazione dell'ammenda». Il modulo è scaricabile dal sito di Cittadinanzattiva. Quindi si deve chiamare il CUP per conoscere quali altre strutture possono erogare la prestazione e se i tempi di attesa sono superiori a quelli previsti dal piano PNGLA consultabile sul sito del Ministero della Salute, occorre mettersi comunque in lista d'attesa e poi chiedere l'autorizzazione alla prestazione in Intramoenia senza oneri aggiuntivi, oltre al ticket.

https://www.sanitainformazione.it/salute/liste-dattesa-cosa-fare-quando-sono-troppo-lunghe-o-bloccate/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl170223&utm_content=sif

Cittadini (Aiop): “Le strutture di diritto privato del Ssn sono la soluzione al fenomeno delle liste d’attesa”. Il sole 24 ore

“Una medicina territoriale, sovente, inconsistente e inefficace nel garantire le cure primarie. Una componente di diritto privato del SSN sottoutilizzata rispetto alla propria potenzialità di rispondere alla domanda di salute della popolazione”.

Secondo Barbara Cittadini, presidente nazionale Aiop, l’Associazione italiana ospedalità privata, “il ministro della Salute ha perfettamente inquadrato sia la causa principale sia la soluzione fisiologica al fenomeno delle liste d’attesa”.

Cittadini commenta così l’intervista rilasciata dal ministro della Salute Orazio Schillaci al quotidiano Il Tirreno, e aggiunge di essere “pienamente d’accordo con l’esigenza di controllare l’accesso a prestazioni inappropriate, anche, attraverso il coinvolgimento delle Società Scientifiche, nonché con quella di perfezionare la condivisione delle agende tra le due componenti del Ssn: quella di diritto pubblico e quella di diritto privato”, evidenziando che “le strutture accreditate sono, come sempre, disponibili e pronte a garantire il proprio contributo”.

“Soprattutto – prosegue la presidente Aiop – è assolutamente vero, oltre che significativo e di cruciale importanza, quanto dichiarato dal Ministro rispetto alla percezione che gli utenti hanno dei servizi erogati nell’ambito del SSN: al cittadino non interessa la natura giuridica delle strutture, il paziente vuole ricevere cure tempestive ed efficaci”.

“Apprezzo – conclude Cittadini – la considerazione del Ministro sul tema dell’autonomia differenziata, soprattutto per quanto riguarda la necessità di potenziare il ruolo centrale di controllo e di monitoraggio, con la finalità di avere una sanità con standard elevati ed equa a tutte le latitudini”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/impres-e-mercato/2023-03-06/cittadini-aiop-le-strutture-diritto-privato-ssn-sono-soluzione-fenomeno-liste-d-attesa-105751.php?uuid=AEckMoyC&cmpid=nlqf>

Politica sanitaria europea

quotidianosanita.it

Cosa accadrà nella politica sanitaria europea nel 2023? La parola che si sta usando di più è "policrisi". Grazia Labate. Quotidiano Sanità

Grazia Labate, Ricercatrice in economia sanitaria già Sottosegretaria alla Salute

Sullo sfondo della crisi post pandemia ed energetica, sappiamo che si levano dappertutto voci che hanno una lista pesante di richieste per i governi europei: maggiori risorse e maggiori investimenti per la sanità, per la ricerca, risorse umane e innovazione tecnologica. Un viaggio tra le principali capitali europee e a Bruxelles, con uno sguardo a quello che accade negli Usa, per capire dove sta andando la sanità italiana prima di andare a sbattere.

07 MAR -

Dal 2020 l'Europa è stata caratterizzata dall'ondata pandemica, che ha portato al collasso i sistemi sanitari. In Italia mentre i casi di COVID si accumulavano in Lombardia, e soprattutto nel nord del paese, ci si aspettava che scene simili colpissero tutti i grandi ospedali, specie quelli delle grandi città, ma non è stato solo così. Si sono rivelate tutte le falle di una crisi di sistema che ha fatto emergere la mancanza di una seria cultura della programmazione e della messa in campo di strumenti moderni di organizzazione efficienza e controllo, fino alle incapacità di acquisto non solo di farmaci, ma di dispositivi adeguati, per non dire della carenza di risorse umane di tutto il sistema sanitario che ha evidenziato non solo l'eroismo di chi tra medici ed infermieri ha tenuto botta, a costo della propria vita e di uno stress inimmaginabile, non solo alla Pandemia ma ad una crisi di risorse scarse che covava da tempo.

Dalla medicina ospedaliera a quella territoriale, alle reti informatiche e digitali di comunicazione tra servizi strutture e centri decisionali, ai cittadini rinviati in liste d'attesa che oggi rivelano la tragicità della loro lunghezza, ma anche, l'acuirsi delle patologie pregresse.

Dopo quasi tre anni i sistemi sanitari europei, in piena recessione economica con i suoi picchi inflattivi, con una guerra minacciosa nel cuore dell'Europa, stanno conoscendo la crisi dei loro sistemi di protezione della salute: le code di ambulanze fuori dagli ospedali del Regno Unito, il personale medico e sanitario stanco e senza ricambi dappertutto, la medicina territoriale smarrita e senza prospettive per la carenza di servizi territoriali e domiciliari ridotti al lumicino, liste di attesa interminabili e anziani con malattie croniche e degenerative alla mercè di un badantato spesso in nero e scarsamente qualificato dal punto di vista sanitario e assistenziale. Questo scenario haimè lo stiamo osservando in quasi tutti gli altri paesi dell'Europa a 27.

Sullo sfondo della crisi, sappiamo che si levano dappertutto voci che hanno una lista pesante di richieste per i governi europei: maggiori risorse e maggiori investimenti per la sanità, per la ricerca, risorse umane e innovazione tecnologica. I leader del settore affermano che ciò equivale a un appello a indirizzare la trasformazione di sistemi che per troppi anni sono stati assoggettati a crisi finanziarie difficili e che è tempo di passare a un sistema sanitario "ideale", rispondente alla domanda di salute dei cittadini piuttosto che continuare ad armeggiare ai margini senza andare ai problemi strutturali dei sistemi.

La Policrisi che i sistemi sanitari europei devono affrontare renderà difficile andare alla radice anche se i collassi di sistema ci dicono che abbiamo bisogno di un approccio più radicale. Mentre la Francia sta portando avanti una rinnovata attenzione alla prevenzione, l'Italia ha sospeso il dibattito sulla necessità di trasformazione di un fondamentale: un'importante riforma dell'assistenza primaria.

Mentre la Germania cerca di controllare la propria spesa sanitaria, con la riforma del sistema di pagamento delle prestazioni ospedaliere, DRG, prevista per giugno, il governo spagnolo sta promuovendo cambiamenti pionieristici nella salute riproduttiva.

Oltre oceano, il senatore americano Bernie Sanders, assumerà la presidenza della Commissione salute, politiche sociali e previdenziali del Senato degli USA. L'indipendente del Vermont e sostenitore di Medicare per tutti, assumerà il mese prossimo la presidenza del Comitato per la salute, l'istruzione, il lavoro e le pensioni del Senato, ed il suo programma prevede la supervisione delle principali priorità della politica sanitaria, come il prezzo dei farmaci. Ciò che accade a Washington si sa influenza inevitabilmente la politica europea.

In Francia il problema riguarda il deficit del Conto finanziario della previdenza sociale e si lavora a limitare i costi dei beni e servizi sanitari a carico dello Stato. Il PLFSS ("Legge finanziaria per la previdenza sociale"), del dicembre 2022, entrata in vigore il mese di febbraio, indica un certo controllo decisionale sulla definizione dei costi di rimborso per alcuni trattamenti terapeutici avanzati (AMTP), la maggior parte dei prezzi e delle normative sociali portano molteplici modifiche al sistema sanitario francese. Questo atto offre poca flessibilità per l'interpretazione durante il processo di attuazione. Mentre il CEPS ("Comitato economico dei prodotti sanitari") avrà nell'ambito del PLFSS un potere esclusivo finalizzato al risparmio. Escludendo la spesa per il COVID-19, la crescita del budget per il rimborso dei prodotti sanitari da parte delle assicurazioni è stata limitata a un prudente 3,5% (244 miliardi di euro), in linea con i precedenti obiettivi dell'ONDAM ("Obiettivo nazionale della spesa per l'assicurazione sanitaria").

Proiezioni per il 2023 dicono di un saldo previdenziale nazionale di -7,1 miliardi di euro, e di un deficit di bilancio del 2022 di -18,9 miliardi di euro. I farmaci sono soggetti a maggiori restrizioni. Il bilancio è stato criticato da molti dell'Assemblea nazionale come una minaccia per l'innovazione del settore e una barriera all'accesso dei pazienti. Le uniche novità sono date dai Nuovi servizi di prevenzione e screening per l'anemia falciforme.

La prevenzione è un punto centrale nella strategia di salute pubblica del governo francese. Dal 2023 saranno istituiti "appuntamenti di prevenzione" per i cittadini che raggiungono le tappe fondamentali dell'età (20-25 anni; 40-45 anni; e 60-65 anni). Il programma nazionale di screening neonatale è in espansione, i suoi test sistematici su bambini di 3 giorni in Francia per includere 7 malattie congenite aggiuntive (tra cui omocistinuria [HCY], leucinosi [MSUD] e tirosinemia di tipo 1 [TYR-1]).

Altra raccomandazione dell'HAS ("Alta autorità per la salute"), gli screening per l'anemia falciforme saranno ora condotti anche su tutti i neonati, compresi quelli nelle popolazioni a basso rischio. Questa espansione sarà sperimentata nei prossimi tre anni. L'accesso gratuito e senza prescrizione medica alla contraccezione d'emergenza sarà ora reso disponibile a tutte le donne e i test senza prescrizione medica per le malattie sessualmente trasmissibili saranno completamente rimborsati per i minori di 26 anni. Anche i prezzi del tabacco aumenteranno notevolmente come continuazione del PLNT ("Programma nazionale di controllo del tabacco").

La Francia introduce prezzi di riferimento per i farmaci facendo uno sforzo per migliorare la trasparenza del processo relativo all'accesso al mercato. Ora il CEPS ("Comitato economico per i prodotti sanitari") si aspetta lo stesso dall'industria. In primo luogo, il PLFSS mira a utilizzare le leve di sconto (pagate agli assicuratori sanitari) per incoraggiare ulteriori richieste di rimborso per tutte le indicazioni ammissibili, allontanandosi dalle strategie di richiesta specifiche per indicazione. In secondo luogo, con il nuovo finanziamento ATMP, i pagamenti al produttore saranno ora ripartiti nel tempo, in corrispondenza di traguardi chiave basati su prove concrete dell'efficacia del trattamento anche dopo l'approvazione del rimborso. Infine, con il PLFSS, il CEPS farà introdurre gruppi di prezzi di riferimento e ulteriori requisiti in materia di prove dopo l'approvazione dell'accesso al mercato.

Questo mira a garantire un rimborso proporzionale per i risultati del prodotto e incoraggia l'uso di alternative o generici comparabili più economici. Ciò segue un approccio simile ad altri sistemi dell'UE.

In Germania sono allo studio misure di contenimento dei costi da introdurre. Da tempo uno dei mercati più attraenti dell'UE per i prodotti farmaceutici, la Germania sta adottando misure di contenimento dei costi che avranno un impatto significativo sulle entrate del settore e sulla ricerca e sviluppo nel paese.

Alla luce delle difficoltà finanziarie del sistema obbligatorio di assicurazione sanitaria (GKV), il progetto di legge sulla stabilizzazione finanziaria del sistema obbligatorio di assicurazione sanitaria (GKV) discusso al

Bundestag e al Bundesrat nell'ottobre 2022 mira a distribuire l'onere finanziario tra tutti gli operatori sanitari senza ridurre i benefici per i pazienti. Le modifiche ai prezzi di rimborso significano che il periodo in cui un'azienda farmaceutica è libera di fissare il prezzo per i nuovi farmaci è ridotto da 12 a sei mesi. Il governo tedesco ha anche dichiarato di aspettarsi che le future negoziazioni sui prezzi considerino anche le componenti prezzo-volume.

Nel frattempo, i farmaci orfani saranno soggetti all'intero processo AMNOG (compresa la valutazione HTA) se il loro fatturato annuo supera i 30 milioni di euro – ci sarà un inasprimento dell'attuale limite di 50 milioni di euro che ha suscitato preoccupazioni da parte delle aziende farmaceutiche più piccole, in particolare nel settore delle malattie rare. Le reazioni al disegno di legge sono state contrastanti, con alcune parti interessate che hanno espresso la preoccupazione che il disegno di legge sia una soluzione rapida piuttosto che una soluzione a lungo termine per stabilizzare le finanze di GKV.

Mentre è probabile che il resto del 2023 riveli ulteriori crepe nel funzionamento del sistema sanitario tedesco, il disegno di legge GKV potrebbe avere un impatto più ampio per molti anni a venire. Oltre alla possibile stagnazione della R&S e dell'innovazione all'interno della Germania, il disegno di legge potrebbe influire sui prezzi delle terapie innovative oltre i suoi confini, poiché i prezzi tedeschi sono spesso utilizzati come riferimento sia per i paesi dell'UE che per altri come Canada, Corea del Sud e Giappone.

Vi è inoltre un livello di allerta rosso tra le recenti dimissioni di massa negli ospedali tedeschi, il personale ha sopportato un carico di lavoro così estremo che alcuni non sono stati in grado di prendersi nemmeno una breve pausa o di andare in ferie. In un Paese che spende per la sanità più di quasi tutti gli altri al mondo, questo sta scatenando un diffuso allarme. Il ministro della Sanità, Karl Lauterbach, ha annunciato un piano per spostare infermieri e medici in giro per la Germania per soddisfare la domanda, che è stato definito come "assurdo" dai principali clinici; la Süddeutsche Zeitung ha affermato che il paese stava assistendo a "cosa significa quando un sistema implode".

Il personale medico è sovraccaricato e c'è carenza di medici in tutta la Spagna. La distribuzione delle specialità è "molto caotica" con 18 specialità classificate come "molto carenti" si evidenzia che si tratta di un problema multicausale. Ciò avviene sullo sfondo di un altro problema, molti medici nel sud della Spagna lasciano la zona alla ricerca di migliori stipendi e prospettive, da ciò numerosi scioperi dei medici sono stati programmati.

Verso la fine del 2022, il Parlamento spagnolo ha approvato una pionieristica legge sulla salute sessuale e riproduttiva. Questa legge rimuove un periodo di "riflessione" obbligatorio di tre giorni per le donne che desiderano interrompere una gravidanza ed elimina la necessità per le donne di età compresa tra 16 e 17 anni di ottenere il consenso di un genitore o tutore per abortire, è la prima volta per un paese europeo. Altre modifiche includevano l'indennità di maternità, prodotti mestruali e gravidanze surrogate. La legge è stata adottata con una maggioranza di 190 contro 154 voti e cinque astenuti, anche se i contrari erano risolti nella loro opposizione, come Lourdes Mendez del partito di estrema destra Vox che ritiene che la legge "violi la costituzione e capovolga il sistema di valori della Spagna".

Da noi in Italia il nuovo Governo appare diviso concettualmente sulla salute. Il governo dei partiti di destra recentemente eletto in Italia, formato dai Fratelli D'Italia (Fdi) di **Giorgia Meloni** e dai suoi partner minori la Lega e Forza Italia, ha opinioni diverse sulla sanità. Fdi vorrebbe favorire un sistema più centralizzato ma i suoi partner Lega e FI favoriscono l'autonomia regionale e la privatizzazione, sul modello lombardo, che è finanziato pubblicamente ma sostenuto e governato da un ampio settore privato.

Il sistema di governance italiano consente a specialisti non eletti di servire nel governo come ministri "tecnici", nel senso che non hanno un background politico; questo ha permesso alle parti di concordare un compromesso. Il ministro della Salute **Orazio Schillaci**, che non è affiliato a nessuno dei partiti al potere ha precedentemente fatto parte del comitato scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità come ricercatore, nominato da **Roberto Speranza**, il precedente ministro, che ha alimentato le decisioni sulla salute pubblica del governo del primo ministro **Mario Draghi** durante la pandemia.

Poiché il governo è stato eletto a settembre e ha dovuto approvare un rapido bilancio entro dicembre, non sono stati annunciati nuovi progetti sanitari di riferimento. Resta ancora da vedere quale direzione sceglierà il Governo, che al momento ha preferito concentrarsi sulla bolletta energetica e concentrarsi sulla crisi del costo della vita attraverso il sostegno alle famiglie e alle imprese, aumentando risibilmente il FSN.

Al vaglio pare essere il partenariato pubblico-privato, la questione medica, e le liste d'attesa, ma ancora non si conoscono i provvedimenti inerenti

Secondo la struttura istituzionale e burocratica in vigore dal 1992, i servizi sanitari sono regolati dal Governo, ma le Regioni hanno autonomia di bilancio, di spesa e di erogazione. Ciò ha portato a un mosaico di sistemi locali che hanno optato per vari gradi di privatizzazione. Si è ormai capito che il Modello pubblico-privato lombardo ha portato a uno dei peggiori tassi di mortalità di tutte le regioni durante la pandemia.

Forza Italia di **Silvio Berlusconi** e la Lega di **Matteo Salvini** governano la regione dal 1995 e hanno permesso ai sistemi pubblico e privato di competere per i fondi in base all'efficienza. Lodato come uno dei sistemi sanitari più avanzati in Italia, ha anche significato che le aziende private hanno investito in aree che avrebbero generato maggiori entrate, portando a una riduzione dei posti letto ospedalieri a un depauperamento della prevenzione e dei servizi territoriali ed anche dei dipartimenti di prevenzione dimostrando così una diminuzione della capacità di combattere un'emergenza improvvisa come la Pandemia. Ciò ha probabilmente contribuito agli scarsi risultati dell'area nord occidentale anche rispetto ai vicini Veneto e Piemonte.

I tagli alla spesa nel decennio precedente hanno lasciato debole il sistema sanitario italiano il paese del G7 con il finanziamento sanitario più basso dal 2008, e ciò potrebbe aver contribuito al suo status di paese con uno dei più alti tassi di mortalità nell'UE. La recente legge di bilancio a dicembre ha aumentato la spesa sanitaria di 2,15 miliardi di euro per il 2023 e di altri 2,3 miliardi di euro nel 2024, ma 1,4 miliardi di euro di questo finanziamento andranno a coprire gli alti costi energetici per gli ospedali e il denaro rimanente copre a malapena l'inflazione, quindi non sarà sufficiente per affrontare correttamente alcune delle questioni strutturali da troppo tempo in sospenso.

La carenza di forza lavoro è questione centrale ed al momento sembra peggiorare. C'è una carenza cronica di operatori sanitari.

L'Anao Assomed, il più grande sindacato dei medici in Italia, stima che sulla base delle attuali tendenze di pensionamenti e licenziamenti, entro il 2024 si perderanno complessivamente 40.000 medici specialisti. scarso riconoscimento sociale ed economico, aggressioni e incidenti sul lavoro, fa presagire che più personale potrebbe scegliere di dirigersi verso la porta d'uscita.

I colli di bottiglia nell'istruzione hanno comportato la formazione di un numero di medici inferiore a quello necessario nel sistema, mentre un gran numero di medici è andato in pensione negli ultimi anni.

Alcune misure sono state introdotte dal governo precedente per espandere i posti nelle scuole di medicina e le residenze di formazione, ma ci vogliono ancora alcuni anni prima che il loro impatto si faccia sentire. Inoltre, alcune specialità come medicina d'urgenza, microbiologia e anesthesiologia paiono veramente in crisi per la scarsa scelta degli specializzandi. Il nuovo governo ha abrogato il regolamento di esclusione dal lavoro dei sanitari non vaccinati per sopperire alla carenza cronica di partenza, naturalmente aprendo un varco alla loro base scettica sul COVID.

Come nel Regno Unito, ciò ha portato a ricorrere a medici contrattattisti (chiamati medici "token" in Italia).

Schillaci ha riconosciuto che in una certa misura, rendere certe discipline più attraenti per specializzarsi e fermare l'esodo verso il settore privato richiederà una migliore revisione delle modalità formative e specialistiche delle facoltà di medicina ma anche della retribuzione nonché di nuove norme più flessibili nell'organizzazione del lavoro. Mi pare che vi sia una sospensione da parte del governo sulle riforme delle cure primarie, ancorchè il problema delle cure primarie in Italia è stato esacerbato dalla pandemia.

Abbiamo notato in precedenza che il Piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR della Commissione europea includeva 7 miliardi di euro di finanziamenti verso centri sanitari locali noti come "case della comunità", in cui l'assistenza primaria sarebbe supportata da strutture di laboratorio potenziate per test e diagnostica, potenziando le capacità di screening e riducendo la pressione sugli ospedali e i costi a lungo termine.

Schillaci ha segnalato che questa potrebbe non essere la soluzione. Il governo prende tempo e quindi questo aspetto dovrà essere ancora valutato. Poiché il denaro del PNRR è ancora in gran parte non speso, ed è l'unico denaro "aggiuntivo" disponibile, ciò che il governo Meloni sceglierà di fare con questo sarà significativo per l'SSN.

Intanto a Bruxelles la Commissione europea ha stilato per il secondo trimestre del 2023 un piano per la salute mentale. Il capo della sanità dell'UE **Stella Kyriakides** aveva precedentemente commentato in ottobre

che la Commissione sta aiutando gli Stati membri a riformare i sistemi di salute mentale e ha stanziato più di 28 milioni di euro per azioni di salute mentale nell'ambito del programma EU4health degli ultimi tre anni. Al momento non è noto cosa la Commissione intenda con la sua strategia per la salute mentale, ma - sulla base del discorso sullo stato dell'UE della presidente Ursula von der Leyen sembra essere una priorità sanitaria assoluta per i prossimi mesi visto le problematiche anche di long covid che si stanno evidenziando dopo la pandemia.

Il Consiglio europeo deciderà la tempistica per la transizione dei dispositivi medici. Entro la fine dell'anno, i ministri della Salute voteranno formalmente sulla proposta della Commissione europea di estendere la scadenza per il periodo di transizione del regolamento sui dispositivi medici (MDR) dal 2024 al 2027, a seguito delle preoccupazioni che i ritardi nell'attuazione del regolamento stanno creando carenze di dispositivi utilizzati dai servizi sanitari.

Anche sui medicinali per le malattie rare e sui farmaci

Seguendo un percorso simile di ritardi, la revisione della legislazione farmaceutica 2022, non è stata ancora attuata. La Commissione afferma che il nuovo quadro giuridico garantirà l'accesso a farmaci di qualità e a prezzi accessibili ma, nella sua risposta alla consultazione pubblica sulla revisione, la Federazione europea delle industrie e delle associazioni farmaceutiche (EFPIA) sostiene che garantire un accesso più rapido ed equo "non può essere raggiunto attraverso la revisione della legislazione e un quadro di incentivi", deve invece essere affrontato attraverso la comprensione delle cause profonde delle parti interessate e delle barriere di accesso per la ricerca congiunta di soluzioni a questi ritardi.

Come si può notare tutta l'area dell'Unione è attraversata da tensioni non indifferenti sui sistemi sanitari con tensioni e problematiche ancor più forti nei paesi di recente ingresso soprattutto quelli dell'area est, ma anche i paesi cosiddetti frugali non se la passano bene se pensiamo che la **Svezia** sta rivedendo le forme di compartecipazione dei cittadini al sistema ed anche **Norvegia, Danimarca e Olanda** escono provate dalla vicenda Covid soprattutto sulle problematiche delle risorse umane per fenomeni pesanti di burnout e di carenze di figure professionali quasi come se il settore della salute stesse perdendo di attrattività nonostante in quei paesi gli stipendi siano molto più elevati a parità di funzione dei nostri.

La vicenda della politica sanitaria ha rivelato con la pandemia tutta la sua complessità non solo di natura economica e sociale ma quanto essa chiami in causa una strategia di circolarità e appropriatezza di diverse politiche, dall'ambiente al territorio, dalla agricoltura all'industria, dalla formazione alla ricerca, dalla pubblica amministrazione alle nuove modalità dell'organizzazione manageriale e responsabilizzante dei servizi pubblici, dalla informatizzazione alle infrastrutture digitali e alle reti, senza la quale i provvedimenti rischiano di essere toppe che non riescono a riparare più i buchi.

L'obiettivo è grandissimo da raggiungere, salute in ogni politica e circolarità strategica delle decisioni, verificandone l'impatto sulla salute e sul benessere dei cittadini.

Posso dire che non mi appassiona più un vetusto quanto inutile problema di antagonismo ideologico sul rapporto pubblico/privato, su riforme e controriforme, su più risorse e meno risorse.

Non possiamo far finta di non sapere o non vedere che con l'enormità di debito pubblico sulla schiena, una elevata evasione fiscale, disuguaglianze macroscopiche sul terreno della salute, siamo al punto che solo se andiamo in intramoenia, riusciamo a fare visite specialistiche e controlli diagnostici il problema non è spremere il limone già senza succo e cioè lavoratori dipendenti, pensionati, ceti medio ma drenare risorse da chi fa superprofitti anche con la crisi energetica, chi specula finanziariamente, chi ha grandi patrimoni, sono certa che 5 miliardi all'anno per tre anni riusciremmo a trovarli così redistribuiremmo ricchezza e i carichi fiscali si porterebbero in equilibrio per davvero.

Ma se portiamo a tre le aliquote Irpef con piccoli ritocchi, solo facendo un po' di razionalizzazione sulle svariate detrazioni esistenti, come pare proporre il ministro **Giorgetti** dell'economia non risolveremo il problema Numero 1 della sanità italiana, e cioè quell'articolo 32 della Costituzione sarà sempre in pericolo perché l'universalità del diritto presuppone alla sua base l'equità fiscale che non c'è.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111768

8 marzo. I camici rosa fanno marciare il Ssn, la maggioranza dei medici in attività sono donne. Quotidiano Sanità

Dei 329.263 medici under 69 anni, e quindi potenzialmente in attività nel Ssn, il 52% sono donne. Sono la netta maggioranza anche nelle fasce di età sotto i 55 anni: tra i 40 e i 44 anni sono quasi il doppio dei colleghi uomini. Solo tra gli over 55 la tendenza si inverte, con una sostanziale parità sino ai 59 anni. Solo tra gli over 60 c'è una netta maggioranza maschile che spopola anche tra gli odontoiatri. Anelli (Fnomceo): "Occorrono modelli organizzativi adeguati e sicurezza sul lavoro"

08 MAR – Altro che Dottor Kildare, Dottor House, se nell'immaginario collettivo, corroborato da esempi letterari, cinematografici e di fiction, a indossare il camice bianco è quasi sempre un uomo, almeno in Italia, la realtà è diversa e i medici sono ormai in maggioranza donne. Un'onda rosa inarrestabile che avanza anche nelle specialità mediche da sempre di appannaggio del mondo maschile.

Dei 329.263 medici con meno di 69 anni, e quindi potenzialmente in attività nel Servizio sanitario nazionale, il 52% ossia 170,686 sono donne. Le donne sono la netta maggioranza in tutte le fasce di età sotto i 55 anni: tra i 40 e i 44 anni sono quasi il doppio dei colleghi uomini.

Tra gli over 55 la tendenza si inverte, con una sostanziale parità sino ai 59 anni e con una netta maggioranza maschile al di sopra dei 60 anni, dove il gap a favore degli uomini si allarga al crescere dell'età. Tanto che, se guardiamo il totale di tutti i medici iscritti agli albi, compresi coloro che non esercitano più la professione, in vantaggio sono, invece, ancora gli uomini: 221.584 contro 188.355 medici donna, il 54% del totale.

A confermare l'avanzata inarrestabile sono i dati elaborati anche quest'anno, in occasione dell'8 marzo, dal Ced della Fnomceo, la **Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**.

In questo scenario fanno però eccezione gli Odontoiatri: la maggioranza sono uomini: 45696, contro 18513 professioniste. Ma attenzione, anche in questo caso se guardiamo alle fasce più giovani, siamo quasi in parità: tra i 25 e i 29 anni sono 1.615 gli uomini, 1540 le donne.

Tra le specialità mediche a netta prevalenza femminile troviamo ancora le "tradizionali" ginecologia e pediatria.

Ma c'è anche qualche "sorpresa": nella fascia tra i 30 e i 50 anni, ad esempio, le anestesiste rianimatrici sono 2.667, a fronte di 1.720 colleghi uomini. Le chirurghe pediatriche, nella stessa fascia, sono il doppio dei colleghi (120 contro 62); in crescita anche, tra le generazioni più giovani, le chirurghe generali, 919 verso 1.238 uomini, plastiche, toraciche, vascolari, anche se gli uomini sono sempre la maggioranza.

Sempre nella stessa fascia 30-50, le cardiologhe sono 136 contro 261 uomini; il rapporto si inverte se guardiamo alla cardiologia, specialità 'al femminile' con 1.622 professioniste e 1.431 dottori. Una vera e propria carica è quella delle giovani geriatriche, 1.029 a fronte di 331 colleghi coetanei, delle fisiatriche under 50, 898 contro 484 uomini, delle interniste, 1.690 verso 938, delle neuropsichiatre infantili, 777 a 113, delle reumatologhe, 414 verso 160. Anche le oncologhe, sempre considerando la stessa fascia d'età, doppiano i colleghi maschi, essendo rispettivamente 769 e 312, e così le infettivologhe, 364 e 155. Specialità a prevalenza maschile, anche tra i più giovani, restano ortopedia, urologia, neurochirurgia.

"Nel nostro Servizio sanitario nazionale le colleghe sono ormai la maggioranza - commenta il Presidente della Fnomceo, **Filippo Anelli** – soprattutto nelle fasce di età più giovani. I modelli organizzativi, gli orari di lavoro devono sempre più tener conto di questa realtà. Non è accettabile, ad esempio, che, come rilevava lo scorso anno un sondaggio del sindacato Cimo-Fesmed condotto su un campione di 1.415 dottoresse, il 75% delle assenze per maternità non venga coperto. Questo significa che ogni gravidanza va irrimediabilmente a pesare sulle spalle dei colleghi che rimangono in servizio, che oltre a doversi occupare di un carico di lavoro già estenuante, devono colmare il vuoto lasciato dalla collega legittimamente a casa. Questo innesca un circolo vizioso fatto di sensi di colpa, di discriminazioni, di carriere bloccate".

Occorre, ancora una volta valorizzare i professionisti, conclude Anelli: “Bisogna prevedere modelli organizzativi che permettano a uomini e donne di conciliare i tempi di lavoro con quelli della vita privata e della famiglia. Occorre, infine, investire sulla sicurezza. Il 12 marzo celebreremo la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari. A Bari presenteremo i risultati di una survey condotta su 700 medici che dimostra, ancora una volta, come i medici non si sentano e non siano al sicuro”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=111789

Riforma fiscale e sanitaria

quotidianosanita.it

La riforma del fisco e la sanità. Quotidiano Sanità, Ivan Cavicchi

Ivan Cavicchi

Giocare con il fisco per la Meloni su questioni delicate come il diritto alla vita (non solo alla salute) oggi può essere rischioso e pericoloso. Non credo che oggi in questa società sempre meno di “pazienti” e “sempre più di “esigenti” passerebbe impunita socialmente una discriminazione fiscale che fa campare di più i ricchi e di meno i poveracci.

20 MAR - La settimana scorsa a Rimini, congresso della Cgil, la presidente del consiglio Meloni ha definito la sua riforma fiscale come uno strumento fondamentale per lo sviluppo dell'economia.

Anche per questo governo, quindi, il fisco rientra nella famosa “teoria delle leve” di Archimede anche se la leva in questione è quella tributaria usata per ri-sollevare il mondo certo ma quello dell'economia.

Secondo la teoria keynesiana la spesa pubblica attraverso il fisco può sostenere l'economia nei momenti di crisi economica. Ma si può sollevare con il fisco l'economia sacrificando sempre con il fisco i diritti e la sanità pubblica?

La domanda delle 100 pistole

Il fisco oggi è alla base delle più grandi contraddizioni che contrappongono l'economia e la sanità pubblica. La “grande marchetta” era incentivata con il fisco, il Job act di Renzi anche. Il famoso “trappolone” di cui ho parlato su queste pagine qualche anno fa ([QS 3 aprile 2017](#)). La domanda politica che pongo è laconica e perentoria: vi sta bene che per sollevare le sorti dell'economia il governo Meloni continui a usare il fisco contro l'art. 32 della Costituzione e contro il Ssn? O al contrario pensate che bisogna farla finita di usare il fisco contro la sanità pubblica e se sì quali proposte?

Il fisco contro i diritti

In queste settimane, su questo giornale, ho sostenuto la possibilità di rifinanziare in modo straordinario la sanità pubblica attraverso una riforma del rapporto pubblico/privato prendendo i soldi che ci servono tanto dalla grande marchetta della Bindi che dal trappolone di Renzi. E' del tutto evidente che la mia proposta ha senso se il governo Meloni cogliendo l'occasione della riforma fiscale decide di mettere le mani negli sgravi fiscali e di cambiare musica. Ricordo che gli sgravi fiscali sono esoneri o agevolazioni di cui possono usufruire determinate categorie di cittadini in relazione al pagamento delle tasse. Seppur in maniera indiretta gli sgravi fiscali assolvono una funzione di finanziamento perché favoriscono nuovi investimenti, stimolano la

formazione del risparmio ed incentivano il consumo di determinati beni. Nel caso della sanità però gli sgravi fiscali al privato hanno giocato tutti contro la sanità pubblica che, ormai, in molte regioni è diventata sostanzialmente minoritaria. L'uso del fisco a favore dell'economia ha già determinato fin dagli anni '90 un cambio nella natura pubblica del sistema sanitario. Non è così? Dimostatemi il contrario.

Privatocrazia

Chiara Cordelli è una filosofa che lavora in America in una prestigiosa università ed è l'autrice di un bel saggio sulla privatocrazia (Mondadori 2022) Secondo lei i confini tra il pubblico e il privato sono sempre più indefiniti e il ruolo dello Stato moderno, nato per separare pubblico e privato, è cambiato profondamente negli ultimi anni e ha subito radicali trasformazioni nel modo di governare e amministrare la cosa pubblica.

La privatocrazia è praticamente la privatizzazione dello Stato. In questo Stato, dice la professoressa Cordelli, la privatocrazia rischia alla fine di mettere in discussione la stessa legittimità dello Stato compromettendo la ragione fondamentale della sua esistenza.

Questo discorso per noi della sanità calza a pennello. In sanità la privatocrazia sta di fatto contro-riformando la Costituzione quindi l'art. 32 che, come ho detto in "Sanità pubblica Addio", quindi nel forum in corso, a partire dagli anni '90 è stato degradato da diritto fondamentale a diritto potestativo. Per mezzo del fisco in Italia si sta contro-riformando il SSN quindi i principi di uguaglianza di solidarietà che dovrebbero essere alla base del nostro sistema sanitario ma anche alla base di ogni ordinamento fiscale.

Gli effetti distorsivi degli sgravi fiscali sulla sanità

Io penso che se davvero abbiamo a cuore le sorti del SSN oggi prima di tutti l'opposizione di governo dovrebbe porre con grande serietà il problema degli effetti distorsivi degli sgravi fiscali sulla sanità pubblica e sul diritto fondamentale alla salute.

La sanità a causa dell'espansione del privato ha evidenti problemi di sostenibilità e a causa di tali problemi, nella crisi data, essa non va dimenticato ha dovuto subire i tagli lineari.

Quindi gli effetti economici degli sgravi fiscali oggi chi li subisce per prima è la sanità pubblica cioè gli operatori e i cittadini. Il governo Meloni secondo me sbaglierebbe di grosso se nella sua riforma fiscale si preoccupasse solo degli effetti economici degli sgravi fiscali trascurando del tutto gli effetti di questi sgravi fiscali sulla costituzione sulla sanità pubblica e sulle persone più deboli. Ma l'opposizione sbaglierebbe di più se sugli effetti degli sgravi fiscali sul diritto alla salute non facesse una battaglia

Effetto di sostituzione

Gli economisti a proposito di imposte lo chiamano "effetto di sostituzione"

Gli sgravi fiscali al privato non sottraggono solo risorse alla sanità pubblica ma attraverso "l'effetto di sostituzione" modificano il sistema pubblico quindi la funzione dello Stato esattamente come dice la professoressa Cordelli mettendo in crisi i più elementari principi costituzionali.

Questo fisco almeno sino ad ora non è stato per niente amico dei diritti ma è stato soprattutto amico degli interessi privati. Grazie all'effetto di sostituzione degli sgravi fiscali la privatocrazia modifica ontologicamente "il bene" in questione quindi i comportamenti dei cittadini fino a sostituire il diritto alla salute con l'utilità economica. Se con la riforma fiscale della Meloni non si correggerà il tiro avranno diritto ad essere curati solo quei cittadini chi il diritto se lo potranno comprare.

Ma chi non se lo potrà comprare si dovrà accontentare della carità di stato cioè di un servizio pubblico residuale. Gli sgravi fiscali alla sanità privata inseriscono di fatto un cuneo fra il diritto e il reddito con effetti allocativi molto pesanti fino a far coincidere il diritto con il reddito.

La responsabilità dell'intellettuale è sociale

Io sono molto grato ad Asiquas per i suoi ripetuti articoli sulla questione pubblico e privato, come sono grato al mio amico Palumbo per la sua analisi sullo stato della sanità integrativa fatta nel forum in corso, così sono grato a Gimbe per i suoi interessanti report.

Tuttavia con una riforma fiscale alle porte io credo che non basti più raccontare il panorama che vediamo viaggiando in macchina in autostrada. Credo che come intellettuali ci dobbiamo prendere la responsabilità sociale, direbbe Gramsci, di entrare nel merito e di fare proposte.

Basta riempirci di dati di grafici di istogrammi se non ci prendiamo la responsabilità di usare la nostra conoscenza per cambiare quello che ci sta minacciando.

A che serve tanta conoscenza se poi non siamo in grado di usarla? In sanità a meno di negare il valore della Costituzione non possiamo tollerare che prevalga la privatocrazia e meno che mai possiamo tollerare che a decidere il gioco sia paradossalmente il fisco.

Se tolleriamo questo è finita. Il fisco anche se per aiutare l'economia non può andare contro la costituzione. Esso non può negare i diritti delle persone. Il fisco non può negare e per giunta contro la sanità pubblica i suoi principi regolatori vale a dire sia il principio di uguaglianza che quello di solidarietà.

Conclusione

La riforma del '78 ha detto chiaramente che la mutualità è libera ma altrettanto chiaramente ha detto che chi la vuole se la paga di tasca propria. Perché lo stato deve pagare la sanità privata ai cittadini più abbienti quando garantisce a tutti i cittadini una sanità pubblica universale? Solo la privatocrazia fa il contrario. Ma se lo Stato diventa privatocratico come in sanità che Stato sarebbe?

Oggi il governo Meloni deve decidere o rifinanzia i diritti rompendo con la privatocrazia o rifinanzia la privatocrazia ma sapendo di fare la festa alla sanità pubblica. Giocare con il fisco per la Meloni su questioni delicate come il diritto alla vita (non solo alla salute) oggi può essere rischioso e pericoloso.

Non credo che oggi in questa società sempre meno di "pazienti" e "sempre più di "esigenti" passerebbe impunita socialmente una discriminazione fiscale che fa campare di più i ricchi e di meno i poveracci.

Molto quindi dipende da quello che farà l'opposizione. Staremo a vedere. Su una discriminazione del genere l'opposizione contro il governo di destra davvero dovrebbe fare le barricate. Ma le farà?

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112177

quotidiano**sanita**.it

Impatto della pandemia e spesa sanitaria: scenari possibili e la sfida per il Governo Meloni. Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci. Quotidiano Sanità

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASISQUAS, Docente DISSE, Università "Sapienza", Roma.
Andrea Vannucci, Socio QASISQUAS, Docente di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM UNISI

Se si concepirà il sistema sanitario esclusivamente come un costo del nostro sistema di welfare e non come un volano per lo sviluppo, non andremo lontano. Speriamo, e vogliamo avere fiducia, che pregiudizi ideologici, povertà di visione o concessioni ad interessi che non rispondono al bene comune non abbiano agio su considerazioni politiche più meditate, oculate e lungimiranti

08 MAR -

"The Lancet" e la gestione internazionale della pandemia.

Nel recentissimo articolo apparso su "The Lancet", dal titolo "Trattato sulla pandemia dell'Oms: le promesse di equità vanno mantenute", a cura del gruppo di ricerca redazionale "[La salute globale](#)" di "The Lancet" si afferma – senza mezzi termini - che la risposta globale al COVID-19 è stata un fallimento.

"Al 21 febbraio 2023, ci sono stati più di 750 milioni di casi e 6,8 milioni di decessi attribuiti a COVID-19. Nazioni un tempo ritenute ben [preparate per le pandemie](#), come gli Stati Uniti e il Regno Unito, hanno subito centinaia di migliaia di morti in eccesso. Quando arriverà la prossima pandemia, il mondo dovrà fare di meglio".

Nell'articolo si fa riferimento all'accordo dell'OMS sulla prevenzione, la preparazione e la risposta alla pandemia (WHO CA+) quali prime proposte e raccomandazioni su cosa potrebbe essere meglio.

Per altro le discussioni sul WHO CA+ sono iniziate nel dicembre 2021: l'Assemblea Mondiale della Sanità ha istituito un Organo di Negoziazione Intergovernativo (INB) per redigere e negoziare un accordo di preparazione all'evoluzione della pandemia e/o a nuove minacce per la salute pubblica.

[La prima bozza pubblica del WHO CA+](#) è stata rilasciata il 1° febbraio 2023 e l'INB si è ulteriormente riunito dal 27 febbraio al 3 marzo di quest'anno per negoziare e implementare ulteriormente la prima bozza.

Nel documento editato il 1° febbraio scorso, intitolato "Zero draft of the WHO CA+ for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its fourth meeting WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response" ("WHO CA+") vengono indicate le Raccomandazioni per le politiche nazionali sanitarie e "One Health", ripreso nell'articolo intitolato "[Covid. Oms: "Pandemia gestita in modo catastrofico in termini di equità e solidarietà". Pronta la "bozza zero" di una convenzione "vincolante" per condividere tecnologie, dispositivi medici, farmaci e vaccini](#)", di Cesare Fassari, a cui per brevità facciamo riferimento. Comunque la chiave per un accordo significativo sarà rilanciare l'obiettivo dell'equità.

Durante la pandemia di COVID-19, le nazioni ricche hanno accumulato scorte di vaccini, dispositivi diagnostici e dispositivi di protezione individuale, a scapito delle nazioni meno ricche.

La bozza dell'OMS CA+ riconosce che questa iniquità è stata un "fallimento catastrofico", e sottolinea la necessità di raggiungere una maggiore equità nelle risposte future.

OCSE e "Health Care"

Nel documento "[Health care financing in times of high inflation](#)" febbraio 2023, l'OCSE afferma che " ... la risposta alla pandemia ha aumentato la spesa sanitaria nei Paesi OCSE nel 2020 e 2021, evidenziando al contempo la necessità di ulteriori investimenti per difendersi da shock futuri. I Paesi OCSE si trovano ora a

dover far fronte a richieste concorrenti sulle finanze pubbliche, mentre l'inflazione è al livello più alto degli ultimi decenni. “

La situazione economico finanziaria nei Paesi OCSE è caratterizzata da:

- Una spesa sanitaria nei Paesi OCSE durante la pandemia aumentata in media di circa l'1% sul PIL. I Governi sono dovuti intervenire per coprire i costi impreveduti della sanità pubblica e delle cure. Gli interventi realizzati non sono stati sufficienti e la pandemia/sindemia ha evidenziato la necessità di ulteriori investimenti per rafforzare la capacità di resistenza dei sistemi sanitari dei Paesi OCSE per un ulteriore 1,4% sul PIL rispetto ai livelli pre-pandemia.
- Le conseguenze della guerra tra Russia e Ucraina con un aumento dei costi energetici, per altro già in tendenziale crescita, con conseguenti pressioni inflazionistiche sulle economie nazionali dell'OCSE, che hanno impattato sul costo dell'assistenza sanitaria, nonché sulla capacità di recuperare i livelli precedenti dei servizi e di affrontare in modo soddisfacente l'enorme arretrato di cure dovuto alla pandemia.
- La spesa pubblica complessiva limitata e con crescenti difficoltà per aumentare o destinare quote maggiori dei bilanci pubblici ai sistemi sanitari nazionali, che comunque si sono consolidati intorno al 12% del PIL in media nell'OCSE (in Italia siamo al 7,1 di FSN e al 9% di spesa sanitaria totale pubblica e privata). Spesa sanitaria che sarebbe necessario aumentare di un altro 5% entro il 2040 per far fronte ai bisogni di salute delle popolazioni. I Governi dovranno riesaminare i modi per tagliare gli sprechi e rivalutare i “basket” delle prestazioni.

I Paesi OCSE e la pandemia

Quanto sopra come conseguenza della pandemia di COVID-19 che ha messo sotto stress senza precedenti i sistemi sanitari, le economie e le società di tutto il mondo.

Nei soli Paesi OCSE alla fine del 2022 abbiamo avuto all'incirca 420 milioni di casi sui 750 milioni globali e circa 3,2 milioni di decessi da COVID-19 sui 6,8 milioni globali.

In rapporto al 2020 nel 2021 si è registrato mediamente un aumento del 14% dei decessi rispetto agli anni precedenti alla pandemia.

La spesa sanitaria nei Paesi OCSE è aumentata dell'1% sul PIL, in media, in quanto tutti i Governi hanno allocato risorse importanti per tracciare il virus, aumentare la capacità del sistema, sviluppare opzioni di trattamento e, infine, distribuire i vaccini alla popolazione.

Effetti indiretti sull'assistenza sanitaria si sono registrati per lo sviluppo della pandemia: sono state perse/cancellate visite dei medici di medicina generale e degli specialisti, sono stati rinviati interventi chirurgici elettivi e bloccati gli screening per il cancro.

Nello stesso periodo sono aumentati in modo rilevante i bisogni di assistenza per la salute mentale con una forte componente dei soggetti in giovane età.

Pandemia e sindemia

Il PIL mondiale ha registrato un andamento al ribasso nel secondo trimestre del 2022 e la produzione è diminuita nelle economie del G20, anche se la crescita è ripresa nel terzo trimestre del 2022.

Gli indicatori economici tratteggiano uno scenario più lungo di crescita debole a prezzi elevati.

Necessariamente questi trend macroeconomici condizioneranno le risorse disponibili nei vari Paesi per finanziare la spesa sanitaria pubblica e privata, nonché i costi di erogazione dei servizi sanitari.

I Paesi OCSE stanno ancora affrontando gli effetti del virus:

- Continuare le campagne vaccinali per il covid-19 per i gruppi vulnerabili della popolazione;
- Affrontare gli arretrati nell'assistenza e rispondere alla domanda di altri servizi sanitari;
- Cercare di rafforzare la resilienza dei loro sistemi sanitari nella prospettiva di probabili future crisi sanitarie.

Per altro le speranze di un ritorno a condizioni economiche più stabili nel 2022 sono state condizionate dalla guerra della Russia contro l'Ucraina e dalle difficoltà delle catene di approvvigionamento, che si sono aggiunte agli effetti della pandemia. Ne è derivata una pressione al rialzo sui prezzi, soprattutto per l'energia e i generi alimentari, portando l'inflazione a livelli non più verificatisi da decenni in molti Paesi OCSE.

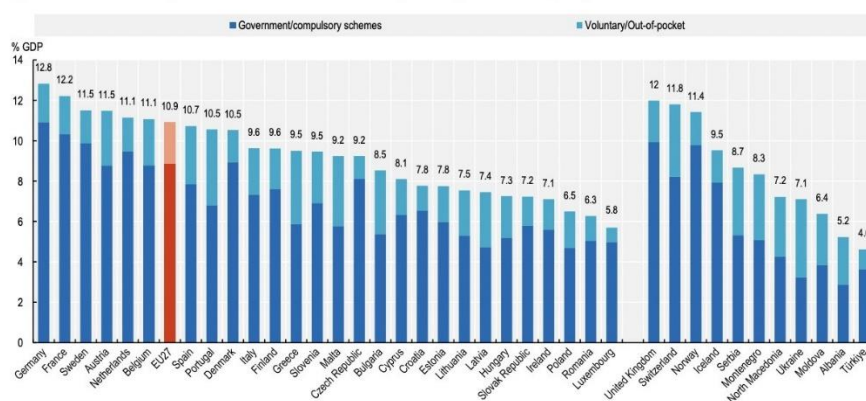
La spesa sanitaria nei Paesi OCSE

Per altro la spesa sanitaria nei Paesi OECD negli ultimi 15 anni è cresciuta mediamente in modo costante attestandosi ad un livello superiore a quello dell'inflazione globale, con due picchi durante la crisi finanziaria globale (2008) e durante la pandemia. Occorre verificare se sarà possibile mantenere questa tendenza in periodi di alta inflazione.

Infatti se la crescita della spesa sanitaria dovesse superare l'inflazione, come nel periodo 2010-19 (dopo la crisi finanziaria globale del 2008 e prima della pandemia 2020), del 2,2%, questo determinerebbe un tasso di crescita nominale medio dell'11% nei Paesi OCSE nel 2022/23.

Sarebbe un aumento significativo rispetto ai trend storici e superiore alla stessa spesa sanitaria nel 2020/21, all'apice della pandemia. La crescita della spesa sanitaria nominale dovrebbe raggiungere in media l'8,8% per eguagliare il picco dell'inflazione. In Italia per il FSN si prevede un finanziamento inferiore dell'1-2%, vedi dati NADEF 2022-23.

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



Note: The EU average is weighted.

Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Pandemia e spesa sanitaria

La crisi della sanità pubblica in Italia, ma anche negli altri Paesi OCSE, ha evidenziato la necessità di investimenti intelligenti per rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari - per proteggere la salute delle popolazioni, rafforzare le infrastrutture sanitarie e sostenere gli operatori in prima linea - fornendo ai singoli Paesi l'agilità necessaria per rispondere non solo all'evoluzione delle pandemie, ma anche ad altri possibili shock, sia naturali che causati dall'uomo.

“I ritorni sugli investimenti vanno ben oltre i benefici diretti per la salute. Sistemi sanitari più resistenti sono alla base di economie più forti e resilienti - consentendo di ottenere sostanziali benefici economici e sociali, evitando la necessità di misure di contenimento severe e costose in caso di crisi future con società più sane e meglio preparate” (Morgan, D. e C. James (2022), "[Investire nei sistemi sanitari per proteggere la società e rilanciare l'economia: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates](#)", OCSE Health Working Papers, No. 144, OCSE Publishing, Paris, OCSE (2023).

Le stime di massima dei costi sono pari all'1,4% del PIL (con variazioni tra lo 0,6 e il 2,5% nei diversi Paesi dell'OCSE) nel contesto della situazione pre-pandemica, rispetto alla spesa sanitaria del 2019.

Solo il rafforzamento degli operatori sanitari, che lavorano in prima linea, rappresenta più della metà della spesa, in media, pari a circa lo 0,7% del PIL.

Per contro la spesa aggiuntiva per la prevenzione si stima che dovrebbe a sua volta essere pari al 0,3%, mentre gli acquisti di attrezzature di base e il migliore sfruttamento delle informazioni sanitarie dovrebbero incidere per un altro 0,4% del PIL, in media.

Tra la crisi finanziaria globale e la pandemia, in effetti la crescita della spesa sanitaria nei Paesi OCSE è stata pari alla crescita economica, in termini reali.

Un trend basato sul livello degli investimenti aggiuntivi necessari per rendere i sistemi sanitari più resilienti porterebbe a un aumento del rapporto spesa sanitaria/PIL nel medio termine, per le pressioni sui costi sottostanti a causa dell'invecchiamento della popolazione, dello sviluppo delle tecnologie, etc.

Implicazioni di spesa a medio termine dell'investimento in sistemi sanitari più resilienti



Nota: la linea tratteggiata blu rappresenta il rapporto tra spesa sanitaria media e PIL nel periodo 2010-2019. La linea tratteggiata grigio chiaro rappresenta l'aumento del progetto dovuto alle pressioni sui costi sottostanti, come il cambiamento demografico. La linea tratteggiata grigio scuro rappresenta l'impatto a breve termine del Covid-19. La linea scura continua indica la traiettoria risultante dall'aumento degli investimenti nella resilienza del sistema sanitario. Fonte: elaborazioni del Segretariato dell'OCSE.

Crisi economica e aumento dell'inflazione e loro impatto sulla spesa sanitaria.

Le pressioni inflazionistiche sono diventate prevalenti in molti Paesi OCSE, per l'aumento dei costi dell'energia, dei trasporti e di altri beni e servizi che si sono trasferiti su tutto il paniere di beni e servizi (OCSE [Economic Outlook, Interim Report September 2022: Paying the Price of War, OCSE Publishing, Paris](#)).

In Canada, Stati Uniti, Regno Unito e altri Paesi, la crescita dei salari e dei costi unitari ha esercitato ulteriori pressioni sui prezzi. L'inflazione nel 2022 e 2023 è stata e sarà molto più alta rispetto agli ultimi decenni in molti Paesi. Nei Paesi del G20, l'inflazione è stata prevista in crescita dal 3,8% nel 2021 all'8,2% nel 2022 e al 6,6% nel 2023, In Italia si attesta su valori simili.

Le insolite pressioni inflazionistiche, la crisi del costo della vita e la recessione economica in molte economie si ripercuotono inevitabilmente sui costi dei sistemi sanitari, sulla loro capacità di mantenere i livelli dei servizi e di affrontare l'arretrato di servizi derivante dalla pandemia.

L'aumento dei costi di gas, carburante ed elettricità è particolarmente preoccupante per i fornitori di servizi sanitari ad alta intensità energetica, come gli ospedali, le strutture di assistenza a lungo termine o i trasporti di emergenza. Questo vale anche per altri fattori di produzione come gli alimenti e altri fattori di produzione non medici e sanitari. Essendo un settore ad alta intensità di manodopera, l'aumento della domanda e la diminuzione dell'offerta di personale sanitario possono aggravare ulteriormente il costo unitario del lavoro. Uno degli insegnamenti tratti dalla pandemia è che per attirare e trattenere i lavoratori nelle professioni infermieristiche e assistenziali è necessario rivalutare i livelli salariali di base.

Quindi l'aumento dell'inflazione e il rallentamento dell'economia inevitabilmente condizioneranno le risorse disponibili per finanziare i servizi sanitari. Gli aumenti dei prezzi e dei salari dovrebbero determinare una crescita del gettito fiscale totale e dei contributi sociali legati al reddito, aumentando così le risorse per la spesa sanitaria pubblica.

Occupazione in generale e in sanità

Nei Paesi OCSE la crescita dei salari nominali in tutti i settori industriali è stata di circa il 6-7% nel 2021 e si prevede un livello simile nel 2022-23, tranne che in Italia. In media l'anno scorso i dipendenti del settore privato in Italia hanno guadagnato il 3,4% in più rispetto al 2021 per portarsi a quota di retribuzione media pari a 30.284 euro. Il dato, che emerge da un'analisi in tempo pressoché reale dell'[Osservatorio "JobPricing"](#). In tutto il periodo tra il 2015 e il 2021 i salari avevano messo insieme un incremento del solo 2,1%, ovvero lo 0,4% medio annuo. Per contro un rallentamento economico può portare ad un aumento della disoccupazione e a una riduzione dei profitti, con conseguente riduzione del gettito fiscale e dei contributi sociali.

Si riducono i redditi familiari disponibili (e quindi la capacità delle famiglie di acquistare servizi sanitari se rientrano nei CCNL con "welfare aziendale").

| | ENTRATE DI DIFFICILE REPERIMENTO E QUOTA % SUL TOTALE ENTRATE | |
|--|---|------------------|
| | 2022 | 2019 |
| DIRIGENTI | 6.160 | 49,4% |
| PROFESSIONI INTELLETTUALI, SCIENTIFICHE E SPECIALIZZATE | 160.360 | 38,2% |
| PROFESSIONI TECNICHE | 340.200 | 37,6% |
| IMPIEGATI | 124.520 | 19,2% |
| PROFESSIONI QUALIFICATE NELLE ATTIVITÀ COMMERCIALI E NEI SERVIZI | 537.090 | 23,0% |
| OPERAI SPECIALIZZATI | 420.360 | 37,2% |
| CONDUTTORI DI IMPIANTI E OPERAI DI MACCHINARI FISSI E MOBILI | 306.760 | 26,2% |
| PROFESSIONI NON QUALIFICATE | 202.940 | 11,6% |
| TOTALE | 2.098.390 | 40,5% |
| | | 1.217.390 |

FONTE: UNIONCAMERE-ANPAL, SISTEMA INFORMATIVO EXCELSIOR, 201

I tassi di disoccupazione previsti per il 2022 e il 2023 nell'OCSE, pari a circa il 5%, restano i più bassi registrati nell'ultimo decennio e riflettono la continua carenza di lavoratori qualificati in molti Paesi.

In Italia per il calo demografico abbiamo la classe di età dei 18enni che in 10 anni si è ridotta da circa 1.000.000 di unità a circa 500.000 unità, - 50%. Questo spiega anche la difficoltà di avere iscrizioni ai Corsi di laurea per Scienze Infermieristiche e per i Corsi di Laurea o le Scuole di Specializzazione in Medicina, oltre all'attuale non attrattività delle professioni sanitarie nel nostro Paese sia per condizioni di lavoro che per livelli di remunerazione. Al sistema Italia mancano circa 2.000.00 di possibili addetti secondo recenti stime dell'UnionCamere.

Quali opzioni rimangono aperte ai governi per finanziare la spesa sanitaria futura?

Con l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei redditi, il progresso tecnologico e altri fattori, si prevede che in futuro la spesa sanitaria dovrebbe/potrebbe assorbire una quota ancora maggiore dell'economia.

Se la spesa sanitaria rappresenta il 15% del bilancio pubblico totale, la questione di come finanziare tali aumenti diventerà sempre più pressante. Sono state proposte diverse opzioni politiche non esclusive per far fronte a queste future esigenze di spesa aggiuntiva:

- Aumentare la spesa sanitaria senza modificare le altre spese statali, in modo che la spesa pubblica complessiva aumenti;
- Mantenere costante la spesa pubblica complessiva, ma aumentare l'allocazione alla sanità all'interno dei bilanci statali;
- Rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata (in Italia il rapporto con la "sanità integrativa e con i soggetti terzi cui sono affidati i contratti di outsourcing);
- Realizzare guadagni di efficienza tagliando gli sprechi di spesa.

Per altro una inflazione superiore ai tassi obiettivo in molti Paesi ha portato a un aumento dei tassi di interesse. Questo comporta un aumento del costo dei prestiti per i Governi, con conseguente aumento del debito futuro.

Di conseguenza, affidarsi interamente al finanziamento del debito per la spesa sanitaria aggiuntiva potrebbe essere particolarmente impegnativo per alcuni Paesi nell'attuale clima economico, in particolare il nostro che ha un elevatissimo debito pubblico. Se per altro le economie dovessero entrare in un periodo di recessione più prolungato, i bilanci pubblici potrebbero ridursi a causa della riduzione delle entrate fiscali, con un impatto sulla capacità di aumentare ulteriormente i deficit.

Fino a che punto le possibili opzioni indicate sono attuabili dai decisori nel breve-medio termine alla luce dell'attuale situazione economico finanziaria e sociale? È tutto da verificare...

ASIQUAS e la sua “Position Paper 2022”

Come affermato da ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale, nel suo “Position Paper, 2021” (Vedi “Quotidiano sanità” 25.03.2021) sono comunque necessarie policy incentrate su:

- Centralità di un Servizio Sanitario Nazionale universale ed equo;
- Conoscenza dei bisogni reali delle popolazioni in divenire e loro dimensionamento per peso e volumi;
- Ridefinizione dei modelli regolativi degli ospedali che ancora sono quelli della Legge Mariotti del 1968 anche se successivamente modificata e implementata dal Decreto 70;
- Sviluppo delle strutture intermedie sia specialistiche che generaliste in una ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T Ministero/AGENAS/Regioni;
- Riorganizzazione dei servizi delle cure primarie, loro potenziamento e integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzamento dei Distretti e loro connotazione come “Agenzie di tutela della salute” della popolazione dei territori;
- Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica e di intervento sociosanitario e con tempo di apprendimento dedicato a sviluppare nozioni adeguate su cosa significa il lavoro in equipe, la gestione dei gruppi e dei conflitti, in cosa consiste la leadership, come si coltivano l’empowerment, le relazioni empatiche tra operatori/pazienti, come si curano aspetti cruciali quali informazione e comunicazione all’interno delle organizzazioni e con gli stakeholder;
- Creazione di flussi informativi adeguati uniformi a livello nazionale cogestiti con le Regioni, ma con una cabina di regia unica che garantisca il coordinamento degli interventi in caso di pandemie tramite anche la definizione di Linee Guida e Procedure dedicate come per le maxi emergenze.

Per il nuovo Governo tutto quanto sopra sarà un banco di prova assai rilevante. Se si concepirà il sistema sanitario esclusivamente come un costo del nostro sistema di welfare e non come un volano per lo sviluppo, non andremo lontano. Speriamo, e vogliamo avere fiducia, che pregiudizi ideologici, povertà di visione o concessioni ad interessi che non rispondono al bene comune non abbiano agio su considerazioni politiche più meditate, oculute e lungimiranti.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111795



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

di 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 diseguaglianze 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».

N

el 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 pandemia ha bloccato lo sviluppo sostenibile. Johanna Alexandra Iamarino e Enrica Stancanelli. Salute Internazionale

Johanna Alexandra Iamarino e Enrica Stancanelli, Mediche in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze.

La pandemia COVID-19 ha causato una battuta d'arresto all'avanzamento degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile e in molti casi un arretramento. Ad esempio, è aumentato per la prima volta negli ultimi 20 anni il numero di persone che vivono in condizione di povertà assoluta.

Nel 2015 i Paesi membri dell'ONU hanno sottoscritto 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile– Sustainable Development Goals, SDGs – che rappresentano obiettivi comuni riguardanti un insieme di dimensioni essenziali per lo sviluppo sociale, economico ed ambientale, nell'ottica di un presente e di un futuro sostenibile. Per "obiettivi comuni" si intende il coinvolgimento globale di tutti i Paesi e di tutti gli individui, come sottolineato dallo slogan: "Non lasciare nessuno indietro".

Il programma d'azione per il raggiungimento degli SDGs prevede 169 target specifici, associati agli SDGs, da raggiungere entro il 2030.

Nel 2020, a cinque anni dalla sottoscrizione degli Obiettivi, sono stati monitorati alcuni specifici target per capire quali fossero gli avanzamenti. In alcuni casi i progressi sono stati evidenti, come nel caso dell'Obiettivo 1 (Sconfiggere la povertà), dell'Obiettivo 5 (Parità di Genere) e dell'Obiettivo 7 (Energia Pulita e Accessibile). In altri casi si è assistito invece a uno stallo della situazione, o addirittura a peggioramenti: ad esempio, le disuguaglianze socio-economiche non si sono ridotte, e lo stesso si può dire per la fame e per le emissioni di CO₂.

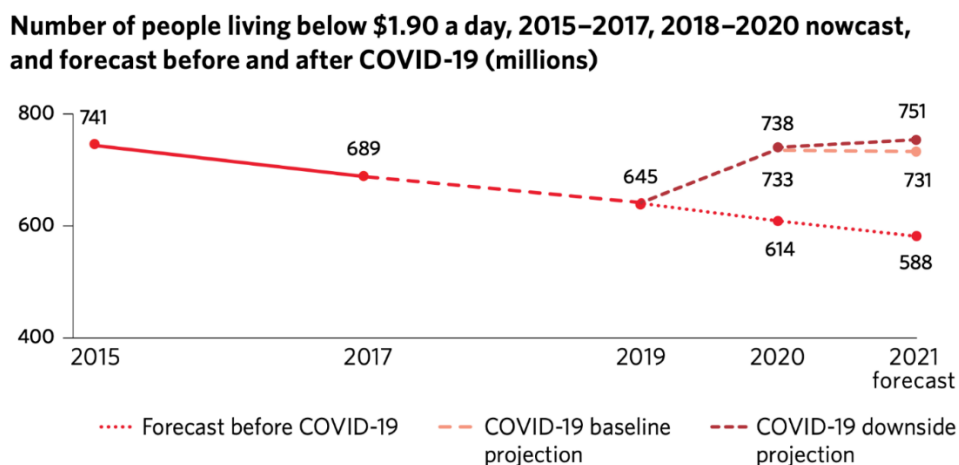
Dal 2020, l'avvento della pandemia COVID-19 ha causato una battuta d'arresto all'avanzamento di tutti gli SDGs, con effetti devastanti sulla vita delle persone e sugli sforzi per realizzare gli Obiettivi dell'Agenda 2030. Il Report 2021, stilato dal United Nations Department of Economic and Social Affairs in collaborazione con più di 50 agenzie internazionali e utilizzando gli ultimi dati disponibili, ha stimato proprio l'impatto della pandemia sull'andamento degli SDGs, puntando l'attenzione verso quelle aree che richiedono un'azione urgente e coordinata [1].

Anni di progresso sono stati bloccati o invertiti. Nel 2020, il tasso di estrema povertà è aumentato per la prima volta negli ultimi 20 anni: prima della pandemia COVID-19, la percentuale di popolazione mondiale in condizioni di estrema povertà era scesa dal 10,1% nel 2015 al 9,3% nel 2017.

Ciò significa che il numero di persone che vivono con meno di 1,90 dollari al giorno era diminuito – nel periodo 2015-2017 – da 741 milioni a 689 milioni. Come mostra la **Figura 1**, se la tendenza fosse rimasta costante nel tempo avremmo assistito a una progressiva riduzione globale del numero di persone in condizione di povertà assoluta per arrivare a 588 milioni nel 2021.

La pandemia ha invertito tale tendenza: nel 2020 si è registrato quasi lo stesso numero di poveri assoluti rilevati nel 2015 (738), con una proiezione al ribasso nel 2021 di 751.

Figura 1. Numero di popolazione mondiale che vive con meno di 1,90 dollari al giorno, 2015-2017, 2018-2020 e previsioni prima e dopo la pandemia COVID-19 (milioni)



Si è inoltre assistito ad un aggravamento della sottanutrizione a causa della pandemia, con l'aggiunta di oltre 100 milioni di persone che hanno sperimentato la fame cronica nel 2020. In merito all'istruzione, c'è il rischio di una catastrofe generale, in quanto 101 milioni in più di bambini sono precipitati sotto il livello minimo di competenza nella lettura. Le donne hanno dovuto affrontare un incremento della **violenza domestica** e il fenomeno delle **spose bambine** ha smesso di diminuire dopo il calo registrato negli ultimi anni.

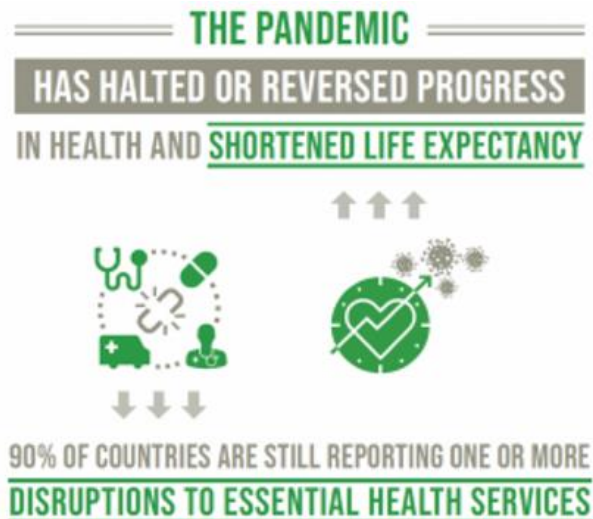
PANDEMIC WILL WORSEN CHILD MALNUTRITION



*THESE 2020 ESTIMATES DO NOT REFLECT IMPACT OF PANDEMIC

L'aumento del lavoro non pagato o sottopagato ha gravato prevalentemente sulle spalle di donne e ragazze, compromettendo la loro possibilità di istruzione, di assicurarsi un reddito più elevato e una salute migliore. Numerosi passi avanti erano stati compiuti su scala globale nella prevenzione della **mortalità neonatale ed infantile** ma, con lo scoppio della pandemia, il 35% dei Paesi ha subito interruzioni nei servizi rivolti alla salute riproduttiva, materna e dell'infanzia-adolescenza.

Questo ha comportato, soltanto in Asia meridionale, nel 2020 228 mila morti infantili e 11 mila decessi materni in eccesso. Anche l'**accesso all'elettricità** ha subito un cambiamento di rotta: in Africa, il numero di persone prive di elettricità nel 2020 si è impennato dopo una riduzione nei sei anni precedenti.



La pandemia ha inoltre aggravato le disuguaglianze esistenti, colpendo maggiormente le comunità più povere e vulnerabili. Alla fine del 2020 il numero dei rifugiati, fuggiti dal paese d'origine a causa di guerre, conflitti, persecuzioni e violazioni dei diritti umani, è stato il più alto mai registrato (24,5 milioni) ed è più che raddoppiato rispetto al 2010.

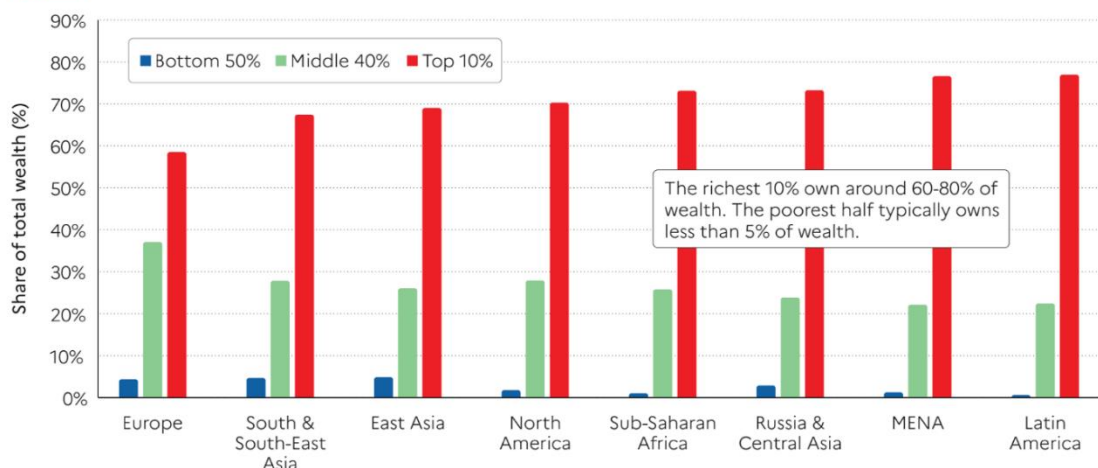
La pandemia ha inasprito la vulnerabilità di queste persone, a cui è stato negato il diritto di asilo da molti Paesi che hanno chiuso totalmente le loro frontiere.

Le disuguaglianze di reddito sono notevolmente peggiorate: l'indice medio di Gini era in calo prima della pandemia, ma si prevede un aumento del 6% nel post-COVID-19.

Inoltre, il 2020 registra la più forte crescita mai registrata della quota di ricchezza dei miliardari globali: il World Inequality Report 2022 rileva che la metà più povera della popolazione mondiale possiede solo il 2% della ricchezza globale totale, mentre il 10% più ricco ora ne possiede il 76% – **Figura 2** [2].

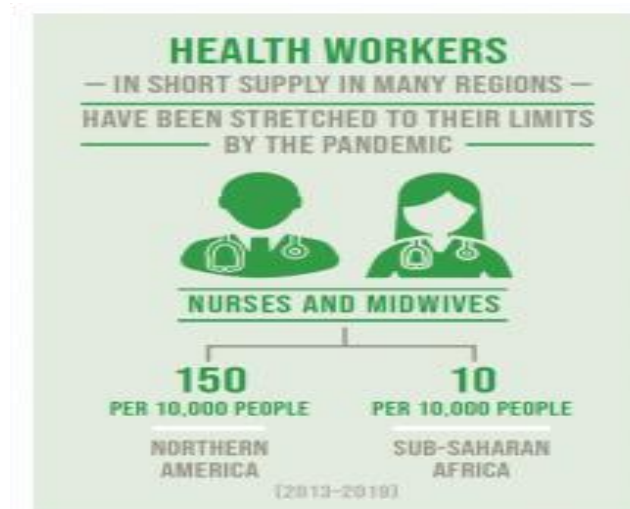
Figura 2. L'estrema concentrazione del capitale: le disuguaglianze nella ricchezza nel mondo, 2021. Il 10% più ricco possiede il 60-80% della ricchezza. La metà più povera possiede generalmente meno del 5% della ricchezza.

Figure 4 The extreme concentration of capital: wealth inequality across the world, 2021



Interpretation: The top 10% in Latin America captures 77% of total household wealth, compared with 1% captured by the bottom 50%. Net household wealth is equal to the sum of financial assets (e.g. equity or bonds) and non-financial assets (e.g. housing or land) owned by individuals, net of their debts. **Sources and series:** wir2022.wid.world/methodology.

L'irreversibile cambiamento climatico avrà un impatto negativo sulla salute e in particolare per coloro che vivono ai margini della società. Le concentrazioni di gas serra sono in costante rialzo, nonostante la temporanea riduzione legata ai lockdown e alle altre restrizioni (riduzione dei voli aerei, industrie ferme, minor traffico urbano, etc.).



La biodiversità si sta progressivamente riducendo e gli ecosistemi terrestri si stanno degradando ad una velocità allarmante. I governi dovrebbero intensificare gli sforzi per mettere in primo piano la salute a lungo termine rispetto alla crescita a breve termine e non dovrebbero consentire a crisi energetiche temporanee, inclusa quella derivante dall'invasione russa dell'Ucraina, di allontanare l'obiettivo di riduzione delle emissioni di CO₂.

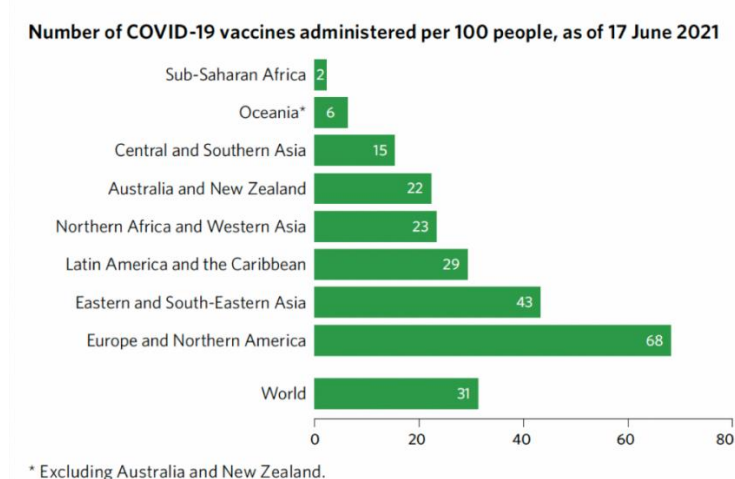
Le popolazioni indigene di tutto il mondo sono in questo un esempio a cui ispirarsi. I loro mezzi di sussistenza si basano su principi del vivere in armonia con la natura e della protezione della vivibilità del pianeta. La filosofia latinoamericana del "buen vivir", generata dalle tradizioni indigene, abbraccia in maniera ampia l'idea di benessere e convivenza con gli altri e l'ambiente, sottolineando l'equilibrio ecologico e la sensibilità culturale [3].

Nonostante le innumerevoli conseguenze negative, non mancano alcuni elementi positivi: per fronteggiare le diverse problematiche, molti Governi hanno messo in atto una pronta risposta, dimostrando creatività e realizzando nuove forme di collaborazione. Tra il 1° febbraio e il 31 dicembre 2020, i Governi di tutto il mondo hanno annunciato più di 1600 misure di protezione sociale in risposta alla crisi. Scienziati di tutto il mondo hanno lavorato insieme per sviluppare vaccini e terapie salvavita in tempi da record.

La pandemia ha altresì accelerato la trasformazione digitale, cambiando profondamente le modalità di interazione, apprendimento e lavoro. Ha inoltre insegnato che la debolezza dei dati raccolti e dei sistemi informatici rappresenta un'ulteriore sfida per i decision makers.

Ricercatori ed istituzioni in tutto il mondo nel mondo hanno intrapreso approcci innovativi e creato delle partnership per migliorare la disponibilità dei dati per decisioni basate sull'evidenza. Per proseguire su questa linea sarà necessario un aumento degli investimenti per la creazione e il miglioramento dei sistemi di raccolta dei dati nazionali e internazionali che migliorino la comprensione dei fenomeni e l'efficacia delle ricerche.

Figura 3. Livello di copertura vaccinale anti-Covid nelle varie parti del mondo, al 17 giugno 2021.



Ripartire meglio richiede piena partecipazione e partenariati multilaterali: una crisi globale richiede una risposta globale. L'obiettivo 17 punta al rinnovamento dei partenariati mondiali e alla costituzione di alleanze e collaborazioni tra differenti attori della società per il raggiungimento degli SDGs. Di fronte alle molteplici sfide da affrontare, è essenziale adottare una visione coerente, condivisa e coordinata da sistemi multilaterali.

D'altronde, la pandemia COVID-19 ha sottolineato persistenti squilibri di potere tra i Paesi ad alto reddito e i Paesi a basso reddito.

Un esempio di questo è rappresentato dal fallimento del COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP), progetto lanciato a maggio 2020 dall'OMS e dai partner internazionali per facilitare l'accesso tempestivo, equo e conveniente ai prodotti sanitari per il COVID-19 rimuovendo il monopolio che ne riduceva l'offerta.

Allo stesso modo, COVAX, una partnership sanitaria globale istituita per fornire un accesso equo ai vaccini contro il COVID-19, dopo una favorevole accoglienza quale esempio di solidarietà globale, **è stata subito vanificata dagli impegni bilaterali di mercato tra i Paesi ricchi e produttori di vaccini, che hanno impedito l'adeguata fornitura di vaccini ai Paesi a basso reddito ed escluso di fatto quasi tutta l'Africa sub-Sahariana dai benefici della vaccinazione (Figura 3).**

Siamo ad un punto critico della storia dell'uomo. Le decisioni intraprese e le azioni compiute oggi avranno conseguenze epocali per le generazioni future. Le lezioni apprese dalla pandemia dovrebbero aiutare a ridurre la vulnerabilità alle emergenze sanitarie e di altro tipo e ad aumentare la resilienza delle società per le sfide attuali e future. Cogliamo l'attimo per rendere questo un decennio di azione, trasformazione e riscatto per raggiungere gli SDGs e realizzare l'Accordo di Parigi sul clima.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/02/la-pandemia-ha-bloccato-lo-sviluppo-sostenibile/>

Relazione tra antidepressivi e gravità dell'infezione da SARS-CoV-2 Omicron: uno studio di coorte retrospettivo che utilizza dati del mondo reale. Wang et al. The Lancet

.Huwen Wang ^{ca}, Yuchen Wei ^c, Chi Tim Hung, Jiang Jiang, Conglu Li, Katherine Min Jia et al. The Lancet. Regional Health -Western Pacific.27 febbraio 2023,

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100716>

Background

Pochi studi hanno utilizzato dati del mondo reale per valutare l'impatto dell'uso di antidepressivi sul rischio di sviluppare esiti gravi dopo l'infezione da SARS-CoV-2 Omicron.

Metodi

Questo è uno studio di coorte retrospettivo che utilizza la corrispondenza del punteggio di propensione per esaminare la relazione tra l'uso di antidepressivi e la gravità del COVID-19. Sono state ottenute le registrazioni dei pazienti ricoverati e dei farmaci di tutti i pazienti adulti COVID-19 a Hong Kong durante il periodo predominato da Omicron. Sono stati studiati gravi esiti clinici tra cui il ricovero in unità di terapia intensiva e la morte del paziente dopo i primi risultati positivi della reazione a catena della polimerasi di trascrizione inversa, nonché un risultato composito di entrambi. Sono stati applicati modelli di rischio proporzionale di Cox per stimare i rapporti di rischio grezzi e aggiustati (HR).

Risultati

Dei 60.903 pazienti COVID-19 ospedalizzati ricoverati, 40.459 sono stati inclusi per l'abbinamento, tra cui 3821 (9,4%) sono stati prescritti antidepressivi. I tassi di ricovero in unità di terapia intensiva, morte ospedaliera ed evento composito sono stati rispettivamente del 3,9%, 25,5% e 28,3% nel gruppo non esposto, rispettivamente dell'1,3%, 20,0% e 21,1% nel gruppo esposto, con HR aggiustato uguale rispettivamente a 0,332 (95% CI, 0,245–0,449), 0,868 (95% CI, 0,800–0,942) e 0,786 (95% CI, 0,727–0,850). Il risultato è stato generalmente coerente quando stratificato per inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e non SSRI. Anche gli antidepressivi con inibizione funzionale dell'attività della sfingomielinasi acida, in particolare la fluoxetina, sono stati associati negativamente agli esiti. L'effetto degli antidepressivi era più evidente nelle pazienti COVID-19 di sesso femminile e completamente vaccinate.

Interpretazione

L'uso di antidepressivi è stato associato a un minor rischio di COVID-19 grave. I risultati supportano la continuazione degli antidepressivi nei pazienti con COVID-19 e forniscono prove del potenziale terapeutico degli antidepressivi per il COVID-19 grave.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00034-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00034-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Covid, un nuovo rapporto Usa torna sull'origine del virus: "Probabilmente nato da fuga in laboratorio". Paolo Mastrolilli. La Repubblica

dal nostro corrispondente Paolo Mastrolilli

In un'esclusiva del Wall Street Journal vengono riportati i risultati di una ricerca del dipartimento dell'Energia degli Stati Uniti. La Casa Bianca frena: "Non abbiamo una risposta definitiva"

NEW YORK - Il [Covid era nato in un laboratorio cinese](#)? L'intelligence americana ha fatto un altro passo verso questa conclusione, in base ad un rapporto del dipartimento all'Energia rivelato dal Wall Street Journal. La Casa Bianca frena, sottolineando che tra le varie agenzie non c'è ancora un consenso unanime definitivo [sulla provenienza del virus](#), però conferma la determinazione del presidente Biden a proseguire le ricerche per arrivare alla verità.

Wuhan, i primi giorni del Covid

I primi casi di Covid sono certamente emersi nella città di Wuhan nel novembre del 2019, e almeno tre scienziati dei laboratori locali coinvolti nelle ricerche sui coronavirus erano stati ricoverati.

In particolare questi studi avvenivano al [Wuhan Institute of Virology, il Chinese Center for Disease Control and Prevention e il Wuhan Institute of Biological Products](#). Tra febbraio e marzo del 2020 l'epidemia era diventata un'emergenza globale, che ha poi ucciso milioni di persone.

Pechino ha limitato molto la collaborazione e l'accesso dato all'Organizzazione mondiale della Sanità, prima per contenere la pandemia e poi per spiegarla.

Ha pure sostenuto che il virus era stato portato sul suo territorio dall'estero, in qualche maniera misteriosa. L'origine a cui si era guardato in principio era stata quella della trasmissione naturale, probabilmente dai pipistrelli. Gli occhi si erano puntati in particolare sul mercato di Wuhan, un luogo molto caotico e frequentato da tante persone, dove venivano venduti animali vivi.

Lo scontro politico con Trump

L'origine del Covid era diventata presto anche una questione politica, soprattutto per le conseguenze che poteva avere sulle elezioni presidenziali americane del 2020.

Quando l'amministrazione Trump aveva fallito nel tentativo di isolare gli Usa dal contagio, e aveva preso progressivamente posizione contro le misure per contenerlo che minacciavano di paralizzare l'economia, il capo della Casa Bianca aveva enfatizzato l'origine cinese del virus per scaricare almeno in parte le sue responsabilità. Così si erano creati due campi contrapposti e molto politicizzati, con i repubblicani scettici verso le soluzioni suggerite dagli scienziati e i democratici favorevoli. Anche per questo, puntare il dito contro Pechino o contro la trasmissione naturale era diventata una questione ideologica, complicando l'analisi oggettiva dei fatti.

Se stavi con Trump, il Covid era una malattia come le altre e la colpa ricadeva sulla Repubblica popolare; se eri contro, favorivi le chiusure, il distanziamento sociale, le maschere, i vaccini, propendevi per la trasmissione naturale o comunque non davi molta importanza alla provenienza.

La posizione dell'Fbi e delle altre agenzie

Questa politicizzazione ha complicato il già difficile lavoro dell'intelligence americana, che alla fine non è ancora arrivata a una conclusione definitiva. Il consenso generale è che il Covid non fosse frutto di un programma per realizzare armi biologiche, ma sulla vera origine restano pareri diversi.

L'Fbi ritiene con "moderata certezza" che il virus sia sfuggito da un laboratorio dove si conducevano ricerche, perché le misure di sicurezza non erano adeguate e l'allarme era già stato lanciato in passato. Altre quattro agenzie restano convinte che sia stata una trasmissione naturale dagli animali agli uomini, mentre due, fra cui la Cia, sono indecise.

Lo scoop del Wall Street Journal

Il Wall Street Journal ha rivelato che il dipartimento all'Energia ha cambiato posizione, con un rapporto di circa cinque pagine basato su nuove informazioni di intelligence, consegnato all'amministrazione e al Congresso. Ora ritiene che il Covid sia sfuggito al controllo di un laboratorio di ricerca, ma con "bassa certezza". La conclusione è stata raggiunta sulla base di nuovi elementi non specificati, ma diversi da quelli che avevano già convinto l'Fbi.

Il consigliere per la sicurezza nazionale Jake Sullivan, commentando la notizia alla Cnn, ha detto che nella comunità dell'intelligence americana restano opinioni diverse e quindi non c'è ancora un consenso consolidato sulle origini della pandemia.

Però ha ribadito che "il presidente Biden ha specificamente richiesto il coinvolgimento nelle valutazioni dei laboratori nazionali, parte del dipartimento all'Energia, perché vuole usare ogni strumento a disposizione per capire cosa sia avvenuto".

https://www.repubblica.it/esteri/2023/02/26/news/covid_fuga_laboratorio_rapporto_usa-389654562/?ref=RHLF-BG-P3-S1-T1

la Repubblica

Covid, spunta la nuova variante Bythos: i primi casi anche in Italia. Donatella Zorretto.

La Repubblica

*Il nome tecnico è XBF, proviene da Omicron, ed è stata riconosciuta dall'Oms come variante da monitorare. Contagi in lieve risalita delle Terapie intensive. **Quotidiano La Repubblica 07.03.2023***

L'Oms l'ha riconosciuta a tutti gli effetti come nuova variante Covid da monitorare. XBF, a cui è stato dato il nome Bythos, preoccupa perché è la nuova arrivata tra le 'sorelle' Omicron che il virus più temuto degli ultimi anni, ha generato. Di conseguenza l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha inserita nella lista delle varianti Sars-CoV-2 sotto osservazione. Nell'ultimo bollettino settimanale, a fianco delle sotto-varianti BF.7, BQ.1 (Cerberus), BA.2.75 (Centaurus), CH.1.1 (Orthrus), XBB (Gryphon), XBB.1.5 (Kraken), è comparsa dunque anche XBF. Salgono quindi a sette i sottolignaggi di Omicron 5 tenuti sotto stretto monitoraggio.

Di cosa stiamo parlando

Ma, nello specifico, come si presenta XBF? Anche in questo caso il nome scelto ha un richiamo mitologico: Bythos ricorda la personificazione degli abissi marini, con busto umano, zampe anteriori di cavallo e coda di pesce. Le prime sequenze di XBF sono state segnalate il 27 luglio 2022, si legge nell'ultimo dei bollettini dell'Oms sull'andamento di Covid. Attualmente ha una circolazione bassa: è stata riscontrata in 46 Paesi e rappresenta poco più dell'1% dei campioni sequenziati a livello globale. Possiede però mutazioni che potrebbero renderla più trasmissibile e resistente alla risposta immunitaria. L'osservato speciale da parte delle autorità sanitarie internazionali ha già dato segno della sua presenza anche in Italia. Ma nell'ultima fotografia scattata risulta defilata, con numeri molto ridotti.

Per la precisione, nella flash survey condotta a febbraio da Istituto superiore di sanità e ministero della Salute, insieme ai laboratori regionali e alla Fondazione Bruno Kessler, sono state rilevate 16 sequenze di XBF.

Il bollettino dell'Oms

L'Oms, se da una parte resta in allerta, dall'altra sceglie la cautela.

"Al momento - sottolinea - non ci sono prove epidemiologiche che la sotto-variante XBF porti a un aumento dei casi, dei ricoveri o dei decessi". Sul fronte delle varianti, l'ultimo bollettino identifica altre nuove

tendenze: si osserva un calo delle sotto-varianti discendenti da BA.5 passate dal 70,7% di fine 2022 al 42,7% di fine gennaio; stabili quelle derivanti da BA.2, mentre sono in crescita le sotto-varianti ricombinanti, passate dal 10,6% al 32,7% soprattutto grazie al contributo di XBB. 1.5.

L'Ecdc cancella tre ceppi del virus

Intanto, dal 3 marzo scorso, l'Agenzia Ue per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc), si è mossa in un'altra direzione: quella di eliminare gli ultimi tre ceppi del virus Covid dall'elenco delle varianti classificate come "preoccupanti". Parliamo di BA.2, BA.4 e BA.5, ceppi Omicron che se sino alla fine del 2022 hanno causato un'ondata di nuove infezioni in Europa, ora non circolano più e perciò saranno cancellate dalla lista di quelle "preoccupanti". Rimangono, invece, gli elenchi delle varianti "di interesse" e di quelle "sotto monitoraggio". "L'assenza di varianti SARS-CoV-2 classificate come preoccupanti riflette la situazione epidemiologica stabile" in Europa, ha spiegato l'Ecdc. L'iniziativa, sottolinea l'agenzia Ue, però "non segna la fine della minaccia rappresentata da SARS-CoV-2 e delle possibili varianti future che potrebbero emergere".

Contagi: Terapie intensive in lieve risalita

Mentre nuove varianti Covid si affacciano sulla scena, i contagi in Italia continuano a scendere. Tranne che nelle Terapie intensive, dove si registra una lieve risalita. Dal 24 febbraio al 7 marzo i contagi sono calati (-9,4%) e pure i decessi (-6,6%). Sono stabili, invece, i ricoveri (-1%), mentre si registra una lieve risalita delle Terapie intensive (+3%). Ciò emerge dal monitoraggio indipendente della Fondazione Gimbe sul Covid in Italia. "Dopo l'aumento della settimana precedente si registra un nuovo calo (-9,4%) dei nuovi casi settimanali, che rimangono comunque ampiamente sottostimati - sottolinea Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe -. Dagli oltre 29mila nella settimana precedente scendono a poco più di 26mila, con una media mobile a 7 giorni di oltre 3.800 casi al giorno".

Crescono i casi tra gli operatori sanitari

Risulta invece in leggero aumento, sempre nella settimana dal 24 febbraio al 7 marzo, rispetto a quella precedente, la percentuale di casi di Covid tra gli operatori sanitari, se messi a confronto con il resto della popolazione: 4,2% rispetto a 3,9% della settimana prima. Lo evidenzia il report esteso dell'Istituto superiore di sanità sull'andamento epidemiologico Covid in Italia. Dal 24 agosto 2021 al 1 marzo 2023, inoltre, sono stati segnalati 1.797.376 casi di reinfezione, pari all'8,5% del totale di quelli notificati nello stesso periodo (stabile rispetto alla scorsa settimana).

È invece in diminuzione la percentuale di casi segnalata nella popolazione in età scolare a confronto con il resto della popolazione (6,4% contro il 7,2% della settimana prima).

https://www.repubblica.it/salute/2023/03/07/news/covid_varianti_contagi_virus-390796042/?ref=drirt-f-4

*Covid: allarme reinfezioni, possono aumentare il rischio di malattia grave e di Long Covid. **Valentina Arcovio**. Sanità Informazione*

Dopo più di tre anni di pandemia i casi di reinfezione si sono moltiplicati in tutto il mondo e anche in Italia. Secondo le attuali evidenze scientifiche le reinfezioni potrebbero essere tutt'altro che innocue, soprattutto per le persone più fragili

Dopo più di tre anni di pandemia i **casi di reinfezione** si sono moltiplicati in tutto il mondo e anche in Italia. Nella settimana dal 16 al 22 gennaio, secondo il report dell'Istituto superiore di sanità, la percentuale di **reinfezioni da Covid** è stata del 27,8%, in aumento rispetto a quella precedente pari invece al 24,9%. Con un numero maggiore di seconde, terze o anche quarte infezioni in tutto il mondo quello che si sta cercando di capire è se i **contagi ripetuti** nel tempo possano portare a forme di più gravi della malattia. Le evidenze sono ancora limitate, ma i dati disponibili mostrano che mentre la maggior parte delle persone reinfettate guarisce in pochi giorni, ci sono casi in cui l'infezione si presenta in maniera più complicata, come riferisce **Josh Fessel**, pneumologo presso il National Center for Advancing Translational Sciences, a Bethesda.

Le persone reinfettate hanno il doppio delle probabilità di morire

Secondo Fessel valutare l'**impatto della reinfezione**, specialmente con l'insorgenza di **nuove varianti** del virus più contagiose, è una priorità urgente. Il primo **studio** sui rischi per la salute da infezioni ripetute è stato pubblicato lo scorso novembre. Un team di ricercatori guidato da **Ziyad Al-Aly**, un epidemiologo clinico della **Washington University**, a St. Louis, e i suoi colleghi hanno concluso che le persone reinfettate hanno il doppio delle probabilità di morire e il triplo delle probabilità di essere ricoverate in ospedale con Covid rispetto a quelle infettate una sola volta, indipendentemente dallo **stato vaccinale**. Il team di Al-Aly ha esaminato i dati di quasi mezzo milione di **pazienti Covid** trattati dal Dipartimento per gli affari dei veterani degli Stati Uniti, tra marzo 2020 e aprile 2022. Tra questi, circa il 10% era stato infettato dal **virus Sars-CoV-2** tra le due e le quattro volte. Alcuni pazienti hanno continuato ad avere sintomi durante i sei mesi di follow-up, riferisce Al-Aly, e la **gravità della malattia** è solitamente peggiorata ad ogni nuova infezione Covid. Si tratta tuttavia di uno studio che ha coinvolto un campione di persone con età avanzata e con **patologie pregresse**.

Le reinfezioni possono essere più gravi nelle persone fragili

«I risultati di questo studio erano imprevedibili», commenta su **Scientific American** **Stanley Perlman**, microbiologo presso il Roy J. and Lucille A. Carver College of Medicine dell'Università dell'Iowa, che non è stato coinvolto nello studio. «Ci saremmo aspettati che la malattia ripetuta fosse più lieve grazie all'immunità sviluppata dalla prima infezione», aggiunge. Perlman sottolinea anche che i risultati del **team di Al-Aly** devono ancora essere convalidati in altre popolazioni e che sono necessarie ulteriori **ricerche sulle reinfezioni**, specialmente tra le persone vaccinate esposte a nuove varianti. La maggior parte dei ricoveri e dei decessi per Covid si verificano tra gli anziani e nelle **persone non vaccinate o immunocompromesse**, afferma Perlman. Ma per le persone al di fuori di questi gruppi, «penso che la maggior parte delle infezioni successive siano più lievi di quelle iniziali», ipotizza. Tuttavia, i dati recenti rafforzano le evidenze di Al-Aly secondo cui le **infezioni ripetute** possono essere gravi, fornendo al contempo nuove informazioni su quello che aumenta i rischi per le **persone vulnerabili**.

La gravità della prima infezione può predire anche la gravità della seconda

Uno **studio** in preprint, pubblicato a gennaio senza esser stato ancora sottoposto a **revisione paritaria**, ha riferito che la gravità della prima infezione prevede quanto grave potrebbe essere la malattia se colpisse di nuovo. In questo caso i ricercatori hanno esaminato le **cartelle cliniche** elettroniche di una popolazione più diversificata di 1,5 milioni di pazienti Covid trattati negli ospedali statunitensi tra il 1° marzo 2020 e il 1° luglio 2022. Quasi il 6% di questi individui era stato infettato più di una volta e nella maggior parte dei casi,

le **reinfezioni** si sono verificate quando la variante originale di **Omicron** si stava diffondendo, cioè da novembre 2021 a metà marzo 2022. Tra quelli ricoverati in ospedale con Covid grave la prima volta, quasi la metà è stata nuovamente ricoverata in ospedale quando è stata reinfettata. Al contrario, circa il 90% delle persone con **infezioni iniziali lievi** ha evitato il ricovero in ospedale quando si è ammalato di nuovo.

Le reinfezioni aumentano il rischio di sviluppare il Long Covid

I ricercatori, inoltre, hanno scoperto che le **reinfezioni** erano anche associate a rischi elevati di **Long Covid**, sintomi persistenti come affaticamento, mancanza di respiro e **annebbiamento del cervello** che persistono mesi o anni dopo un'infezione iniziale. Ma la base di questo collegamento a non è chiaro. Potrebbero esserci in gioco **fattori biologici** o forse «i medici stanno semplicemente documentando un arretrato di Long Covid con il nuovo codice diagnostico, che è diventato disponibile alla fine del 2021», afferma **Emily Hadley**, scienziata dei dati presso RTI International, un istituto di ricerca senza scopo di lucro a Durham e prima autrice dello studio. Un motivo in più, secondo i ricercatori, per vaccinarsi ed effettuare tutti i **richiami raccomandati**. Il ragionamento è piuttosto logico: poiché i vaccini attenuano la gravità delle prime infezioni Covid, per estensione, dovrebbero limitare anche la gravità delle **infezioni future**.

https://www.sanitainformazione.it/salute/covid-allarme-reinfezioni-possono-aumentare-il-rischio-di-malattia-grave-e-di-long-covid/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl170223&utm_content=sif



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

*Test di sorveglianza Covid-19 e risultati dei residenti nelle case di cura. Mc Garry et al.
N Eng J Med*

Brian E. McGarry, PT, Ph.D., Ashvin D. Gandhi, Ph.D., e Michael L. Barnett, MD

23 marzo 2023

N Engl J Med 2023; 388:1101-1110

DOI: 10.1056/NEJMoa2210063

Background

Nonostante l'adozione diffusa dei test di sorveglianza per la malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) tra i membri del personale nelle strutture infermieristiche qualificate, le prove sono limitate per quanto riguarda la sua relazione con i risultati tra i residenti delle strutture.

Metodi

Utilizzando i dati ottenuti dal 2020 al 2022, abbiamo eseguito uno studio di coorte retrospettivo sui test per la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) tra i membri del personale in 13.424 strutture infermieristiche qualificate durante tre periodi di pandemia: prima dell'approvazione del vaccino, prima della B.1.1.529 onda variante (omicron) e durante l'onda omicron.

Abbiamo valutato i volumi di test del personale durante le settimane senza casi di Covid-19 rispetto ad altre strutture infermieristiche qualificate nella stessa contea, insieme ai casi di Covid-19 e ai decessi tra i residenti durante potenziali focolai (definiti come il verificarsi di un caso dopo 2 settimane senza casi). Abbiamo riportato differenze aggiustate nei risultati tra le strutture ad alto test (90° percentile del volume del test) e le strutture a basso test (10° percentile).

Risultati

Durante l'intero periodo di studio, sono stati segnalati 519,7 casi di Covid-19 per 100 focolai potenziali tra i residenti delle strutture ad alto test rispetto ai 591,2 casi tra i residenti delle strutture a basso test (differenza aggiustata, -71,5; intervallo di confidenza [IC] al 95%, da -91,3 a -51,6). Nello stesso periodo, si sono verificati 42,7 decessi ogni 100 potenziali focolai nelle strutture ad alto test rispetto ai 49,8 decessi nelle strutture a basso test (differenza aggiustata, -7,1; intervallo di confidenza al 95%, da -11,0 a -3,2).

Prima della disponibilità del vaccino, le strutture ad alto e basso test avevano rispettivamente 759,9 casi e 1060,2 casi per 100 focolai potenziali (differenza aggiustata, -300,3; 95% CI, -377,1 a -223,5), insieme a 125,2 e 166,8 decessi (differenza aggiustata, -41,6; 95% CI, -57,8 a -25,5). Prima dell'ondata omicron, il numero di casi e di decessi era simile nelle strutture ad alto e basso livello di test; durante l'ondata omicron, le strutture ad alto livello di test avevano meno casi tra i residenti, ma i decessi erano simili nei due gruppi.

Conclusioni

Maggiori test di sorveglianza dei membri del personale presso strutture infermieristiche qualificate sono stati associati a riduzioni clinicamente significative dei casi di Covid-19 e dei decessi tra i residenti, in particolare prima della disponibilità del vaccino.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2210063?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19S62NHldr2loqCYCN%2F%2FtG5I2XLN11fr2%2FgM4IH%2FbZtwTEl0ypBnaJvkslN6NbHhSeYsc7CR%2FkTzAG34KWg%2FWX%2BJTgCmrOal2xVCX%2F%2BV78OLGvcOMoMWWSGmK%2BCDC4M7Gruah64%2FNyqJLJLpd%2B6i%2BNi0BJXZ8gKHsbi8cdD%2FDpOlsvgtfkPrw4RoItlVPguqJAI1LzhRqMdCg%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20March%2023,%202023%20DM2168021_NEJM_Non_Subscriber&bid=1474993944



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Varianti SARS-CoV-2 e sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini. Mc Crindle et al. N Eng J Med

Brian W. McCrindle, Ashraf S. Harahsheh, Ryan Handoko, Geetha Raghuvver, Michael A. Portman, Michael Khoury, Jane W. Newburger, Simon Lee, Supriya S. Jain, Manaswitha Khare, Nagib Dahdah, Cedric Manlhiot,
22 marzo 2023

DOI: 10.1056/NEJMc2215074

La sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini (MIS-C), una risposta iperinfiammatoria ritardata all'infezione da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) della sindrome respiratoria acuta grave, è un'importante causa di malattia nei bambini.

I cambiamenti nella variante prevalente durante la pandemia di coronavirus del 2019 hanno influenzato la trasmissibilità e l'incidenza della malattia, ma la loro associazione con la presentazione clinica e gli esiti della MIS-C è nota in modo incompleto.^{1,2}

Abbiamo utilizzato i dati dell'International Kawasaki Disease Registry (IKDR) per identificare i pazienti che erano stati ricoverati in ospedale con infezione da SARS-CoV-2 durante il periodo da aprile 2020 a giugno 2022 e soddisfacevano i criteri per MIS-C secondo i Centers for Disease Control e Prevenzione. Tutti i pazienti eleggibili che avevano fornito il consenso informato scritto o il consenso dei genitori, come applicabile secondo le normative locali, sono stati arruolati nello studio presso i siti partecipanti. I pazienti sono stati arruolati in modo retrospettivo se erano stati ricoverati in ospedale prima che fosse ottenuta l'approvazione locale dello studio e successivamente in modo prospettico.^{3,4}

Tutti i confronti sono stati effettuati rispetto al periodo ancestrale e gli intervalli di confidenza al 95% per le differenze non sono stati aggiustati per la molteplicità e non dovrebbero essere usati al posto della verifica delle ipotesi.

Nello studio sono stati arruolati un totale di 2017 pazienti.

Le caratteristiche demografiche dei pazienti (Tabella S1 nell'Appendice **Supplementare**, disponibile con il testo completo della lettera su NEJM.org) erano simili a quelle della più ampia popolazione di bambini con MIS-C.

I pazienti durante i periodi delta (B.1.617.2) e omicron (B.1.1.529) erano più giovani, mostravano una maggiore somiglianza fenotipica con i pazienti con malattia di Kawasaki e avevano una minore incidenza di disfunzione respiratoria e dilatazione delle arterie coronarie rispetto ai pazienti durante i periodi ancestrale e alfa+ (B.1.1.7 più altre varianti minori circolanti) (**Tabella 1**). Dopo il periodo ancestrale, la gestione immunomodulatoria si è evoluta per includere un maggiore uso di glucocorticoidi.

Allo stesso tempo, i rischi di gravi complicanze (aritmia, arresto cardiaco, complicanze renali, coagulopatia e trombosi), ricovero in un'unità di terapia intensiva e morte sono diminuiti, con la diminuzione più pronunciata che si è verificata durante il periodo di omicron. In tutti i periodi varianti, il rischio di disfunzione ventricolare era più alto tra i pazienti ospedalizzati durante il periodo alfa+ rispetto a quelli durante il periodo ancestrale (35% vs. 28%, rischio relativo, 1,19; intervallo di confidenza 95%, da 1,04 a 1,35).

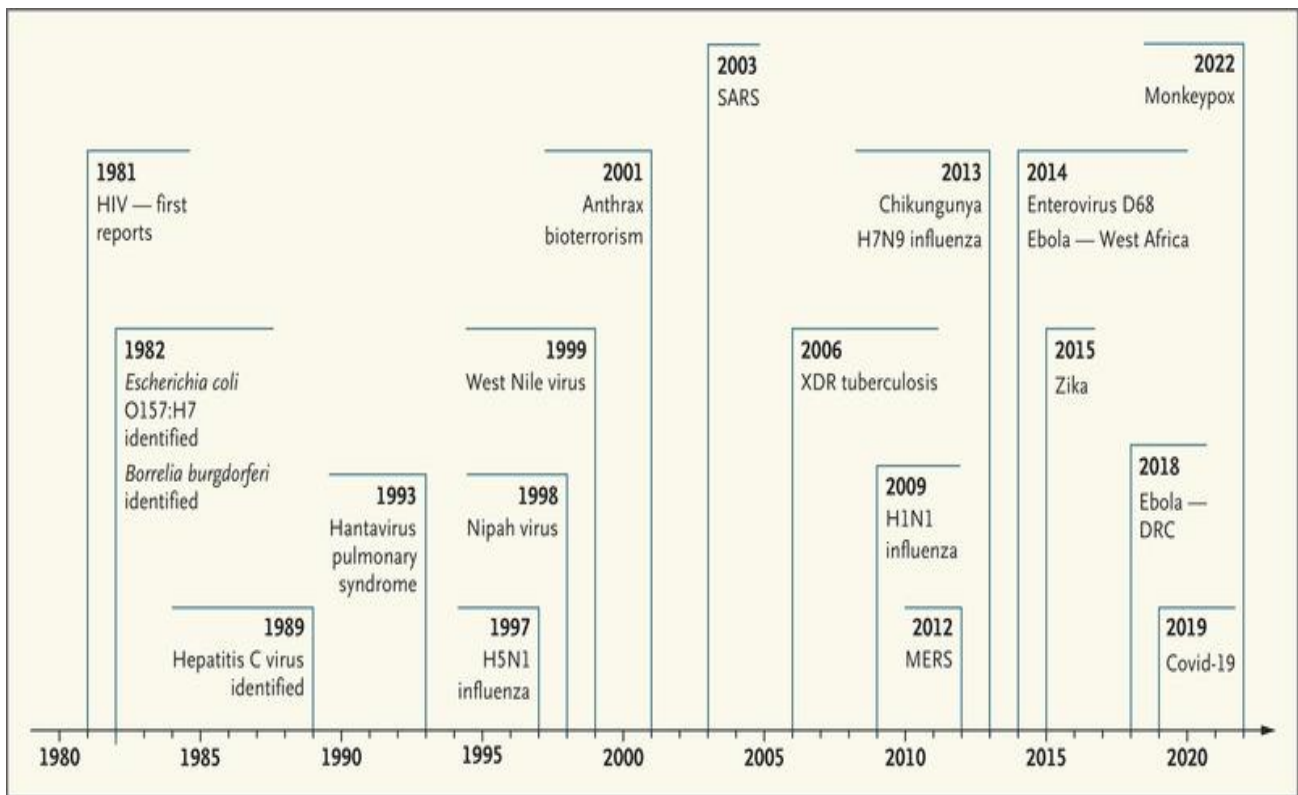
Sebbene il fenotipo clinico sia diventato più lieve nel tempo, la malattia grave era ancora prevalente, con il 23% dei pazienti durante il periodo di omicron che presentava shock e il 37% ricoverato in un'unità di terapia intensiva.

Le caratteristiche della MIS-C al momento della presentazione erano più spesso simili a quelle della malattia di Kawasaki tra i pazienti ricoverati con infezione da SARS-CoV-2 durante i periodi di varianti più recenti rispetto a quelli dei periodi precedenti; tuttavia, in assenza di un test diagnostico definitivo per entrambe le condizioni, resta da determinare se questo rappresenti un vero cambiamento nel fenotipo o un aumento del numero di pazienti con malattia di Kawasaki che soddisfano i criteri per la MIS-C a causa di un'infezione da SARS-CoV-2 concomitante ma non correlata.

Pur riconoscendo i limiti del disegno dello studio ecologico e il rischio intrinseco di una classificazione errata della variante a livello di paziente, i nostri dati supportano le osservazioni secondo cui la gravità della MIS-C è diminuita con ogni successiva variante del SARS-CoV-2. Tuttavia, la malattia critica nei pazienti ricoverati con MIS-C rimane prevalente.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2215074?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19S62NHldr2loqCYCN%2F%2FtG5l2XLN11fr2%2FgM4IH%2FbZtwTEl0ypBnaJvkslN6NbHhSeYsc7CR%2FkTzAG34KWg%2FWX%2BJTgCmrOal2xVCX%2F%2BV78OLGvcOMoMWWSGmK%2BCDC4M7Gruah64%2FNyqJLJLpd%2B6i%2BNI0BJXZ8gKHsbi8cdD%2FDpOlsvgtfkPrw4RoItlVPguqJAI1LzhRqMdCg%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20March%2023,%202023%20DM2168021> NEJM Non Subscriber&bid=1474993944

Pandemie



quotidiano**sanita**.it

Vaiolo delle scimmie (mpox). Oms: “La minaccia della malattia non è scomparsa”. Ecco le nuove raccomandazioni aggiornate. Quotidiano Sanità

Dopo [la decisione di confermare l'epidemia come “emergenza sanitaria pubblica internazionale” \(PHEIC\)](#), l'Oms ha sottolineato che c'è ancora un alto rischio che il mpox venga importato da un paese all'altro, sia all'interno della regione europea che da altre regioni dove l'infezione continua a circolare. L'Oms raccomanda di prendere in considerazione piani specifici per integrare la prevenzione, la preparazione e la risposta all'mpox all'interno dei programmi nazionali di sorveglianza e controllo, anche per l'HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili.

Nonostante i progressi compiuti nella risposta globale allo scoppio del “vaiolo delle scimmie” (mpox) e l'ulteriore calo del numero di casi segnalati, l'Oms ha comunque accolto la raccomandazione del Comitato di emergenza per il Regolamento sanitario internazionale di classificare ancora mpox come [“emergenza sanitaria pubblica internazionale” \(PHEIC\)](#).

La minaccia della malattia non è infatti scomparsa e c'è ancora un alto rischio che il mpox venga importato da un paese all'altro, sia all'interno della regione europea che da altre regioni dove l'infezione continua a circolare. Gli ultimi dati sul mpox mostrano un calo costante dei casi a livello globale, con la maggior parte dei casi segnalati dalla regione Oms delle Americhe.

L'Oms ha rilevato la necessità di sostenere gli sforzi per la sorveglianza, la prevenzione e la cura; vaccinare le popolazioni ad alto rischio; migliorare l'accesso equo alla diagnostica, ai vaccini e alle cure per tutti coloro

che ne hanno bisogno e continuare a combattere lo stigma e la discriminazione e garantire il rispetto dei diritti umani.

Pur osservando che la continua trasmissione da uomo a uomo potrebbe portare a una recrudescenza dei casi, ha concluso che a lungo termine i programmi e i servizi di mpox dovrebbero essere integrati nei programmi nazionali di sorveglianza e controllo, anche per l'HIV e altre infezioni a trasmissione sessuale.

Rischio attuale "moderato".

In ogni caso l'attuale rischio globale dell'epidemia multinazionale di mpox è valutato come moderato a livello globale e in quattro delle regioni dell'OMS, ridotto da moderato a basso nella regione del sud-est asiatico e rimane basso nella regione del Pacifico occidentale.

La regione europea dell'OMS ha riferito che al 3 febbraio, 43 paesi e territori non hanno rilevato nuovi casi negli ultimi tre mesi. Mentre 18 paesi e territori continuano a segnalare la recente trasmissione locale da uomo a uomo, il numero di casi è diminuito in modo significativo.

I futuri rischi di focolai riguardano l'importazione in corso, imminenti raduni di massa, potenziale riduzione della vaccinazione e della sorveglianza, accesso limitato ai test e cambiamento di comportamento.

Per affrontare questo problema, la Regione europea dell'Oms sta lavorando a un piano quinquennale per raggiungere e sostenere l'eliminazione di mpox in tutti gli Stati membri attraverso l'impegno con le comunità colpite e l'integrazione dell'intervento nei programmi di salute sessuale, che sarà discusso in seno al Comitato regionale nell'autunno 2023 .

La regione delle Americhe ha riportato un numero stabile di casi nelle ultime sei settimane, con 200-250 casi a settimana e il 4% dei casi si è verificato nelle donne. Inoltre, mentre la fornitura di vaccini è limitata, sette paesi hanno iniziato la vaccinazione. La comunicazione del rischio e gli interventi di coinvolgimento della comunità vengono forniti attraverso reti basate sulla comunità dell'HIV.

Raccomandazioni temporanee emesse dal Direttore Generale dell'OMS in relazione all'epidemia multinazionale di mpox

Queste raccomandazioni temporanee proposte continuano a sostenere l'obiettivo del [piano strategico di preparazione, prontezza e risposta per il vaiolo delle scimmie 2022-2023](#) con l'obiettivo di arrestare l'attuale epidemia di mpox e i suoi obiettivi di interrompere la trasmissione da uomo a uomo, proteggere i vulnerabili e ridurre al minimo trasmissione zoonotica del virus.

Mentre le Raccomandazioni temporanee precedentemente emesse continuano a essere valide, in questo documento vengono enfatizzate le raccomandazioni per le aree che continuano a rappresentare sfide e aree di lavoro emergenti a causa delle lezioni apprese.

Le presenti Raccomandazioni Temporanee si applicano agli Stati Membri in base alla loro situazione epidemiologica, ai modelli di trasmissione e alle capacità rispetto all'mpox; si riferiscono alla realtà che qualsiasi Stato Membro può subire l'importazione o la trasmissione locale di mpox e alcuni Stati parte possono anche essere soggetti a trasmissione zoonotica.

L'OMS consiglia agli Stati parti di preparare piani a breve e medio-lungo termine per il controllo dell'mpox e di mantenere la vigilanza e la capacità di risposta, nonché l'impegno con le comunità locali e le principali parti interessate, seguendo le linee guida pertinenti [dell'OMS](#) .

Gli Stati parti dovrebbero rafforzare l'azione nelle seguenti aree chiave:

1. Sviluppare e attuare piani operativi, compresi il monitoraggio e la valutazione, per stabilire obiettivi chiari per fermare la trasmissione da uomo a uomo di mpox nei paesi attualmente colpiti dall'epidemia o il controllo di mpox nei paesi con trasmissione da animale a uomo nota. A tale riguardo, gli Stati dovrebbero anche prendere in considerazione lo sviluppo di piani di sorveglianza e controllo che si applichino a situazioni in cui il contatto sessuale intimo non è necessariamente la modalità di trasmissione predominante.
2. Mantenere la sorveglianza epidemiologica di laboratorio, inclusa la segnalazione del set minimo di dati delle variabili definite nel modulo di segnalazione dei casi dell'OMS. Gli Stati dovrebbero continuare a condividere tempestivamente con l'OMS i casi confermati e probabili di casi di mpox attraverso le comunicazioni IHR. I paesi dovrebbero adoperarsi per l'eliminazione di mpox (ovvero interrompendo la trasmissione locale o comunitaria e adottando misure per rilevare e contenere

- tempestivamente i focolai importati) ove possibile e mantenere una sorveglianza di alta qualità basata su indicatori e eventi per sostenere tutti questi sforzi.
3. Integrare la sorveglianza, l'individuazione, la prevenzione, la cura e la ricerca di mpox in programmi e servizi innovativi di prevenzione e controllo dell'HIV e delle IST, al fine di comprendere i rischi di recrudescenza, rilevare tempestivamente i focolai, ridurre le barriere ai servizi sanitari, comunicare il rischio, rafforzare il rilevamento dell'infezione da HIV non diagnosticata e trattamento antiretrovirale precoce e continuato, assistenza clinica avanzata per la coinfezione HIV-mpox e affrontare la paura, lo stigma e la discriminazione nelle popolazioni a rischio.
 4. Continuare a migliorare l'accesso alla diagnostica, ai vaccini e alle terapie, anche attraverso meccanismi di allocazione e trasferimento di tecnologia, e sovvenzioni alla produzione regionale per promuovere l'equità sanitaria globale nelle aree in cui le persone possono incontrare ostacoli all'assistenza, comprese le minoranze e quelle del sud del mondo.
 5. Rafforzare e supportare la capacità in contesti con risorse limitate in cui continua a verificarsi mpox, inclusi ma non limitati a One Health e salute degli animali, per comprendere e caratterizzare meglio tutte le modalità di trasmissione e rispondere ai focolai ovunque si verifichino.
 6. Attuare un'agenda di ricerca strategica e coordinata per garantire la generazione continua di prove, inclusa ma non limitata a una migliore comprensione della virologia clinica di mpox, delle modalità di trasmissione, dei determinanti sociali per i gruppi colpiti e delle malattie cliniche, in particolare negli individui immunodepressi, e lo sviluppo di contromisure, tra cui un cambiamento efficace del comportamento, una diagnostica rapida e terapie e vaccini di nuova generazione.

Nuove raccomandazioni e modifiche alle precedenti

Le raccomandazioni che seguono estendono o modificano quelle emanate il [1° novembre 2022](#). In linea con l' [annuncio dell'OMS](#) del 28 novembre 2022, il termine vaiolo delle scimmie in riferimento alla malattia è stato sostituito con mpox in tutto il documento.

I documenti dell'OMS a cui si fa riferimento sono aggiornati al 7 febbraio 2023.

Prontezza (1): queste raccomandazioni hanno lo scopo di garantire uno stato di prontezza per un focolaio di mpox e si applicano a TUTTI gli Stati Membri

AGGIUNTO: 1.a.0. Preparare una strategia per rafforzare la capacità nelle aree chiave di prontezza e risposta, tra cui: 1) sviluppare un piano di eliminazione o controllo a breve termine di mpox, in base alle circostanze nazionali 2) garantire che mpox sia una malattia soggetta a denuncia a livello nazionale e rafforzare la sorveglianza epidemiologica delle malattie per sostenere sforzi per l'eliminazione o il controllo di mpox, a seconda dei casi; 3) Rafforzare e sfruttare programmi e servizi innovativi per l'HIV e le IST per integrare la sorveglianza, l'individuazione, la prevenzione, l'assistenza e la ricerca di mpox; 4) continuare a migliorare l'accesso alla diagnostica, ai vaccini e alle terapie per le popolazioni difficili da raggiungere ed emarginate per promuovere l'equità sanitaria globale; 5) continuare a rafforzare la capacità in contesti con risorse limitate attraverso un approccio One Health per comprendere meglio e prevenire la trasmissione all'interfaccia animale-uomo; 6). Stimolare,

MODIFICATO : 1.a. Sviluppare un piano di eliminazione o controllo per mpox che comprenda un approccio multisettoriale e One Health e mantenere **meccanismi di coordinamento** per **rafforzare** tutti gli aspetti della prontezza a fermare la trasmissione da uomo a uomo e rispondere a mpox e intraprendere una revisione post-azione per identificare e basarsi sulle lezioni apprese durante l'epidemia e affrontare il rischio residuo, ridurre la minaccia di future epidemie di mpox e migliorare la prontezza per le epidemie. [https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-\(sprp\)](https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-(sprp))

ESTESA : 1.b. Continuare a pianificare e/o attuare **interventi per evitare la stigmatizzazione e la discriminazione** nei confronti di qualsiasi individuo o gruppo di popolazione che potrebbe essere affetto da mpox, con l'obiettivo di prevenire un'ulteriore trasmissione non rilevata del virus del vaiolo delle scimmie (MPXV). Il fulcro di questi interventi dovrebbe essere: promuovere l'autosegnalazione volontaria e il

comportamento di ricerca di cure; sostenere l'accesso a vaccini e terapie; facilitare l'accesso tempestivo a cure cliniche di qualità; proteggere i diritti umani, la privacy e la dignità delle persone a rischio e colpite e dei loro contatti in tutte le comunità. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-RCCE-2022.1>

ESTESA : 1.c. Notando che Clade II MPXV è un'infezione sessualmente trasmissibile, continuare a stabilire e intensificare la **sorveglianza epidemiologica delle malattie**, compreso l'accesso a test diagnostici affidabili, convenienti e accurati, per le malattie compatibili con mpox come parte dei sistemi di sorveglianza nazionali esistenti. Ai fini della sorveglianza della malattia, dovrebbero essere adottate definizioni di caso per casi sospetti, probabili e confermati di mpox, nonché la definizione di caso per morte correlata a mpox <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Sorveglianza-2022.4>
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-laboratory-2022.1>

ESTESA : 1.d. Continuare a intensificare la **capacità di diagnosi** precoce sensibilizzando e formando gli operatori sanitari, compresi quelli delle cure primarie, delle cliniche di salute genito-urinaria e sessuale, dei reparti di cure urgenti/di emergenza, degli studi dentistici, della dermatologia, della pediatria, dei servizi per l'HIV, delle malattie infettive, dei servizi di maternità, ostetricia e ginecologia e altre strutture per acuti. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.4>

ESTESA : 1.e. Continuare a **sensibilizzare sulla trasmissione dell'MPXV**, sulle relative misure di prevenzione e protezione e sui sintomi e segni di mpox tra le **comunità che sono attualmente colpite** (ad esempio, in modo importante, ma non esclusivo, alcune comunità di uomini gay, bisessuali e altri che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) o individui con più partner sessuali) così come tra le altre popolazioni che potrebbero essere a rischio (p. es., lavoratrici del sesso, persone transgender).

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-RCCE-2022.1>

MODIFICATO : 1.f. Continuare a coinvolgere i principali gruppi della comunità, la salute sessuale e le reti della società civile, comprese quelle per le persone che vivono con l'HIV, per ascoltare e comprendere le **percezioni e le preoccupazioni della comunità** sull'mpox e **per aumentare la fornitura di informazioni affidabili e fattuali** sulla malattia.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-RCCE-2022.1>

MODIFICATO : 1.g. Continuare a **concentrare gli sforzi di comunicazione del rischio e di supporto della comunità** su contesti e luoghi in cui si svolgono incontri intimi (ad es. incontri incentrati su MSM, luoghi in cui si fa sesso in sede) nonché canali che possono facilitare la messaggistica mirata alle comunità interessate (come incontri geospaziali app per MSM).

Ciò include il coinvolgimento e il supporto di organizzazioni guidate dalla comunità, organizzatori di eventi su larga e piccola scala, nonché proprietari e gestori di luoghi di sesso nei locali per promuovere misure di protezione personale e comportamenti di riduzione del rischio.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Gatherings-2022.1>

MODIFICATO : 1.h. I paesi con nuovi casi rilevati o decessi di mpox dovrebbero segnalare questi casi all'OMS non appena vengono rilevati. I paesi attualmente colpiti da un focolaio dovrebbero segnalare i **casi probabili e confermati** di mpox e i **decessi** correlati a mpox all'OMS su base settimanale, attraverso i canali stabiliti ai sensi delle disposizioni del RSI, utilizzando il set minimo di dati contenuto nel modulo di segnalazione dei casi dell'OMS (CRF).

<https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-minimum-dataset-case-reporting-form-crf> <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Sorveglianza-2022.4>; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-CRF-2022.3>

ESTESA : 1.i. Continuare ad **attuare tutte le azioni necessarie per applicare o continuare ad applicare la serie di Raccomandazioni temporanee** enumerate in Risposta (2) di seguito in caso di rilevamento per la prima volta o rinnovato di uno o più casi sospetti, probabili o confermati di mpox.

[https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-\(sprp\)](https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-(sprp))

Risposta alle epidemie (2): tutti gli Stati parte con uno o più casi di mpox, indipendentemente dalla fonte iniziale, o che hanno subito una trasmissione da uomo a uomo, compresi i principali gruppi di popolazione o comunità ad alto rischio di esposizione

2.a. Implementare una risposta coordinata

ESTESO : 2.ai Continuare ad attuare azioni di risposta con l' **obiettivo di fermare la trasmissione da uomo a uomo** di MPXV, con un'attenzione prioritaria alle comunità ad alto rischio di esposizione, che possono differire a seconda del contesto e possono includere gay, bisessuali e altri uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM). Tali azioni includono: comunicazione mirata del rischio e coinvolgimento della comunità, rilevamento dei casi, isolamento supportato dei casi e trattamento, tracciamento dei contatti e immunizzazione mirata per le persone ad alto rischio di esposizione per mpox.

[https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-\(sprp\)](https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-(sprp))

ESTESA : 2.a.ii. Continuare a **sostenere l' empowerment delle comunità colpite** e consentire e sostenere la loro leadership nell'ideare, contribuire attivamente e monitorare la risposta al rischio per la salute che stanno affrontando. Estendere le risorse tecniche, finanziarie e umane nella misura del possibile e mantenere la responsabilità reciproca sulle azioni delle comunità interessate.

[https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-\(sprp\)](https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-(sprp))

ESTESA : 2.a.iii. Continuare ad **attuare risposte** con l'obiettivo di **proteggere i gruppi vulnerabili** (individui immunodepressi, bambini, donne incinte) che possono essere maggiormente a rischio di malattia grave da mpox. Tali azioni includono: **comunicazione mirata del rischio e coinvolgimento della comunità, rilevamento dei casi, isolamento supportato dei casi, tracciamento dei contatti e trattamento** . Ciò può includere anche **un'immunizzazione mirata** che tenga in attenta considerazione i rischi e i benefici per l'individuo nel processo decisionale clinico condiviso.

[https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-\(sprp\)](https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-strategic-preparedness--readiness--and-response-plan-(sprp))

2.b. Coinvolgere e proteggere le comunità

MODIFICATO : 2.bi Continuare a **sensibilizzare** su come il mpox si presenta e si trasmette nelle comunità colpite, e in particolare nelle popolazioni difficili da raggiungere ed emarginate che possono variare a seconda del contesto, e sulle azioni che possono essere intraprese per ridurre il rischio. Promuovere l'adozione e l'**uso appropriato delle misure di prevenzione** , compreso il sostegno all'accesso equo alla vaccinazione preventiva primaria (PPV) per le persone a rischio di esposizione e l'adozione di altre **misure informate di mitigazione del rischio** in linea con le più recenti linee guida dell'OMS.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Gatherings-2022.1>

ESTESA : 2.b.ii. Continuare a **impegnarsi con le autorità e gli organizzatori di eventi di raduni** (grandi e piccoli), compresi quelli che possono favorire incontri di natura intima o che possono includere luoghi per il **sex nei locali** , per **promuovere misure e comportamenti di protezione personale** e incoraggiare organizzatori ad applicare l'approccio basato sul rischio raccomandato dall'OMS al **processo decisionale** relativo allo svolgimento di tali eventi. Fornire tutte le informazioni necessarie per la comunicazione del rischio sulle scelte personali in merito alle misure preventive, compreso il **ruolo dei vaccini, la riduzione del numero di partner e per la prevenzione e il controllo delle infezioni** comprese pratiche sessuali più sicure e pulizia regolare dei luoghi e dei locali degli eventi.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Gatherings-2022.1>

MODIFICATO : 2.b.iii. Continuare a sviluppare e mirare **alla comunicazione del rischio e agli interventi di coinvolgimento della comunità**, compreso l'ascolto sociale sistematico (ad esempio, attraverso piattaforme digitali) per le percezioni emergenti, le preoccupazioni e la diffusione di informazioni errate che potrebbero ostacolare le azioni di risposta. Co-sviluppare materiali di comunicazione con le comunità per una maggiore comprensione dell'evoluzione delle informazioni basate sull'evidenza.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-RCCE-2022.1>

ESTESA : 2.b.iv. Continuare a **impegnarsi con rappresentanti** delle comunità colpite, organizzazioni non governative, funzionari eletti e società civile e scienziati comportamentali per consigliare **approcci e strategie per evitare la stigmatizzazione** di qualsiasi individuo o gruppo di popolazione nell'attuazione di interventi appropriati, in modo che la ricerca di cure comportamento, i test, l'accesso e l'adozione di misure preventive e l'assistenza clinica sono tempestivi e per prevenire la trasmissione non rilevata di MPXV. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-RCCE-2022.1>

2.c. Sorveglianza e misure di sanità pubblica

MODIFICATO : 2.ci Intensificare la **sorveglianza per malattie compatibili con mpox** come parte degli schemi nazionali di sorveglianza esistenti, incluso l'accesso a test diagnostici tempestivi, affidabili, convenienti e accurati. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.4> ;

ESTESA : 2.c.ii. Continuare a segnalare **casi probabili e confermati di mpox e decessi correlati a mpox** all'OMS, su **base settimanale**, anche attraverso i canali stabiliti nell'ambito del RSI (2005), o su base mensile se la gestione di mpox è stata integrata nell'HIV o in altri programmi sessualmente trasmissibili, compreso l'utilizzo del set minimo di dati contenuto nel modulo di segnalazione dei casi dell'OMS (CRF).

[Mpox \(vaiolo delle scimmie\) Modulo di indagine sui casi \(CIF\) e dataset minimo Modulo di segnalazione dei casi \(CRF\) \(who.int\)](#)

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.4> ; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-CRF-2022.3>

ESTESA : 2.c.iii. Continuare a **rafforzare la capacità del laboratorio** (anche attraverso il riferimento internazionale dei campioni, se necessario) e sostenere l'accesso decentralizzato all'interno del paese ai test, ove possibile, per la diagnosi dell'infezione da MPXV e la relativa sorveglianza, basata sull'uso del test di amplificazione dell'acido nucleico (NAAT), come la reazione a catena della polimerasi (PCR) in tempo reale o convenzionale. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-laboratory-2022.1>

ESTESA : 2.c.iv. Continuare a **rafforzare le capacità di sequenziamento genomico** e le capacità internazionali di rinvio dei campioni secondo necessità, basandosi sulle capacità di sequenziamento esistenti in tutto il mondo, per determinare i cladi virali circolanti e la loro evoluzione e condividere i dati della sequenza genetica attraverso database accessibili al pubblico.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-laboratory-2022.1>

MODIFICATO : 2.cv **Isolare i casi per tutta la durata del periodo infettivo**. Le politiche relative all'isolamento dei casi dovrebbero comprendere il supporto sanitario, psicologico, materiale ed essenziale per una vita adeguata. Qualsiasi adeguamento delle politiche di isolamento in ritardo nel periodo di isolamento dovrebbe comportare la mitigazione di qualsiasi rischio residuo per la salute pubblica. Consigliare le persone identificate come sospette o confermate di mpox, durante il periodo di isolamento, su come ridurre al minimo il rischio di trasmissione successiva di mpox, come coprire le lesioni e indossare una maschera in conformità con le più recenti linee guida dell'OMS.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>

NON APPLICABILE : 2.c.vi. Precedentemente fusa con 2.cv

ESTESA : 2.c.vii. Continuare a condurre il **tracciamento dei contatti tra le persone in contatto con chiunque possa essere un caso sospetto, probabile o confermato di mpox**, tra cui: identificazione del contatto (protetta dalla riservatezza), gestione delle notifiche e follow-up per 21 giorni attraverso il monitoraggio

sanitario che potrebbe essere autodiretti o supportati da funzionari della sanità pubblica. Le politiche relative alla gestione dei contatti dovrebbero comprendere il supporto sanitario, psicologico, materiale ed essenziale per una vita adeguata.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.4>

ESTESA : 2.c. viii. Continuare a prendere in considerazione l' **uso mirato di vaccini contro il vaiolo o il mpox di seconda o terza generazione** (di seguito indicati come vaccino/i) per la **profilassi post-esposizione** nei contatti, compresi i contatti domestici, sessuali e di altro tipo, di casi di comunità e operatori sanitari laddove vi siano potrebbe essere stata una violazione dei dispositivi di protezione individuale (DPI).

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Immunization>

ESTESA : 2.c. ix. Continuare a considerare l' **uso mirato dei vaccini per la vaccinazione preventiva primaria (pre-esposizione)** , in particolare per le persone e le comunità ad alto rischio di esposizione. Le persone a più alto rischio di esposizione nell'epidemia multinazionale sono gay, bisessuali o altri MSM con più partner. Altri a rischio possono includere individui con più partner sessuali occasionali, lavoratori del sesso e coloro che potrebbero essere esposti e a rischio di malattie più gravi. Le persone a rischio possono includere anche operatori sanitari soggetti a esposizione ripetuta, personale di laboratorio che lavora con orthopoxvirus e personale di laboratorio clinico che esegue test diagnostici per mpox.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Immunization>

ESTESO : 2.cx Continuare a **convocare il Gruppo consultivo tecnico nazionale per l'immunizzazione (NITAG) per qualsiasi decisione sulla politica di immunizzazione e sull'uso dei vaccini** . Le raccomandazioni dovrebbero essere informate dall'analisi rischi-benefici. In ogni circostanza, i vaccinati dovrebbero essere informati del tempo necessario per l'immunità protettiva potenzialmente offerta dalla vaccinazione.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Immunization>

ESTESA : 2.c.xi. Continuare a **coinvolgere le comunità ad alto rischio di esposizione** nel processo decisionale relativo all'introduzione di qualsiasi vaccino.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Immunization>

ESTESA: 2.c.xii. Continuare a effettuare valutazioni approfondite **del rischio, prepararsi e rispondere rapidamente a qualsiasi caso o focolaio di mpox in contesti di congregazione** . Ciò include ospedali, carceri, residenze di lavoratori migranti o altre situazioni in cui la densità di popolazione può essere elevata, comprese le strutture per sfollati interni o rifugiati. <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--13---5-january-2023>

2.d. Gestione clinica e prevenzione e controllo delle infezioni

ESTESA : 2.di Stabilire e continuare a utilizzare **percorsi e protocolli di assistenza clinica raccomandati per lo screening, il triage, l'isolamento, i test e la valutazione clinica di persone sospette con mpox** in tutti i contesti clinici in cui possono presentarsi persone con sindromi cliniche compatibili, incluse ma non limitato a cure urgenti o primarie, servizi di salute sessuale e cliniche dermatologiche; fornire formazione agli operatori sanitari di conseguenza e monitorare l'attuazione di tali protocolli.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>

ESTESA : 2.d.ii. Stabilire e continuare ad attuare **protocolli relativi alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC)** in linea con le più recenti linee guida dell'OMS, che comprendano controlli tecnici e amministrativi e l'uso di DPI; fornire formazione agli operatori sanitari di conseguenza e monitorare l'attuazione di tali protocolli.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>

MODIFICATO : 2.d.iii. Continuare a **fornire agli operatori sanitari e di laboratorio DPI adeguati** , come appropriato per le strutture sanitarie e le impostazioni di laboratorio, e fornire a tutto il personale una

formazione sull'uso dei DPI. Considerare la vaccinazione preventiva pre-esposizione per gli operatori sanitari come appropriata sulla base dei benefici e dei rischi valutati.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1> ; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Immunization>

ESTESA : 2.d.iv. Continuare a **stabilire , aggiornare e implementare protocolli clinici basati sull'evidenza per la cura e la gestione** delle persone con mpox non complicato (p. es., mantenere pulite le lesioni, controllare il dolore e mantenere un'adeguata idratazione e nutrizione); e le varie manifestazioni di malattie gravi; prevenzione e trattamento delle complicanze acute; e il monitoraggio e la gestione delle sequele a medio o lungo termine, inclusa la fornitura di **supporto sociale e psicologico** ove necessario. Stabilire il rilevamento e la cura dei casi di mpox attraverso **approcci integrati con servizi di salute sessuale e prevenzione e cura dell'HIV consolidati**, anche attraverso l'impegno della comunità con le organizzazioni della società civile.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>

ESTESO : 2.dv Continuare ad **armonizzare la raccolta dei dati e riportare i risultati clinici** , utilizzando la piattaforma clinica globale dell'OMS per mpox.

<https://www.who.int/tools/global-clinical-platform/monkeypox>

2.e. Ricerca contromisure mediche

ESTESO : 2.ei Continuare a compiere tutti gli sforzi per utilizzare **vaccini esistenti o nuovi contro mpox** nell'ambito di **studi di efficacia clinica collaborativi** , utilizzando metodi di progettazione standardizzati e strumenti di raccolta dati per dati clinici e di esito, per **aumentare rapidamente la generazione di prove** sull'efficacia e la **sicurezza** , raccogliere dati sull'efficacia dei vaccini (ad esempio, come il confronto di regimi vaccinali a una o due dosi) e condurre **studi sull'efficacia dei vaccini** .

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Immunization>

ESTESA : 2.e.ii. Continuare a compiere tutti gli sforzi per **utilizzare terapie esistenti o nuove e agenti antivirali** per il trattamento di mpox nell'ambito di **studi collaborativi sull'efficacia clinica** , utilizzando **metodi di progettazione standardizzati e strumenti di raccolta dati** per dati clinici e di esito, per **aumentare rapidamente la generazione di prove sull'efficacia e sicurezza** .

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>

ESTESA : 2.e.iii. Quando l'uso di vaccini e antivirali per mpox nel contesto di un quadro di ricerca collaborativa non è possibile, si può prendere in considerazione l'uso nell'ambito di **protocolli di accesso ampliato** , come il **Monitored Emergency Use of Unregistered and Investigational Interventions (MEURI)** , in determinate circostanze, utilizzando raccolta di dati armonizzata per gli esiti clinici (come la piattaforma clinica globale dell'OMS per mpox). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041745>

ESTESA: 2.e.iv. Continuare a incoraggiare, sostenere e facilitare la raccolta di dati e la ricerca prioritaria in aree di lavoro rilevanti per mpox, inclusi ma non limitati alla trasmissione della malattia e alla storia naturale della diagnostica della malattia e tecnologie innovative tra cui test point-of-care, cinetica virale attraverso il campione tipologie e diagnostica animale; ricerche di insight comportamentali e studi sull'efficacia degli interventi; rischio di esposizione per gli operatori sanitari e gestione pre e post esposizione; ricerca sulla trasmissione zoonotica di mpox all'interfaccia uomo-animale-ambiente, compresi i fattori di rischio socio-economico e comportamentale e indicazioni per la sorveglianza ambientale nelle acque reflue. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/06/02/default-calendar/who-monkeypox-research--what-are-the-knowledge-gaps-and-priority-research-domande>

2.f. Viaggi nazionali e internazionali

ESTESO : 2.fi Continuare ad adottare e ad applicare le seguenti misure:

- Qualsiasi persona sospettata , **probabile o confermata** di mpox=infetta dalle autorità sanitarie giurisdizionali deve **evitare di intraprendere qualsiasi viaggio, compresi i viaggi internazionali, fino**

a **quando non viene autorizzata a farlo** . Chiunque non stia bene dovrebbe essere avvisato di consultare un medico prima del viaggio.

- Qualsiasi individuo che sia stato identificato come **contatto di una persona con mpox**, ed è quindi soggetto a monitoraggio sanitario, dovrebbe **evitare di intraprendere qualsiasi viaggio, compresi i viaggi internazionali durante il periodo di monitoraggio sanitario** , ad eccezione dei contatti per i quali accordi pre-partenza per garantire la continuità di sorveglianza sanitaria sono concordati tra le autorità sanitarie interessate o, in caso di viaggi internazionali, tra le autorità sanitarie nazionali.

Le esenzioni si applicano a qualsiasi persona con mpox o contatto e che potrebbe aver bisogno di intraprendere un viaggio per cercare **cure mediche urgenti o fuggire da situazioni di pericolo di vita, come conflitti o disastri naturali**. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.4>

- I lavoratori transfrontalieri, identificati come esposti a mpox e, quindi, sottoposti a monitoraggio sanitario, possono continuare le loro normali attività quotidiane a condizione che il monitoraggio sanitario sia debitamente coordinato dalle autorità sanitarie giurisdizionali da entrambi/tutti i lati del confine.

ESTESA : 2.f.ii. Continuare a mantenere canali operativi tra le autorità sanitarie, le autorità di trasporto e gli operatori dei mezzi di trasporto e dei punti di ingresso per:

- Facilitare il **contact tracing internazionale** in relazione a persone che hanno sviluppato segni e sintomi compatibili con l'infezione da MPXV durante il viaggio o al ritorno;
- Fornire **materiali di comunicazione ai punti di ingresso** su segni e sintomi coerenti con mpox; prevenzione e controllo delle infezioni; e su come richiedere assistenza medica nel luogo di destinazione;

L'OMS sconsiglia **qualsiasi** misura aggiuntiva generale o mirata relativa ai viaggi internazionali diversa da quelle specificate nei paragrafi **2.fi e 2.f.ii**

Trasmissione zoonotica (3): gli Stati parti con trasmissione zoonotica nota o sospetta di mpox, compresi quelli in cui è nota la trasmissione zoonotica o è stata segnalata in passato, quelli in cui è stata documentata la presenza di MPXV in qualsiasi specie animale e quelli dove si può sospettare l'infezione di animali, compresi gli animali domestici, il bestiame o la fauna selvatica nei nuovi paesi colpiti. Queste raccomandazioni si applicano a tutti gli Stati Parte.

ESTESA : 3.a. Continuare a istituire o attivare il **coordinamento collaborativo One Health** o altri meccanismi a livello federale, nazionale, subnazionale e/o locale, a seconda dei casi, tra autorità sanitarie pubbliche, veterinarie e per la fauna selvatica per comprendere, monitorare e gestire il rischio di trasmissione da animale a uomo e la trasmissione da uomo ad animale in habitat naturali, foreste e altri ambienti selvatici o gestiti, riserve naturali, ambienti domestici e peridomestici, giardini zoologici, negozi di animali, rifugi per animali e qualsiasi ambiente in cui gli animali possono entrare in contatto con i rifiuti domestici.

MODIFICATO : 3.b. Continuare a intraprendere **indagini e studi dettagliati sui casi** per caratterizzare i **modelli di trasmissione, comprese le ricadute sospette o documentate e le ricadute sugli animali** . In tutti i contesti, e in particolare per gli Stati parti nelle regioni dell'Africa e del Mediterraneo orientale, i moduli di indagine sui casi dovrebbero essere aggiornati e adattati per ottenere informazioni sull'intera gamma di possibili esposizioni e modalità di trasmissione sia zoonotica che interumana. Condividere i risultati di questi sforzi, inclusa la **segnalazione di casi in corso con l'OMS e la segnalazione di casi di animali a WOA** .

https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical_CRF-2022.3

Sviluppo e impiego di contromisure mediche (4): queste raccomandazioni si applicano a tutti gli Stati Parte e in particolare a quelli con capacità di innovare, sviluppare e/o fabbricare contromisure mediche

MODIFICATO : 4.a. Gli Stati parti dovrebbero continuare a perseguire e/o sostenere la **ricerca, lo sviluppo, la capacità produttiva** e, ove possibile, il trasferimento di tecnologia per la diagnostica, i vaccini o le terapie dell'mpox al fine di migliorare la disponibilità e aumentare la produzione.

ESTESA : 4.b. Gli Stati parti e i produttori dovrebbero continuare a lavorare con l'OMS per garantire che **la diagnostica, i vaccini, le terapie** e altre forniture necessarie siano **rese disponibili** sulla base delle **esigenze di salute pubblica, della solidarietà e a costi ragionevoli** per i paesi in cui sono più necessari per sostenere gli sforzi per fermare il proseguimento diffusione di mpox.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=111169

quotidiano**sanita**.it

Covid. Oms: "Italia al secondo posto in Europa per numero di decessi nelle ultime 4 settimane, anche se il trend è in forte diminuzione". Quotidiano Sanità

Lo segnala l'ultimo rapporto dell'Oms sull'andamento della pandemia a livello globale. Complessivamente nel Mondo, nel periodo che va dal 16 gennaio al 12 febbraio, sono stati rilevati oltre 6,7 milioni di nuovi casi e oltre 64.000 decessi, con un calo, rispettivamente, del 92% e del 47%, rispetto ai 28 giorni precedenti. In Italia calano sia i nuovi casi (-69%) che i decessi (-50%) ma in valori assoluti restiamo comunque tra i Paesi europei con numeri di contagi e morti tra i più alti.

L'ultimo rapporto epidemiologico dell'Oms sull'andamento della pandemia Covid a livello globale rileva oltre 6,7 milioni di nuovi casi e oltre 64.000 decessi negli ultimi 28 giorni (dal 16 gennaio al 12 febbraio 2023), con un calo, rispettivamente, del 92% e del 47%, rispetto ai 28 giorni precedenti.

Complessivamente, dall'inizio della pandemia al 12 febbraio 2023, sono stati segnalati oltre 755 milioni di casi confermati e oltre 6,8 milioni di decessi in tutto il mondo.

A livello regionale, il numero di nuovi casi segnalati a 28 giorni è diminuito o è rimasto stabile in tutte le regioni Oms: Pacifico occidentale (-96%), Sud-est asiatico (-59%), Europea (-52%), Americhe (-46%), Africana (-23%) e Mediterraneo Orientale (-2%).

Il numero di nuovi decessi in 28 giorni è diminuito o è rimasto stabile in quattro regioni: Sud-est asiatico (-60%), Pacifico occidentale (-58%), Europea (-50%) e Americhe (-1%), mentre è aumentato nella regione Africana (+22%) e in quella del Mediterraneo orientale (+33%).

A livello nazionale, il numero più alto di nuovi casi in valori assoluti negli ultimi 28 giorni è stato segnalato da Giappone (1.627.259 nuovi casi; -61%), Cina (1.272.035 nuovi casi; -98%), Stati Uniti d'America (1.165.050 nuovi casi; 36%), Repubblica di Corea (543.308 nuovi casi; -66%) e Brasile (332.404 nuovi casi; -54%).

I numeri più alti di nuovi decessi in valori assoluti negli ultimi 28 giorni sono stati segnalati dalla Cina (20.979 nuovi decessi; -68%), da Stati Uniti d'America (14.326 nuovi decessi; +12%), Giappone (8.294 nuovi decessi; -7%), Brasile (2.426 nuovi decessi; -29%) e Regno Unito (2.269 nuovi decessi; -47%).

Regione Europea

La Regione Europea ha riportato oltre 1,2 milioni di nuovi casi, con una diminuzione del 52% rispetto al precedente periodo di 28 giorni. Il numero più alto di nuovi casi in valori assoluti si è registrato in Germania (296.686 nuovi casi; 356,7 nuovi casi ogni 100.000; -51%), Federazione Russa (216.104 nuovi casi; 148,1 nuovi casi ogni 100.000; +54%) e Italia (138.179 nuovi casi; 231,7 nuovi casi ogni 100.000 abitanti; -69%).

Il numero di nuovi decessi è diminuito del 50% rispetto al precedente periodo di 28 giorni, con 11.173 nuovi decessi segnalati. Il numero più alto di nuovi decessi in valori assoluti è stato segnalato dal Regno Unito (2.269 nuovi decessi; 3,3 nuovi decessi ogni 100.000; -47%), Italia (1.393 nuovi decessi; 2,3 nuovi decessi ogni 100.000; -50%), e Federazione Russa (1.153 nuovi decessi; <1 nuovo decesso ogni 100.000; -18%).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111139

Brusco incremento della mortalità in eccesso nella UE a dicembre. Quotidiano Sanità + 19% rispetto al +8,4% di novembre. Aggiornata la stima del dato italiano di novembre che passa dal +0,5% al +9,4%

L'incremento maggiore in Germania (+37%). Altri Paesi con tassi superiori al +20% sono stati Austria (+27%), Slovenia (+26%), Irlanda e Francia (entrambi +25%), Cechia, Paesi Bassi ed Estonia (tutti +23%), Danimarca (+22%). %, e Finlandia e Lituania (entrambe +21%). Per Italia e Svezia i dati di dicembre non sono ancora disponibili. Eurostat ha anche aggiornato le precedenti stime provvisorie relative al mese di novembre [pubblicate a gennaio](#) e per l'Italia si passa dal +0,5% al +9,4%.

24 FEB - Nel mese di dicembre 2022 l'eccesso di mortalità nei paesi della UE è tornato a salire bruscamente arrivando al +19% del numero medio di decessi per lo stesso periodo nel 2016-2019, il valore più alto registrato nel 2022. Si tratta di un forte aumento rispetto a novembre, quando l'eccesso di mortalità era a +8,4 %.

I dati sono stati pubblicati nei giorni scorsi da Eurostat che ha anche aggiornato [le precedenti stime sull'eccesso di mortalità pubblicate a gennaio](#) che indicavano una media europea del +6,7% per il mese di novembre e che, nei nuovi dati aggiornati, come abbiamo visto, è salita al +8,4%.

Eurostat ha anche rivisto il dato italiano: [nella precedente edizione dei dati pubblicati a gennaio](#) la stima provvisoria di mortalità in eccesso per il nostro Paese per il mese di novembre 2022 era infatti di +0,5% mentre nei nuovi dati è indicata al +9,4%. Il dato pubblicato mensilmente da Eurostat si riferisce al numero di decessi per tutte le cause misurato durante una crisi, al di sopra di quanto si potrebbe osservare in condizioni "normali".

Excess mortality indicator

Percentage of monthly additional deaths in 2021-2022 compared to average monthly deaths in 2016-2019

| | Jan-2021 | Feb-2021 | Mar-2021 | Apr-2021 | May-2021 | Jun-2021 | Jul-2021 | Aug-2021 | Sep-2021 | Oct-2021 | Nov-2021 | Dec-2021 | Jan-2022 | Feb-2022 | Mar-2022 | Apr-2022 | May-2022 | Jun-2022 | Jul-2022 | Aug-2022 | Sep-2022 | Oct-2022 | Nov-2022 | Dec-2022 |
|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| EU | 15.4 | 5.9 | 10.6 | 20.9 | 10.6 | 6.8 | 5.6 | 9.0 | 12.7 | 18.2 | 26.5 | 23.6 | 7.5 | 7.9 | 6.6 | 11.9 | 7.9 | 8.3 | 17.0 | 13.8 | 10.1 | 11.4 | 8.4 | 19.0* |
| Belgium | 1.5 | -9.2 | -10.5 | 6.6 | 4.9 | 0.9 | -1.8 | -0.8 | 3.0 | 11.2 | 16.7 | 13.1 | -0.5 | 0.1 | 0.6 | 16.4 | 4.4 | 6.9 | 5.5 | 10.4 | 6.3 | 10.1 | 1.8 | 19.1 |
| Bulgaria | 0.1 | 5.7 | 53.4 | 76.9 | 26.5 | 8.8 | 7.9 | 19.7 | 51.4 | 74.0 | 88.5 | 43.2 | 27.8 | 47.1 | 18.9 | 6.9 | -0.6 | -6.2 | 3.1 | 9.2 | 5.0 | 0.5 | -0.9 | -6.0 |
| Czechia | 54.6 | 41.1 | 62.1 | 31.1 | 7.4 | 1.2 | 0.0 | -0.6 | 4.8 | 8.8 | 43.4 | 41.0 | 5.3 | 6.0 | 3.1 | 11.3 | 4.1 | 2.4 | 4.9 | 7.8 | 11.6 | 10.3 | 6.4 | 23.2 |
| Denmark | 10.8 | -7.3 | -12.1 | -2.3 | 5.8 | 6.1 | 8.2 | 12.3 | 11.1 | 13.9 | 14.0 | 17.9 | 10.5 | 6.8 | 6.3 | 10.6 | 4.8 | 10.8 | 10.5 | 14.1 | 7.3 | 12.7 | 7.0 | 22.4 |
| Germany | 23.4 | -1.7 | -9.0 | 7.1 | 8.2 | 8.7 | 3.5 | 4.3 | 11.4 | 12.4 | 23.4 | 24.2 | 3.5 | -1.0 | 3.9 | 12.9 | 9.5 | 11.9 | 16.4 | 17.5 | 15.7 | 24.0 | 15.8 | 37.3 |
| Estonia | 12.0 | 8.3 | 29.6 | 26.9 | 13.1 | 19.1 | 13.8 | 9.3 | 19.6 | 25.7 | 38.9 | 16.3 | 6.2 | 20.5 | 16.0 | 4.9 | 3.2 | 17.8 | 12.6 | 12.1 | 16.5 | 8.9 | 13.5 | 22.6 |
| Ireland | 21.4 | 17.7 | -4.8 | -0.2 | 6.2 | 0.5 | 10.1 | 11.7 | 12.5 | 14.2 | 16.3 | 5.8 | -4.2 | 2.7 | 7.0 | 19.2 | 13.4 | 12.2 | 15.4 | 16.9 | 11.2 | 15.7 | 15.5 | 25.4 |
| Greece | -7.8 | -2.8 | 16.1 | 24.8 | 21.4 | 12.8 | 21.2 | 34.1 | 24.8 | 18.0 | 31.3 | 32.1 | 19.9 | 20.2 | 24.9 | 21.4 | 12.7 | 6.8 | 23.3 | 18.8 | 10.8 | 7.2 | 10.5 | 17.4 |
| Spain | 16.3 | 8.0 | -2.2 | 1.7 | 2.6 | 2.1 | 7.7 | 16.5 | 9.7 | 5.8 | 8.3 | 6.1 | 5.2 | 3.6 | 1.0 | 8.7 | 14.2 | 16.3 | 36.8 | 19.5 | 8.7 | 8.7 | 4.9 | 9.6 |
| France | 10.2 | 9.0 | 7.2 | 17.0 | 9.3 | 2.6 | 2.7 | 11.2 | 9.2 | 7.7 | 7.3 | 15.1 | 10.3 | 8.6 | 4.6 | 14.9 | 6.7 | 6.7 | 15.2 | 13.4 | 8.0 | 11.3 | 8.7 | 24.5 |
| Croatia | 7.9 | 2.3 | 2.5 | 30.9 | 24.5 | 15.2 | 5.9 | 7.6 | 19.9 | 22.6 | 60.4 | 44.7 | 18.4 | 25.5 | 8.2 | 6.7 | 1.0 | 1.5 | 12.5 | 9.1 | 5.9 | 3.7 | 3.5 | 10.9 |
| Italy | 9.1 | 5.1 | 18.6 | 23.2 | 8.7 | 7.0 | 7.1 | 11.4 | 10.0 | 5.7 | 6.3 | 10.5 | 5.5 | 4.8 | 6.9 | 11.2 | 9.0 | 6.9 | 29.5 | 12.6 | 8.1 | 6.4 | 9.4 | . |
| Cyprus | 10.8 | -4.1 | 7.3 | 31.2 | 16.8 | 17.1 | 41.9 | 56.8 | 30.4 | 20.9 | 24.9 | 28.2 | 29.8 | 26.5 | 37.8 | 37.4 | 14.4 | 10.9 | 31.3 | 15.7 | 14.4 | 20.0 | 27.7 | 19.2 |
| Latvia | 30.6 | 15.1 | -0.8 | 6.4 | 16.2 | 22.0 | 14.9 | 9.0 | 17.6 | 52.4 | 57.4 | 19.5 | 5.9 | 11.9 | 8.9 | 2.9 | 0.6 | 6.7 | -0.3 | 7.4 | 4.8 | 7.1 | 4.0 | 17.8 |
| Lithuania | 29.1 | 2.3 | 6.0 | 10.6 | 13.5 | 15.4 | 10.6 | 12.5 | 32.9 | 43.6 | 35.9 | 29.5 | 5.5 | 7.6 | 14.6 | 8.0 | -1.5 | 4.6 | 0.9 | 11.8 | 7.6 | 8.1 | 1.3 | 20.6 |
| Luxembourg | 8.1 | -3.8 | 8.9 | 7.3 | 1.3 | 5.7 | 0.4 | -1.9 | 6.6 | 9.4 | 17.9 | 15.7 | 0.9 | 5.9 | -1.4 | 17.9 | 2.8 | 8.8 | 11.5 | 10.5 | 1.5 | 7.4 | 3.2 | 9.5 |
| Hungary | 6.0 | 0.4 | 50.6 | 50.0 | 10.2 | 8.4 | 4.4 | -1.3 | 3.9 | 10.3 | 51.3 | 40.1 | 1.3 | 5.4 | 4.8 | 8.5 | 1.0 | 2.6 | 8.2 | 5.4 | 5.0 | 6.3 | 6.1 | 2.8 |
| Malta | 4.1 | 17.7 | 32.5 | 0.4 | 13.3 | 3.6 | 20.4 | 39.2 | 18.0 | 12.2 | 14.8 | 19.8 | 15.7 | 19.2 | 22.8 | 30.7 | 4.2 | 17.0 | 27.7 | 9.0 | 17.6 | 22.5 | 16.8 | 9.7 |
| Netherlands | 18.6 | 3.6 | -2.7 | 10.6 | 7.8 | 7.2 | 5.7 | 11.0 | 12.4 | 14.7 | 35.0 | 31.4 | -0.8 | -1.5 | 8.8 | 19.2 | 11.0 | 14.0 | 15.2 | 15.0 | 12.9 | 19.1 | 12.9 | 22.7 |
| Austria | 8.8 | -3.4 | -0.2 | 11.4 | 8.7 | 11.8 | 5.5 | 8.8 | 12.3 | 12.2 | 34.3 | 19.2 | -2.5 | 2.9 | 15.1 | 18.3 | 9.8 | 13.7 | 17.8 | 11.2 | 12.4 | 18.3 | 13.8 | 27.4 |
| Poland | 26.1 | 11.0 | 38.3 | 65.4 | 27.0 | 13.7 | 7.5 | 5.8 | 10.1 | 14.6 | 51.0 | 69.1 | 24.5 | 15.1 | 7.8 | 11.4 | 6.9 | 7.2 | 6.0 | 11.6 | 12.3 | 9.1 | 2.8 | 17.8 |
| Portugal | 60.5 | 24.6 | -4.6 | -6.4 | -0.8 | -0.2 | 6.3 | 9.3 | 8.9 | 7.9 | 14.2 | 6.8 | -4.3 | 4.2 | 7.1 | 12.6 | 19.3 | 24.4 | 29.1 | 9.4 | 11.4 | 8.8 | 12.9 | 14.8 |
| Romania | 13.2 | 7.0 | 26.4 | 39.8 | 16.3 | 5.2 | 6.7 | 3.3 | 33.4 | 111.2 | 70.1 | 10.4 | 3.1 | 31.1 | 11.5 | 4.9 | -1.5 | -6.1 | 4.0 | 10.6 | 3.6 | -4.4 | -4.8 | -5.5* |
| Slovenia | 26.8 | -1.7 | 2.9 | 10.7 | 10.2 | 14.6 | 0.8 | -4.1 | 15.6 | 18.6 | 50.5 | 25.5 | 3.8 | 14.7 | 8.9 | 13.5 | 7.9 | 10.8 | 16.3 | 13.8 | 3.8 | 6.9 | 13.6 | 25.9 |
| Slovakia | 74.9 | 68.8 | 55.1 | 29.0 | 10.5 | 9.1 | 2.4 | 1.1 | 12.8 | 27.0 | 73.0 | 64.5 | 9.8 | 8.6 | 22.2 | 13.5 | 5.6 | 8.7 | 11.2 | 12.8 | 6.0 | 10.9 | 5.9 | 16.7 |
| Finland | -1.7 | -1.7 | -3.6 | -0.5 | 5.9 | 6.0 | 10.4 | 13.2 | 12.7 | 12.9 | 15.4 | 16.1 | 11.5 | 12.4 | 13.4 | 20.8 | 15.5 | 10.2 | 12.2 | 19.6 | 19.0 | 19.6 | 22.7 | 21.1 |
| Sweden | 12.4 | -7.5 | -10.3 | -6.3 | -1.9 | -4.9 | -4.5 | -3.1 | 0.6 | -3.0 | -0.4 | 1.1 | 4.3 | 4.8 | -3.9 | -4.3 | 2.3 | 4.1 | 3.0 | 8.0 | 8.5 | 1.6 | 2.2 | . |
| Iceland | 4.5 | 2.0 | -4.6 | 2.9 | 3.0 | 2.6 | 10.3 | 16.8 | -11.8 | -14.1 | 9.1 | 17.3 | 15.4 | 23.0 | 53.9 | 13.3 | 13.4 | 9.9 | 35.8 | 11.1 | 6.5 | -1.9 | 12.3 | 43.1 |
| Liechtenstein | 24.2 | 17.5 | -35.0 | 34.5 | 18.0 | -39.5 | 23.1 | -9.4 | -5.2 | -19.1 | 7.4 | 12.5 | 37.3 | 46.0 | 8.3 | -9.0 | -3.1 | -1.8 | 29.2 | -20.9 | 4.1 | -27.9 | 8.1 | -20.9 |
| Norway | -5.4 | -10.5 | -8.4 | -3.3 | -1.7 | -1.3 | 1.5 | 8.7 | 11.5 | 11.4 | 20.6 | 16.5 | -1.8 | 6.3 | 16.1 | 11.9 | 11.1 | 14.0 | 15.8 | 11.2 | 13.5 | 12.8 | 13.7 | 21.0 |
| Switzerland | 23.8 | -6.0 | -5.5 | 3.3 | 3.4 | 2.8 | 2.6 | 8.9 | 12.7 | 7.1 | 16.5 | 25.7 | 4.9 | 3.5 | 13.9 | 14.2 | 5.4 | 13.4 | 22.0 | 15.3 | 8.8 | 14.6 | 12.1 | 22.9 |

Note: Data for 2021-2022 are provisional
(.) not available
(*) estimated value
Source: Eurostat (online data code: demo_mexit)



L'indicatore di eccesso di mortalità prende semplicemente il numero di persone decedute per qualsiasi causa, in un dato periodo, e lo confronta con una linea di base storica degli anni precedenti in un periodo che non è stato colpito dalla pandemia di COVID-19.

In questo caso, la linea di base è costituita dal numero medio di decessi avvenuti in ogni mese nel periodo 2016-2019. Maggiore è il valore, maggiore è il numero di decessi aggiuntivi rispetto al basale. Nel caso di un indicatore negativo, ciò significa che in un determinato mese si sono verificati meno decessi rispetto al periodo di riferimento.

I nuovi dati di dicembre 2022, presentano comunque diverse variazioni dell'eccesso di mortalità tra i membri dell'UE: Romania e Bulgaria (entrambe -6%) hanno registrato valori inferiori alla media nazionale mensile

2016-19, mentre Ungheria (+3%), Lussemburgo, Spagna e Malta (tutte +10%) hanno tassi di mortalità in eccesso inferiori alla media della UE.

Al contrario, il tasso più elevato è stato registrato in Germania (+37%). Altri Paesi con tassi superiori al +20% sono stati Austria (+27%), Slovenia (+26%), Irlanda e Francia (entrambi +25%), Cechia, Paesi Bassi ed Estonia (tutti +23%), Danimarca (+22%). %, e Finlandia e Lituania (entrambe +21%).

Per Italia e Svezia i nuovi dati non sono al momento disponibili e saranno pubblicati da Eurostat rispettivamente a fine febbraio e metà marzo. L'UE ha registrato in precedenza importanti picchi di decessi in eccesso nell'aprile 2020 (+25%), nel novembre 2020 (+40%), nell'aprile 2021 (+21%) e nel novembre 2021 (+27%).

Anche il luglio 2022 ha mostrato una mortalità significativamente più alta rispetto al basale, probabilmente a causa delle ondate di caldo che hanno colpito parti dell'Europa durante il periodo di riferimento.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111354

quotidianosanita.it

La Guinea equatoriale conferma il primo focolaio di malattia da virus di Marburg.

Quotidiano Sanità

I test preliminari effettuati in seguito alla morte di almeno nove persone nella provincia occidentale di Kie Ntem sono risultati positivi alla febbre emorragica virale. Non esistono vaccini o trattamenti antivirali approvati per curare il virus. Tuttavia, le cure di supporto - reidratazione con liquidi per via orale o endovenosa - e il trattamento dei sintomi specifici migliorano la sopravvivenza.

14 FEB - La Guinea Equatoriale ha confermato ieri il primo focolaio di malattia da virus di Marburg. I test preliminari effettuati in seguito alla morte di almeno nove persone nella provincia occidentale di Kie Ntem sono risultati positivi alla febbre emorragica virale.

Le autorità sanitarie della Guinea Equatoriale hanno inviato dei campioni al laboratorio di riferimento dell'Institut Pasteur in Senegal con il supporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) per determinare la causa della malattia dopo l'allarme lanciato da un funzionario sanitario del distretto lo scorso 7 febbraio. Degli otto campioni analizzati all'Institut Pasteur, uno è risultato positivo al virus. Finora sono stati segnalati nove decessi e 16 casi sospetti con sintomi quali febbre, affaticamento, vomito e diarrea con tracce di sangue.

Sono in corso ulteriori indagini. Squadre avanzate sono state dispiegate nei distretti colpiti per rintracciare i contatti, isolare e fornire assistenza medica alle persone che mostrano i sintomi della malattia. L'Oms ha inviato esperti di epidemiologia, gestione dei casi, prevenzione delle infezioni, laboratorio e comunicazione del rischio per sostenere gli sforzi di risposta nazionale e assicurare la collaborazione della comunità nel controllo dell'epidemia.

L'Oms sta inoltre facilitando la spedizione di tende a guanto da laboratorio per l'analisi dei campioni e di un kit per la febbre emorragica virale che include dispositivi di protezione personale utilizzabili da 500 operatori sanitari.

"Il Marburg è altamente infettivo. Grazie all'azione rapida e decisiva delle autorità della Guinea Equatoriale nel confermare la malattia, la risposta all'emergenza può entrare rapidamente a pieno regime, in modo da salvare vite umane e fermare il virus il prima possibile", ha dichiarato **Matshidiso Moeti**, direttore regionale dell'Oms per l'Africa.

Il virus di Marburg è una malattia altamente virulenta che causa febbre emorragica, con un tasso di mortalità fino all'88%. Appartiene alla stessa famiglia del virus che causa la malattia da virus Ebola. La malattia causata dal virus di Marburg inizia bruscamente, con febbre alta, forte mal di testa e grave malessere.

Molti pazienti sviluppano gravi sintomi emorragici entro sette giorni. Il virus viene trasmesso alle persone dai pipistrelli della frutta e si diffonde tra gli esseri umani attraverso il contatto diretto con i fluidi corporei di persone, superfici e materiali infetti. Non esistono vaccini o trattamenti antivirali approvati per curare il virus. Tuttavia, le cure di supporto - reidratazione con liquidi per via orale o endovenosa - e il trattamento dei sintomi specifici migliorano la sopravvivenza. Sono in corso di valutazione una serie di potenziali trattamenti, tra cui emoderivati, immunoterapie e terapie farmacologiche, nonché vaccini candidati con dati di fase 1.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=111084

quotidianosanita.it

Covid. L'Ecdc elimina le varianti BA.2, BA.4 e BA.5 dall'elenco di quelle che destano preoccupazione

L'assenza di varianti del Sars-CoV-2 classificate come "preoccupanti" riflette l'attuale situazione epidemiologica stabile nell'UE/SEE. Tuttavia, avverte l'Ecdc, "non indica la fine della minaccia rappresentata dal Sars-CoV-2 e dalle possibili varianti future che potrebbero emergere".

03 MAR -

A partire da oggi, l'Ecdc eliminerà BA.2, BA.4 e BA.5 dall'elenco delle varianti di Sars-CoV-2 che destano preoccupazione (VOC), poiché questi lignaggi parentali non sono più in circolazione. L'Ecdc continuerà a classificare e a riferire su specifici sotto-lineamenti di Sars-CoV-2 in circolazione che sono rilevanti per la situazione epidemiologica. L'Ecdc ha classificato Omicron (B.1.1.529) come VOC nel novembre 2021 sulla base del fatto che si prevedeva che questa variante avrebbe avuto un impatto negativo sostanziale sulla situazione epidemiologica del Covid nell'UE/SEE. Omicron era la variante di Sars-CoV-2 più altamente mutata fino ad oggi, con sostanziali capacità di evasione immunitaria rispetto alle precedenti varianti di Sars-CoV-2. Omicron si è rapidamente imposto come lignaggio dominante della Sars-CoV-2 a livello globale, provocando un'impennata dei casi di Covid.

All'inizio del 2022 è emerso un gran numero di sotto-lignaggi discendenti da Omicron (BA.1, BA.2, BA.3, BA.4, BA.5), che l'Ecdc ha classificato separatamente per distinguere meglio il loro impatto relativo sulla situazione epidemiologica. Tra queste sotto-linee, BA.2, BA.4 e BA.5 hanno circolato costantemente nell'UE/SEE fino alla fine del 2022.

"L'attuale situazione epidemiologica è caratterizzata da un panorama estremamente diversificato di varianti discendenti BA.2 e BA.5, che presentano proprietà diverse rispetto ai lignaggi parentali e richiedono una valutazione individuale". Attualmente l'Ecdc elenca le più importanti tra queste nelle categorie "variante di interesse" (VOI) e "variante sotto monitoraggio" (VUM):

Variante di interesse (VOI)

BQ.1 (discendente BA.5)

BA.2.75 (discendente BA.2)

XBB (BA.2.10.1 / BA.2.75 discendente)

XBB.1.5 (BA.2.10.1 / BA.2.75 discendente) nuovo VOI

Variante sotto monitoraggio (VUM)

BF.7 (discendente BA.5)

BA.2.3.20 (BA.2 discendente)

CH.1.1 (discendente BA.2.75)

BN.1 (discendente BA.2.75)

XBC (Delta (21I) / BA.2 ricombinante)

XAY (Delta (AY.45) / BA.2 ricombinante)

L'assenza di varianti del Sars-CoV-2 classificate come "preoccupanti" riflette l'attuale situazione epidemiologica stabile nell'UE/SEE. Tuttavia, non indica la fine della minaccia rappresentata dal Sars-CoV-2 e dalle possibili varianti future che potrebbero emergere.

Raccomandazioni per le autorità sanitarie pubbliche

L'Ecdc incoraggia i Paesi a rimanere vigili, rafforzando i sistemi di sorveglianza rappresentativi, la capacità di sequenziamento e la segnalazione, come indicato nella guida del luglio 2022 Considerazioni operative per la sorveglianza dei virus respiratori in Europa e nei più recenti protocolli di segnalazione della sorveglianza Covid. "Stabilire una sorveglianza forte e sostenibile dei virus respiratori nella comunità sarà fondamentale per valutare in modo affidabile il contributo relativo delle diverse varianti della Sars-CoV-2 all'UE/SEE".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=111646

la Repubblica

Virus 'zombie' risvegliato dai ghiacci: dopo 48.500 anni è ancora una minaccia.

Donatella Zorzetto. La Repubblica

Un gruppo di scienziati francesi l'ha prelevato dal permafrost in Russia e analizzato in laboratorio. L'obiettivo: prepararsi al rischio epidemie per effetto del disgelo provocato dal riscaldamento climatico

Il rischio c'è, e può trasformarsi in una minaccia: le temperature più calde nell'Artico stanno scongelando il permafrost della regione (strato ghiacciato di suolo sotto terra) e potenzialmente rimettendo in circolo virus che, dopo essere rimasti dormienti per decine di migliaia di anni, potrebbero minacciare la salute degli animali e dell'uomo. Per affrontare l'incognita determinata dalle possibili conseguenze che virus addormentati per millenni possano scatenare sul genere umano, un gruppo di ricercatori dell'università francese di Aix-Marseille ne ha scongelati sette e analizzati in laboratorio: uno di questi ha 48.500 anni.

Cosa nasconde il permafrost?

Il permafrost copre un quinto dell'emisfero settentrionale, avendo sostenuto per millenni la tundra artica e le foreste boreali dell'Alaska, del Canada e della Russia. A cosa serve? Conserva, oltre agli antichi virus, i resti mummificati di un certo numero di animali estinti che gli scienziati sono stati in grado di dissotterrare e studiare negli ultimi anni, tra cui due cuccioli di leone delle caverne e un rinoceronte lanoso.

Il motivo per cui il permafrost è un buon mezzo di conservazione non è solo perché fa freddo, ma pure perché è un ambiente privo di ossigeno, che la luce non penetra. Tuttavia lo scenario sta cambiando: le attuali temperature artiche si stanno riscaldando fino a quattro volte più velocemente rispetto al resto del pianeta, indebolendone lo strato superiore.

L'équipe che 'rianima i virus

E qui entra in scena l'équipe di esperti guidata da Jean-Michel Claverie, professore emerito di Medicina e Genomica alla Scuola di Medicina dell'Università di Aix-Marseille a Marsiglia, che ha testato campioni di terra prelevati dal permafrost siberiano per vedere se eventuali particelle virali in esso contenute siano ancora infettive. In sostanza l'esperto si è messo alla ricerca di quelli che descrive come 'virus zombi'. E li ha trovati. Claverie studia un particolare tipo di virus che ha scoperto per la prima volta nel 2003.

Conosciuti come virus giganti, sono molto più grandi della varietà tipica e visibili con un normale microscopio ottico, piuttosto che con un microscopio elettronico più potente, cosa che li rende un buon modello per questo tipo di attività di laboratorio.

Un virus vecchio 48.500 anni

L'intervento potrebbe sembrare rischioso ma, secondo quanto riferito dagli esperti, è fondamentale quando si parla di cambiamento climatico, visto che i ghiacci si stanno sciogliendo in tempi rapidi. Così, gli organismi che per secoli sono stati sepolti nei ghiacciai potrebbero essere una minaccia per la salute di tutti, in quanto possono conservare a lungo la loro capacità infettiva.

Di conseguenza, studiare questi fenomeni ci permette di prepararci.

Entrando nel merito, i ricercatori francesi hanno scoperto un gruppo di virus più recenti, congelati per 27.000 anni e uno più vecchio, risalente a 48.500 anni fa: il virus più anziano mai ritrovato a oggi. "Si tratta di un record mondiale", ha spiegato Claverie, che con il suo gruppo di ricerca aveva scoperto in passato microbi di 30.000 anni fa su resti di mammut.

Il virus di 48.500 anni fa è stato trovato in fondo al lago di Yurechi Alas, in Yakutia, in Russia.

Si tratta di un pandoravirus, un virus gigante. Può infettare organismi chiamati amebe, ma non piante o animali.

Microbi 'zombie'

Questi virus riprendono vita dopo secoli, e per questo sono stati definiti 'zombie'. Potrebbero rappresentare un problema sanitario, visto che conservano le capacità infettive anche se hanno passato un periodo molto lungo nel suolo congelato. C'è una grandissima quantità di virus che si nasconde nel permafrost e potrebbe riemergere a causa dei cambiamenti climatici. Secondo una ricerca dell'università di Aarhus e Aberystwyth la fusione dei ghiacciai potrebbe rilasciare 100.000 tonnellate di microbi entro la fine del secolo.

Rischio spillover virale

E poi c'è il rischio spillover. Nel mondo reale gli scienziati non sanno per quanto tempo questi virus potrebbero rimanere infettivi una volta esposti alle condizioni odierne, o quanto sia probabile che il virus incontri un ospite adatto. Non tutti sono agenti patogeni in grado di causare malattie; alcuni sono benigni o addirittura benefici per i loro ospiti. E mentre ospita 3,6 milioni di persone, l'Artico è ancora un luogo scarsamente popolato, rendendo molto basso il rischio di esposizione umana a virus antichi.

Tuttavia, "il rischio è destinato ad aumentare nel contesto del riscaldamento globale", ha sottolineato Claverie, "in cui lo scongelamento del permafrost continuerà ad accelerare e più persone popoleranno l'Artico sulla scia delle iniziative industriali".

Effetto riscaldamento climatico

E Claverie non è il solo ad avvertire che la regione potrebbe diventare un terreno fertile per un evento di ricaduta, quando un virus salta su un nuovo ospite e inizia a diffondersi. L'anno scorso, un team di scienziati ha pubblicato una ricerca su campioni di suolo e sedimenti lacustri prelevati dal lago Hazen, un lago d'acqua dolce in Canada situato all'interno del circolo polare artico. Gli esperti hanno sequenziato il materiale genetico nel sedimento per identificare le firme virali e i genomi di potenziali ospiti - piante e animali - nell'area. Cos'è emerso?

Utilizzando un'analisi del modello al computer, hanno suggerito che il rischio che i virus si trasmettano a nuovi ospiti possa essere più alto nei luoghi vicini a dove grandi quantità di acqua di disgelo glaciale scorrono nel lago. E il riscaldamento climatico non fa che rendere più probabile questo scenario.

https://www.repubblica.it/salute/2023/03/13/news/virus_ghiacciai_virus_zombie-391962563/?ref=RHVB-BG-I270679801-P4-S2-T1

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

Centri specializzati

Il Sole **24 ORE**

Iss: 126 centri attivi per la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il Sole 24 ore

È stata aggiornata la piattaforma online dei centri dedicati alla cura dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: l'ultimo censimento ha contato, al 28 febbraio 2023, 126 strutture sparse su tutto il territorio nazionale, di cui 112 pubbliche (appartenenti al Servizio sanitario nazionale - Ssn) e 14 appartenenti al settore del privato accreditato.

La mappatura territoriale, pubblicata in vista della giornata del Focchetto Lilla, coordinata dal Centro nazionale dipendenze e doping dell'Istituto superiore di sanità, è realizzata con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute-CCM.

“I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, quali anoressia, bulimia e binge eating (disturbo da alimentazione incontrollata), sono purtroppo sempre più diffusi, colpiscono fasce sempre più giovani della popolazione e, se non diagnosticati e trattati precocemente, tendono a cronicizzare con effetti gravi su tutto l'organismo, a volte anche letali – afferma **Simona Pichini**, responsabile facente funzione del Centro nazionale dipendenze e doping dell'Iss – La nostra piattaforma web, costantemente aggiornata, è un servizio prezioso perché offre, in tempo reale, un database dei centri dedicati alla cura di tali disturbi, che prevedono una presa in carico globale e integrata, consentendo così ai cittadini con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, alle loro famiglie, a chi sta loro vicino la possibilità di usufruire di interventi appropriati”. La piattaforma offre informazioni sui servizi ricche di dettagli a partire dalla distribuzione geografica: il maggior numero dei centri (63) si trova nelle regioni del Nord (20 in Emilia Romagna e 15 in Lombardia), al centro ve ne sono 23 (di cui 8 nel Lazio e 6 in Umbria), mentre 40 sono distribuiti tra il Sud e le Isole (12 in Campania e 7 in Sicilia). Rispetto alla fascia d'età presa in carico dai centri (nel questionario erano possibili più risposte al riguardo), l'84% ha dichiarato di prendere in carico persone di età pari o superiore a 18 anni, l'82% la fascia d'età 15-17 anni e il 48% i minori fino a 14 anni. La modalità di accesso è diretta nel 77% dei casi, ossia è il paziente stesso che si reca nella struttura.

I centri prevedono l'accesso mediante pagamento del ticket sanitario (68%), in modalità gratuita (33%), in regime di intramoenia (11%). Sono 1.491 i professionisti che vi lavorano, nella quasi totalità formati e aggiornati: soprattutto psicologi (25%), psichiatri e neuropsichiatri infantili (18%), infermieri (15%), dietisti (12%), educatori professionali (8%), medici specialisti in nutrizione clinica (7%), internisti o pediatri (5%) e altri specialisti (tra tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, fisioterapisti e operatori della riabilitazione motoria). Quasi tutti i servizi censiti rilevano l'esordio della patologia (97%), il tempo trascorso tra l'esordio e la presa in carico del paziente (96%) ed eventuali trattamenti pregressi (98%).

E propongono, nell'85% dei casi, assistenza a carattere ambulatoriale specialistica, ma anche terapie ambulatoriali intensive o semiresidenziali (59%), mentre la riabilitazione intensiva residenziale è offerta dal 23% delle strutture. Lo strumento diagnostico più utilizzato (87%) è il DSM5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali).

Una volta fatta la diagnosi, l'offerta integra diverse tipologie di intervento: psicoterapeutico (99%), di monitoraggio della condizione psichico-fisico-nutrizionale (99%), nutrizionale (98%), farmacoterapico (98%), psicoeducativo (97%), di abilitazione o riabilitazione fisica e sociale (66%). Gli interventi psicoterapeutici comprendono approcci individuali (98%), familiari (77%) e di gruppo (68%), spesso co-presenti.

Tra gli interventi nutrizionali vi è il counseling dietologico (92%), la prescrizione di integratori alimentari (90%), la riabilitazione nutrizionale (85%), la nutrizione artificiale (71%), i pasti assistiti (67%), la supplementazione orale (65%).

La valutazione della qualità del servizio viene effettuata dal 44% dei centri che rilevano la soddisfazione degli utenti (nel 97% dei casi), la soddisfazione dei familiari (63%) e la soddisfazione degli operatori (42%).

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-03-14/iss-126-centri-attivi-la-cura-disturbi-nutrizione-e-dell-alimentazione-123233.php?uuid=AE6L073C&cmpid=nlqf>

Malattie rare e superbatteri

Costi socioeconomici delle malattie rare e rischio di difficoltà finanziarie: uno studio trasversale. Chung et al. The Lancet

Claudia CY Chung, Nicole YT Ng, Yvette NC Ng, Adrian CY Lui, Gelsomino LF Fung, Marcus CY Chan et al. The Lancet Regional Health. Wester Pacific.

22 febbraio 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100711>

THE LANCET

Background

Per raggiungere la copertura sanitaria universale (UHC), anche la popolazione delle malattie rare (MR) deve ricevere un'assistenza sanitaria di qualità senza difficoltà finanziarie. Questo studio valuta l'impatto delle malattie rare a Hong Kong (HK) stimando i costi dal punto di vista della società e indagando il relativo rischio di difficoltà finanziarie.

Metodi

Nel 2020 sono stati reclutati un totale di 284 pazienti affetti da RD e operatori sanitari che coprono 106 RD attraverso il più grande gruppo di pazienti affetti da RD di Hong Kong, Rare Disease Hong Kong. I costi sono stati stimati utilizzando un approccio bottom-up basato sulla prevalenza.

Il rischio di difficoltà finanziarie è stato stimato utilizzando gli indicatori della spesa sanitaria catastrofica (CHE) e della spesa sanitaria impoverente (IHE). La regressione multivariata è stata eseguita per identificare potenziali determinanti.

Risultati

I costi annuali totali di RD in Hong Kong sono stati stimati in HK \$ 484.256/paziente (Stati Uniti (US) \$ 62.084). I costi diretti non sanitari (HK\$ 193.555/US\$ 24.814) sono stati il tipo di costo più elevato, seguiti dai costi sanitari diretti (HK\$ 187.166/US\$ 23.995) e indiretti (HK\$ 103.535/US\$ 13.273).

CHE alla soglia del 10% era stimato al 36,3% e IHE alla soglia di povertà di \$ 3,1 era dell'8,8%, entrambi significativamente superiori alle stime globali. I pazienti pediatrici hanno riportato costi più elevati rispetto ai pazienti adulti ($p < 0,001$). Anni più lunghi da quando la diagnosi genetica era l'unico fattore significativamente associato sia ai costi totali ($p = 0,026$) che a CHE ($p = 0,003$).

Interpretazione

Questo studio è il primo nella regione dell'Asia del Pacifico a valutare contemporaneamente i costi sociali e le difficoltà finanziarie legate alle malattie rare e sottolinea l'importanza di una diagnosi genetica precoce.

Questi risultati contribuiscono alle prove esistenti sugli alti costi globalmente onnipresenti delle RD, garantendo la collaborazione tra le diverse parti interessate per includere la popolazione RD nella pianificazione UHC.

Prove prima di questo studio

La natura delle malattie rare comporta molte incertezze, compresi i relativi costi. È sempre più evidente che i costi delle malattie non derivano solo dall'utilizzo dell'assistenza sanitaria, ma anche da fattori non sanitari o indiretti, che alla fine causano difficoltà finanziarie. Pertanto, identificare le aree in cui ricade l'onere socio-economico è importante per un'efficace pianificazione e allocazione delle risorse. Considerare le malattie rare nel loro insieme consente confronti all'interno e tra i gruppi di malattie dell'utilizzo delle risorse e facilita il monitoraggio del carico complessivo della malattia nel tempo. Abbiamo cercato studi pertinenti che valutassero il costo delle malattie rare da una prospettiva sociale nel database PubMed dall'inizio al 21 dicembre 2021. Sono stati utilizzati i termini di ricerca "malattie rare" e "difficoltà finanziarie" o "socio-economico" o "spesa sanitaria catastrofica" o "spesa sanitaria impoverente" e "costo della malattia".

La maggior parte degli studi ha preso in considerazione solo i costi di una specifica malattia rara o i costi solo dal punto di vista del sistema sanitario. Solo una raccolta di studi in Europa ha preso in considerazione i costi sociali di 10 malattie rare selezionate. Un ulteriore studio condotto da una società privata negli Stati Uniti è stato recuperato dalla ricerca su Google utilizzando il termine "onere delle malattie rare". Solo due studi hanno tentato di stimare la spesa sanitaria catastrofica (CHE) o la spesa sanitaria impoverente (IHE) nella popolazione delle malattie rare.

Non abbiamo trovato alcuna letteratura esistente che valuti simultaneamente sia gli indicatori di costo che quelli di difficoltà finanziaria nella stessa coorte.

Valore aggiunto di questo studio

Nel primo di questi studi all'interno della regione Asia-Pacifico, abbiamo determinato contemporaneamente il costo complessivo e il rischio di difficoltà finanziarie utilizzando gli indicatori CHE e IHE all'interno della stessa coorte, rivelando il vero onere socio-economico delle malattie rare a Hong Kong.

Segnaliamo costi allarmanti e livelli di difficoltà finanziarie anche nel contesto delle strutture di finanziamento sanitario progressivo di Hong Kong, indicative del rischio intrinseco di difficoltà finanziarie nella popolazione di malattie rare su scala globale. Analogamente agli studi precedenti, i costi diretti non sanitari e indiretti rappresentavano una percentuale maggiore dell'onere totale rispetto ai costi sanitari diretti. Sottolineiamo che la popolazione delle malattie rare è spesso dimenticata nella società. Stigmatizzazione ed esclusione della popolazione affetta da malattie rare sul posto di lavoro, e nella sanità e nella pianificazione politica rimangono prevalenti. Questi contribuiscono alla perdita di produttività ed escludono la popolazione affetta da malattie rare dai necessari programmi di sicurezza sociale.

È importante sottolineare che una diagnosi genetica precoce è risultata associata a una riduzione sia dei costi che dell'incidenza delle difficoltà finanziarie.

Quando si corroborano le prove di altri studi, i costi socio-economici delle malattie rare sono risultati essere costantemente più alti rispetto ad altre malattie comuni.

Questi risultati non solo estendono i dati sul costo delle malattie rare alla regione dell'Asia del Pacifico, ma evidenziano anche i potenziali driver del carico delle malattie rare in tutto il mondo. una diagnosi genetica precoce è risultata associata a una riduzione sia dei costi che dell'incidenza delle difficoltà finanziarie.

Quando si corroborano le prove di altri studi, i costi socio-economici delle malattie rare sono risultati essere costantemente più alti rispetto ad altre malattie comuni. Questi risultati non solo estendono i dati sul costo delle malattie rare alla regione dell'Asia del Pacifico, ma evidenziano anche i potenziali driver del carico delle malattie rare in tutto il mondo. una diagnosi genetica precoce è risultata associata a una riduzione sia dei costi che dell'incidenza delle difficoltà finanziarie.

Quando si corroborano le prove di altri studi, i costi socio-economici delle malattie rare sono risultati essere costantemente più alti rispetto ad altre malattie comuni. Questi risultati non solo estendono i dati sul costo delle malattie rare alla regione dell'Asia del Pacifico, ma evidenziano anche i potenziali driver del carico delle malattie rare in tutto il mondo.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

La distribuzione dell'onere delle malattie rare tra assistenza sanitaria diretta, diretta non sanitaria e costi indiretti riflette le sfide nel lavorare per una copertura sanitaria universale per la popolazione affetta da malattie rare. Negli sforzi per ridurre i costi indiretti, l'istruzione pubblica è fondamentale per il riconoscimento delle condizioni rare e per facilitare l'integrazione della popolazione delle malattie rare nella società.

Un rischio sproporzionatamente elevato di difficoltà finanziarie richiede un migliore coordinamento dell'assistenza e specifiche politiche e legislazioni di condivisione dei costi adattate alla popolazione delle malattie rare. È importante sottolineare che, nell'identificare anni più lunghi dalla diagnosi come fattore chiave di costo, sottolineiamo la necessità di ulteriori ricerche per ampliare le conoscenze mediche e lavorare per migliorare l'odissea diagnostica delle malattie rare.

Gli sviluppi in questo settore, come l'Hong Kong Genome Project e il 100.000 Genomes Project nel Regno Unito, dovrebbero essere considerati prioritari. Le malattie rare devono essere gestite in modo diverso rispetto alle altre malattie comuni.

Gli interventi necessari richiedono la collaborazione globale e la condivisione di informazioni tra le varie parti interessate attraverso reti internazionali come "Rare Disease International" e il monitoraggio continuo del carico di malattie rare attraverso studi simili.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00029-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00029-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Dal congresso AMIT l'allarme degli infettivologi. Sanità Informazione

«Nel 2050 possibili 10 milioni di morti a causa di batteri antibiotico resistenti»

*Stop alla burocrazia da Covid, a chiederlo a gran voce è **Matteo Bassetti** direttore della clinica di malattie infettive dell'**Ospedale San Martino di Genova**, intervenuto ieri alla prima giornata del congresso **AMIT** sulle malattie infettive e tropicali in programma il 16 e il 17 marzo a palazzo Castiglioni in corso Venezia 47 a Milano. «Il pandemonio causato dalla burocrazia da Covid ci sta ammazzando – ha puntato il dito contro le istituzioni Bassetti -. In Italia siamo specialisti a mettere regole in pochi minuti, ma poi facciamo fatica a toglierle; invece, dobbiamo avere la forza e la capacità di allentare tutta questa burocrazia che allontana la gente dai medici, anche perché oggi dobbiamo agire contro i batteri antibiotico resistenti che rappresentano la nuova emergenza».*

A causa dei batteri multi-resistenti nel 2050 possibili 10 milioni di morti

Per ritrovare la fiducia degli italiani, dunque, per Bassetti occorre superare le misure restrittive che ancora rallentano la quotidianità di ospedali e istituti di cura, come tamponi e doppi percorsi; e concentrare l'attenzione su nuove minacce che si profilano all'orizzonte: dal ritorno della **aviaria**, ai **batteri multi-resistenti**, un fenomeno in crescita in tutta Europa che vede l'Italia tra i paesi più colpiti. «Questa è la vera minaccia odierna – ha rimarcato il virologo genovese -. Erano già presenti prima del Covid, ma oggi la situazione è peggiorata al punto che, se non si interverrà, diventerà un grave problema per il futuro. Si calcola che nel **2050** senza un intervento strutturato a livello mondiale sull'utilizzo appropriato degli antibiotici rischieremo di avere **10 milioni di morti**; quindi, la prima causa di morte al mondo saranno le infezioni per batteri resistenti».

Necessari investimenti negli ospedali e nelle RSA per contrastare i batteri multi-resistenti

Una previsione che per il noto virologo può essere smentita con una corretta informazione, una maggiore formazione per i medici e più investimenti negli **ospedali e nelle RSA**. «L'Italia, a differenza di molti altri paesi europei non lascia indietro nessuno, e questo è rassicurante per una popolazione che sta invecchiando, ma occorre che ci sia maggiore connessione tra ospedali e RSA, così come avremmo già dovuto fare con il territorio. In ogni caso è urgente intervenire su questo tema», ha aggiunto.

Colonizzazioni batteriche anche sul territorio

Una vera e propria emergenza che riguarda non solo ospedali e RSA, ma anche il territorio come sottolinea **Marco Tinelli** infettivologo della **Società italiana di Malattie infettive e tropicali (SIMIT)** e **co-Presidente di AMIT** nel ricordare il nuovo piano nazionale di controllo all'antimicrobico resistenza approvato dal Ministero della Salute lo scorso mese di febbraio. «Purtroppo l'Italia, dopo la Grecia, ha un triste primato: **12 decessi all'anno** ogni 100 mila abitanti, una percentuale molto alta, se si pensa che l'Olanda ne ha solo due. È necessario dunque prestare attenzione al fenomeno che dagli ospedali e dalle RSA è migrato sul territorio».

Un piano nazionale per far fronte all'emergenza delle infezioni di batteri resistenti

Per affrontare il pericolo, che potenzialmente può interessare chiunque, dallo scorso mese di febbraio l'Italia ha adottato il nuovo piano nazionale di controllo dell'antimicrobico resistenza. «Si basa su alcuni pilastri – ha puntualizzato Tinelli – che sono: la **prevenzione, la sorveglianza e il buon uso degli antibiotici**».

I nuovi farmaci: antibiotici, microcine, fagi e metodo Crisprcas

Per far fronte a questa nuova emergenza si profilano all'orizzonte alcune importanti soluzioni terapeutiche: «Nel 2022 sono state approvate nuove molecole salvavita per le infezioni delle vie urinarie, addominali, della cute, dei tessuti molli e di alcuni ceppi di micobatteri della tubercolosi – ha spiegato Tinelli -. Tra le soluzioni più innovative ci sono la terapia con la **microcina**, che permette di uccidere i batteri multi-resistenti e ripristinare la flora intestinale; la **terapia fagica**, che consiste nell'attaccare e distruggere i batteri con i batteriofagi che sono virus particolari in grado di inserire il genoma virale al loro interno. Infine con il **metodo CRISPCas** sarà possibile modificare il genoma dei microrganismi intestinali rendendoli non aggressivi. In questo modo si attuerà una vera e propria decolonizzazione genomica senza sostituire gran parte della flora batterica come invece avviene mediante antibiotici»

Le malattie infettive che fanno paura

Anche per contrastare malattie infettive sempre presenti come **l'Hiv**, che interessa **38 milioni** di persone al mondo, ci sono importanti soluzioni terapeutiche; come puntualizzato dalla professoressa **Antonella Castagna**, primario **dell'unità di malattie infettive e Tropicali dell'ospedale san Raffaele** e copresidente AMIT «E' una terapia caratterizzata dalla possibilità di utilizzare **farmaci long acting** ovvero che si possono dare ad intervalli di due mesi e poi a sei mesi, in modo da togliere quello stigma legato alla terapia orale quotidiana – ha evidenziato la docente dell'Università Vita- Salute del San Raffaele – . occorre però puntualizzare che non c'è solo Hiv, l'Italia è appena uscita dalla epidemia di **Monkeypox**, mentre esiste ancora un'altra grande epidemia di cui pochi parlano che riguarda le **malattie sessualmente trasmesse**».

Un sistema One Health per difenderci dai batteri e dalle malattie infettive

Difendersi è possibile, ma occorre un impegno collettivo come ha rimarcato la professoressa Castagna «Serve un meccanismo **One Health**, ovvero un sistema integrato dove l'epidemiologo, il veterinario, il microbiologo, lo specialista delle malattie infettive costruiscono insieme un approccio e un algoritmo che permetta di non saltare i passaggi. Questo è un aspetto importante che non può essere disgiunto dal fatto che tutta la gestione delle malattie infettive ha necessità di risorse e di una strategia di produzione dei **vaccini** che, come ha dimostrato il Covid, se sono **efficaci e prodotti in tempi rapidi** rappresentano uno degli approcci più innovativi che possiamo avere nella gestione globale delle malattie infettive».

https://www.sanitainformazione.it/salute/dal-congresso-amr-lallarme-degli-infettivologi-nel-2050-possibili-10-milioni-di-morti-a-causa-di-batteri-antibiotico-resistenti/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl21032023&utm_content=sif

la Repubblica

Emergenza superbatteri, così la possiamo bloccare. Donatella Zorzetto. La Repubblica

I superbatteri Amr, resistenti a tutti gli antibiotici conosciuti, potrebbero metterci di fronte a un futuro ingestibile, generando 10 milioni di morti dirette in più all'anno entro il 2050. Il rapporto Unep: "Meno inquinamento può frenarli"

I superbatteri Amr, cioè resistenti a tutti gli antibiotici conosciuti, potrebbero metterci di fronte a un futuro ingestibile, al punto da generare 10 milioni di morti dirette in più all'anno entro il 2050. Contro questa emergenza, hanno incalzato gli esperti, "è necessario limitare l'inquinamento creato dai settori farmaceutico, agricolo e sanitario".

Ne ha parlato il Global Leaders Group on Amr, tenutosi a Barbados. In quella sede è stato presentato il rapporto, pubblicato dal Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (Unep), "Bracing for Superbugs: Strengthening Environmental Action in the One Health Response to Antimicrobial Resistance".

Ma cosa significano sviluppo e diffusione dell'Amr? Ci si riferisce al fatto che gli antimicrobici usati per prevenire e curare le infezioni in persone, animali e piante potrebbero diventare inefficaci.

Minaccia globale per la salute

Elencato dall'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) tra le 10 principali minacce globali per la salute, si stima che nel 2019 il numero di 1,27 milioni di decessi sia direttamente attribuibile a infezioni resistenti ai farmaci a livello globale, e 4,95 milioni di morti in tutto il mondo siano stati associati alla resistenza antimicrobica batterica (compresi quelli direttamente attribuibili alla resistenza antimicrobica). Inoltre, si prevede che il relativo costo si tradurrà in un calo del Pil di almeno 3,4 trilioni di dollari all'anno entro il 2030, spingendo 24 milioni di persone in più verso la povertà estrema. "L'inquinamento mina il diritto umano a un ambiente pulito e sano - ha detto Inger Andersen, direttore esecutivo Unep - . Ridurlo è un prerequisito per un altro secolo di progressi verso fame zero e buona salute".

La crisi che porta alla diversità microbica

La tripla crisi planetaria comporta temperature più elevate e modelli meteorologici estremi, cambiamenti nell'uso del suolo che ne alterano la diversità microbica, nonché inquinamento biologico e chimico. E tutto ciò contribuisce allo sviluppo e alla diffusione della resistenza antimicrobica. "Gli stessi driver che causano il degrado ambientale stanno peggiorando il problema della resistenza antimicrobica - ha proseguito Andersen -. Gli impatti potrebbero distruggere la nostra salute e i nostri sistemi alimentari. Ridurre l'inquinamento è un prerequisito per un altro secolo di progressi verso fame zero e buona salute".

Le strategie da attuare

Dunque, cosa fare? Il rapporto Unep propone una serie di misure. Tra queste "creare quadri di governance, pianificazione, normativi e giuridici solidi e coerenti a livello nazionale e stabilire meccanismi di coordinamento e collaborazione"; "aumentare l'integrazione delle considerazioni ambientali nei piani d'azione nazionali contro la resistenza antimicrobica e la resistenza antimicrobica nei piani relativi

all'ambiente come l'inquinamento chimico nazionale e i programmi di gestione dei rifiuti, la biodiversità nazionale e la pianificazione del cambiamento climatico".

Monitoraggio e sorveglianza ambientale

E ancora: "Stabilire standard internazionali per ciò che costituisce un buon indicatore microbiologico di Amr da campioni ambientali, che possono essere utilizzati per guidare le decisioni di riduzione del rischio e creare incentivi efficaci per seguire tale guida"; "esplorare le opzioni per reindirizzare gli investimenti, stabilire incentivi e schemi finanziari nuovi e innovativi e sostenere gli investimenti per garantire finanziamenti sostenibili, compresa l'assegnazione di risorse nazionali sufficienti per affrontare la resistenza antimicrobica"; attuare "monitoraggio e sorveglianza ambientale e ulteriori priorità di ricerca per fornire più dati e prove e interventi mirati migliori".

https://www.repubblica.it/salute/2023/03/03/news/batteri_inquinamento_morti_malattie-390113840/?ref=RHLF-BG-I390319264-P9-S1-T1



Agenas: nel 2022 la spesa energetica della sanità è salita di 1,4 miliardi, raddoppiate le utenze. Il Sole 24 ore

La spesa sanitaria nazionale per i costi energetici nel 2022 è aumentata di 1.415.612.935 euro a quota 3,2 miliardi (+79%), pari ad un aumento medio pro-capite di 23,98 euro. Lo rileva l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) secondo cui l'incremento della bolletta è diventato "ancor più rilevante con il conflitto in Ucraina e la spirale inflazionistica in tutta Europa".

La voce "Utenze elettricità", che rappresenta il 52,3% della spesa complessiva nel 2022, ha subito un aumento di 822.411.776,09 euro (+96,2%); la voce "Riscaldamento", che corrisponde al 36,3% della spesa, nello stesso periodo ha subito un aumento di 508.839.115,33 euro (+77,5%); la voce "Altre utenze" (11,4% della spesa complessiva), registra un aumento di 84.362.043,09 euro (+30,1%).

Agenas rileva che "la spesa per l'energia nelle aziende sanitarie, che nel 2021 in Italia ha avuto un'incidenza media di 1,3% sul totale dei costi di produzione, ha raggiunto a fine 2022 una media di 2,3%, impattando negativamente sui bilanci di aziende sanitarie e Regioni".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-02-28/agenas-2022-spesa-energetica-sanita-e-salita-14-miliardi-raddoppiate-utenze-elettriche-145815.php?uuid=AEyLBJvC&cmpid=nlqf>

Il teleNIDA: screening precoce del disturbo dello spettro autistico attraverso un nuovo approccio alla telemedicina. Valentina Riva et al., Springer Link

Valentina Riva , Laura Villa , Francesca Fulceri , Giuseppe Maurizio Arduino , Guido Leonti , Giovanni Valeri , Laura Casula , Leonardo Zoccante , Elena Puttini , Carla Sogos , Maria elena Presicce , Arianna Bentenuto , Fabio Apicella , Massimo Molteni & Maria Luisa Scattoni

Abstract

La pandemia di COVID-19 ha accelerato l'interesse per i metodi di telemedicina per garantire la continuità dell'assistenza ai bambini con disturbo dello spettro autistico (ASD).

Gli approcci di telemedicina store-and-forward offrono l'opportunità di facilitare lo screening tempestivo dell'ASD, consentendo ai genitori di registrare video dei comportamenti dei propri figli, successivamente condivisi con i medici che forniscono una valutazione a distanza.

Questo studio mirava a esaminare le proprietà psicometriche di un nuovo strumento di screening della telemedicina, il teleNIDA, somministrato in ambito domestico per l'osservazione a distanza dei primi segni di ASD nei bambini di età compresa tra 18 e 30 mesi.

I risultati hanno mostrato buone proprietà psicometriche del teleNIDA, rispetto alla valutazione di persona gold standard, ed è stata dimostrata la validità predittiva sulla diagnosi di ASD a 36 mesi.

La pandemia di COVID-19 ha interrotto le routine e le pratiche di assistenza tradizionali per i bambini con disturbo dello spettro autistico (ASD) e le loro famiglie.

All'inizio della pandemia di coronavirus, molte strutture cliniche hanno limitato le loro tradizionali valutazioni faccia a faccia o chiuse del tutto. Molte visite di persona sono state sospese e le restrizioni hanno reso difficile mantenere valutazioni standard per l'ASD, che richiedono interazioni faccia a faccia.

Ciò ha consentito ai metodi di telemedicina di emergere come una valida alternativa per connettersi con le famiglie con ASD e fornire una certa continuità di cura (Narzisi, [2020](#) ; Zwaigenbaum & Warren, [2021](#)).

Anche prima della pandemia di COVID-19, c'era un crescente interesse nello sviluppo e nella sperimentazione di nuovi metodi di telemedicina per l'ASD per affrontare i ritardi nell'accesso ai servizi diagnostici e di intervento (Zwaigenbaum & Warren, [2021](#)).

La telemedicina può ridurre il costo dell'assistenza sanitaria, supportare i percorsi di riferimento e facilitare l'accesso ai servizi (Gibbs et al., [2021](#)). Inoltre, la telemedicina può ridurre le lunghe liste d'attesa e le barriere geografiche e aiutare i genitori a essere maggiormente coinvolti durante le valutazioni (Zuckerman et al., [2015](#)). L'inizio del distanziamento sociale dovuto alla pandemia di COVID-19 ha suscitato un maggiore interesse per i metodi di telemedicina per lo screening, la diagnosi e/o gli interventi con i bambini con ASD. Gli studi precedenti si sono concentrati principalmente sull'efficacia dell'utilizzo delle tecnologie di telemedicina nelle pratiche di intervento.

In letteratura sono state condotte ricerche limitate sull'uso della telemedicina per lo screening e la diagnosi di ASD (Lindgren et al., [2020](#) ; Sutherland et al., [2018](#) ; Wacker et al., [2013](#)).

Nel complesso, una recente revisione (Stavropoulos et al., [2022](#)) ha mostrato che i metodi di telemedicina possono essere accurati rispetto alle valutazioni di persona e avere valori di sensibilità e specificità accettabili. Gli approcci di telemedicina includono metodi sincroni e asincroni.

Negli approcci sincroni (metodi Real-Time), come la videoconferenza "live", i medici guidano il caregiver del bambino in una serie di attività e osservano i comportamenti suscitati in tempo reale.

Uno dei metodi più utilizzati è il TELE-ASD-PEDS (Corona et al., [2021a](#) , [2021b](#) ; Wagner et al., [2021](#) , [2022](#)), progettato per i medici con esperienza nella diagnosi precoce che guidano le interazioni genitore-figlio utilizzando giocattoli e materiali familiari.

Questo strumento è stato sviluppato per aumentare il processo decisionale diagnostico da parte di medici esperti che amministrano valutazioni ASD complete. I metodi di telemedicina asincrona (metodi Store-and-Forward) si basano sul caricamento di video delle interazioni tra caregiver e bambini su portali Web, dove i record vengono archiviati e successivamente condivisi con i medici.

Precedenti studi hanno dimostrato la capacità dei genitori di registrare video del comportamento dei propri figli in ambienti domestici e condividerli con i medici (Nazneen et al., [2015](#)).

Rispetto all'approccio di telemedicina in tempo reale, i metodi asincroni possono ridurre al minimo la necessità di coordinare gli orari con i medici e i genitori possono registrare video per un giorno o più giorni, in base alla loro convenienza.

Nel contesto ASD, sono stati testati vari strumenti asincroni per condurre osservazioni a domicilio di bambini nei primi anni di vita. Alcuni strumenti sono progettati per lo screening o lo screening di livello 2, mentre altri sono progettati per scopi diagnostici.

Gli strumenti più comuni in questo contesto sono il Naturalistic Observation Diagnostic Assessment (NODA; Nazneen et al., [2015](#); Smith et al., [2017](#)), il Systematic Observation of Red Flags (SORF; Dow et al., [2017](#)), e il Breve osservazione dei sintomi dell'autismo (BOSA; Dow et al., [2021](#)).

Il NODA consiste in video in-home di diversi scenari quotidiani (ad esempio, l'ora dei pasti in famiglia, l'ora del gioco con gli altri, l'ora del gioco da soli, le preoccupazioni dei genitori) secondo istruzioni specifiche.

I genitori caricano i video sulla piattaforma web NODA e i medici codificano i comportamenti del bambino secondo una lista di controllo del DSM-5 (cioè, ASD o non ASD; Carpenter, 2013).

Questo strumento è stato utilizzato per scopi diagnostici in un campione di 51 bambini (40 bambini valutati per sospetto di ASD e 11 bambini con sviluppo tipico) di età compresa tra 18 mesi e 6 anni. I risultati hanno mostrato un accordo significativo tra i punteggi NODA e le valutazioni di persona per le categorie diagnostiche (ASD, non-ASD) basate sui criteri DSM-5 (APA, 2013), con una sensibilità dell'84,9% e una specificità del 94% (Smith et al., [2017](#)).

Il SORF offre screening durante le osservazioni domiciliari di bambini con ASD e ritardo dello sviluppo (Dow et al., [2020](#)) o neonati potenzialmente a rischio di ASD (Pileggi et al., [2021](#)).

Consiste in video domestici registrati durante almeno cinque diverse attività quotidiane (ad es. giocare con i giocattoli, giocare con le persone, pasti e spuntini, assistenza e faccende familiari) per almeno 30 minuti.

Questo strumento è stato utilizzato a scopo di screening e per assistere nel processo decisionale diagnostico (Dow et al., [2020](#); Pileggi et al., [2021](#)).

Le procedure e il punteggio sono progettati per rilevare 22 segnali d'allarme per l'autismo sulla base dei criteri diagnostici del DSM-5 (Dow et al., [2020](#)).

Lo studio ha esaminato le proprietà psicometriche del SORF in un campione di 228 bambini (84 con ASD, 82 con ritardo dello sviluppo e 62 con sviluppo tipico) di età compresa tra 18 e 24 mesi.

I risultati basati sulle classificazioni diagnostiche (ASD vs. non spettro) hanno rivelato una specificità del 63% e una sensibilità del 73% per gli elementi relativi al dominio di comunicazione/interazione sociale e una specificità del 54% e una sensibilità del 70% per gli elementi relativi a comportamenti ripetitivi.

Inoltre, sei item hanno ottenuto le migliori proprietà psicometriche (vale a dire, scarso sguardo diretto sui volti, limitato nel mostrare e indicare, limitato coordinamento della comunicazione non verbale, minore interesse per le persone rispetto agli oggetti, uso ripetitivo di oggetti ed eccessivo interesse per particolari oggetti, azioni, [2020](#)).

I punteggi cut-off provvisori per il totale e i sottodomini hanno supportato l'utilità clinica di questo strumento. Infine, il BOSA è progettato come un metodo sincrono e asincrono e consiste in un'interazione genitore-figlio dal vivo o videoregistrata per circa 12-14 minuti utilizzando materiali standardizzati all'interno di un quadro di codifica Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition (ADOS-2).

Questo strumento fornisce un contesto sociale naturalistico utilizzando materiali scelti in base all'età, alla lingua e al livello di sviluppo dell'individuo. Il punteggio potrebbe essere utilizzato per determinare il rischio iniziale di ASD come screening di livello 2 o in combinazione con altri metodi diagnostici (Dow et al., [2021](#)).

Quando la pandemia ha interrotto i servizi clinici in Italia, il personale clinico all'interno della Rete per la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico (rete NIDA) ha esaminato la letteratura disponibile per identificare uno strumento fattibile e affidabile per scopi clinici e di ricerca.

La rete NIDA è la più grande rete multicentrica e multidisciplinare in Italia e si propone di guidare gli studi osservazionali e i programmi di sorveglianza per lo screening precoce dell'ASD (per i dettagli si veda Caruso et al., 2021; Costanzo et al., 2015; Micai et al., 2020; Riva et al., 2021).

Lo staff del NIDA ha segnalato la necessità di una misura affidabile che funzioni come il gold standard nella diagnosi dell'autismo, anche in un lasso di tempo più breve rispetto ad altri strumenti asincroni e in diversi contesti naturalistici quotidiani. In effetti, i parametri di validità sul SORF si basano su un'osservazione domiciliare di un'ora e non sono disponibili dati di convalida da una versione più breve. Inoltre, il BOSA si basa su attività/materiali standardizzati ADOS-2 e non considera le osservazioni in diversi contesti quotidiani. Gli strumenti di osservazione domiciliare durante le attività quotidiane possono offrire l'opportunità di integrare ulteriori informazioni sul comportamento del bambino.

Sulla base di queste esigenze e della revisione della letteratura sui programmi di screening convalidati, il personale NIDA ha sviluppato un nuovo strumento di telemedicina store-and-forward, chiamato teleNIDA, e lo ha testato come screening di livello 2 in un campione di bambini a rischio di ASD sia perché sono già sotto osservazione per problemi di sviluppo o perché hanno un'elevata probabilità di sviluppare ASD (cioè fratelli di bambini con ASD).

Il teleNIDA è progettato per i bambini di età compresa tra 18 e 30 mesi e fornisce osservazioni a domicilio di potenziali comportamenti atipici associati all'ASD.

Guida i genitori a catturare video di 5 minuti del loro bambino durante quattro attività quotidiane (ad es. gioco libero, gioco con genitori/tutori, ora dei pasti e condivisione di libri) che consente ai medici di osservare i bambini in ambienti familiari e naturalistici (2015), abbiamo elaborato istruzioni scritte semplificate per i genitori accompagnate da immagini chiare.

Per codificare i comportamenti atipici, i medici hanno completato un modulo di valutazione basato e adattato dal punteggio SORF a 22 voci (Dow et al., 2020).

Questo studio è il primo a valutare le proprietà psicometriche del teleNIDA.

La validità convergente di teleNIDA e ADOS-2 e i valori di affidabilità inter-valutatore sono stati calcolati per un campione di bambini italiani di età compresa tra 18 e 30 mesi.

Sono stati riportati i parametri e i punteggi di validità per i domini e gli item di teleNIDA (vale a dire sensibilità, specificità, valori predittivi positivi e negativi) e sono stati forniti i cut-off ottimali per l'utilità e le pratiche cliniche.

Infine, abbiamo anche esaminato la validità predittiva del teleNIDA sulla migliore diagnosi clinica stimata a 36 mesi (ASD vs. non spettro) per aiutare i medici nel processo di riferimento per una valutazione diagnostica completa.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-023-05927-6>

quotidianosanita.it

Negli ospedali italiani circa il 90% di Tac, mammografi e sistemi radiografici hanno più di 10 anni. E il trend è in peggioramento

Per la precisione, il 92% dei mammografi convenzionali ha più di 10 anni, il 96% della Tac (meno di 16 strati) ha più di 10 anni così come il 30,5% delle risonanze magnetiche chiuse fino a 1,5T. E il trend dice che invecchiano sempre di più. A fotografare lo stato di vetustà del parco tecnologie di diagnostica per immagini in uso presso le strutture sanitarie italiane sono i dati 2021 presentati dall'Osservatorio parco installato (Opi) di Confindustria dispositivi medici.

20 FEB - Sono quasi 37mila le apparecchiature di diagnostica per immagini presenti in Italia non più in linea con l'attuale livello di innovazione. Tra quelle più vecchie di 10 anni il 92% dei mammografi convenzionali, il 96% delle Tac (meno di 16 slice), il 91% dei sistemi radiografici fissi convenzionali, l'80,8% delle unità mobili radiografiche convenzionali, il 30,5% delle risonanze magnetiche chiuse (1-1,5 tesla). A fotografare lo stato di vetustà del parco tecnologie di diagnostica per immagini in uso presso le strutture sanitarie italiane pubbliche e private sono i dati 2021 presentati a Roma dall'Osservatorio parco installato (Opi) di Confindustria Dispositivi Medici in collaborazione con Sirm (Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica) e Aiic (Associazione Italiana Ingegneri Clinici). Per ogni tipologia tecnologica sono stati specificati: l'età del parco installato, la classificazione per fasce d'età, oltre ad approfondimenti di raffronto tra lo stato dell'arte della tecnologia esistente e le caratteristiche del parco installato.

"Nel corso degli anni il parco installato – ha dichiarato **Aniello Aliberti**, Presidente Elettromedicali & Servizi Integrati di Confindustria Dispositivi Medici - ha certamente risentito di una serie di fattori come la limitatezza degli investimenti e dei finanziamenti dedicati alla sanità; l'assenza di attenzione all'innovazione nelle politiche pubbliche di acquisto; il permanere di livelli e logiche di rimborso delle prestazioni non incentivanti l'ammodernamento tecnologico. Questi fattori hanno contribuito al permanere di un quadro di significativa vetustà delle apparecchiature di diagnostica per immagini. Ci auguriamo che questo studio sia utile per arrivare a definire programmazioni sostenibili e aperte all'innovazione. Inoltre, può essere un utile riferimento per individuare le tecnologie su cui è prioritario intervenire con gli investimenti previsti dal Pnrr e per valutarne poi gli effetti.

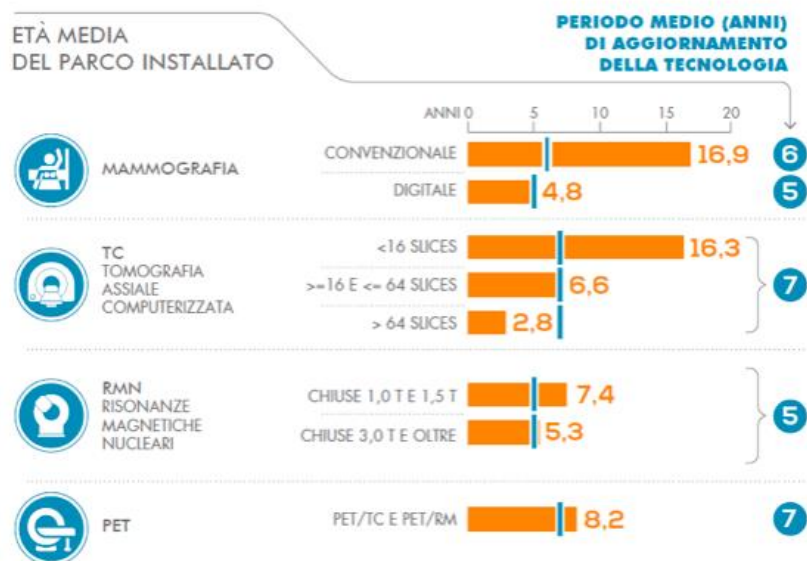
"Il Pnrr – ha dichiarato **Antonio Orlacchio** della Sirm, società italiana di radiologia medica - ha previsto l'ammodernamento del parco tecnologico con la sostituzione di 3.133 apparecchiature installate da oltre cinque anni. Le risorse del Pnrr non appaiono, però, completamente sufficienti a sopperire alle criticità emerse dallo studio di Confindustria Dispositivi Medici e si prevede serviranno altre risorse per mettere il sistema sanitario e i radiologi in condizione di operare al meglio. Tuttavia investire nelle sole apparecchiature non è sufficiente. C'è bisogno di un adeguato reclutamento e valorizzazione economica dei radiologi, del personale tecnico e infermieristico per assicurare il più efficace e completo funzionamento delle apparecchiature, per cui è necessario prevedere investimenti anche in tale ambito altrimenti si corre il rischio di sottoutilizzare le apparecchiature di Imaging".

Lo studio Opi potrà offrire spunti utili per individuare soluzioni che consentano di razionalizzare le risorse e prevedere il costante aggiornamento del parco tecnologico. Inoltre, una puntuale e continua sorveglianza dello stato di reale funzionalità delle apparecchiature, affiancato da un programma di aggiornamento e di sostituzione periodica delle attrezzature inidonee, possono garantire la sostenibilità e la migliore funzionalità del sistema sanitario.

Sirm – ha concluso Orlacchio - sta producendo uno sforzo epocale su questo fronte mettendo a disposizione le proprie competenze e articolazioni organizzative più periferiche per giungere ad un traguardo condiviso con le Istituzioni e i Partner industriali. "La disponibilità di dati completi sulle grandi apparecchiature diagnostiche – ha dichiarato **Giovanni Guizzetti** di Aiic, Associazione italiana degli ingegneri clinici - ci permetterà, alla fine del 2024, di valutare l'impatto della Mission 6 c. 2 del PNRR, che prevede la sostituzione di 2.200 grandi apparecchiature (più 900 ecografi). Rimangono aperte due questioni fondamentali: l'obsolescenza di un'apparecchiatura comporta automaticamente la necessità di una sua sostituzione?

E quando un'apparecchiatura può essere definita obsoleta? È evidente, infatti, che un piano di sostituzione basato solo sull'età anagrafica dell'apparecchiatura, senza prevedere quale uso se ne faccia, in termini di quali e quante prestazioni, sia a forte rischio di inappropriata.

L'obiettivo che ci dobbiamo porre, quindi, è di arrivare ad una condivisione, tra aziende produttrici/distributrici, utilizzatori ed esperti di tecnologia, di criteri che individuino quale complessità tecnologica sia davvero necessaria per produrre una determinata prestazione e quante prestazioni rendano appropriata la disponibilità di una grande apparecchiatura".



https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=111220

quotidianosanita.it

Pon Gov Cronicità. La telemedicina e i servizi di sanità digitale. Emilio Chiarolla et al. Quotidiano Sanità

Emilio Chiarolla, Mariangela Contenti, Michela Santurri, Pasquale Arena

La pandemia Covid-19 ha modificato la percezione dei benefici dei servizi di sanità digitale. Il Progetto Pon Gov Cronicità si è dimostrato essere precursore di questa evoluzione contribuendo con la raccolta, la valorizzazione e la disseminazione delle migliori esperienze già poste in essere sui territori, quali modelli di riferimento concreti per il ridisegno di servizi assistenziali

La telemedicina, e più in generale la sanità digitale, fanno riferimento a servizi e piattaforme tecnologiche abilitanti che consentono di poter gestire procedure amministrative e di usufruire di prestazioni assistenziali a distanza. Gli assistiti che maggiormente possono beneficiare dei nuovi servizi sono certamente i pazienti cronici poiché più frequentemente bisognosi di assistenza sanitaria.

Il paziente cronico è un cittadino che ha bisogno di cure che si estendono per periodi prolungati di tempo, con intensità e complessità che variano con l'evolvere della malattia.

Attraverso la multicanalità ha infatti l'opportunità di effettuare le prenotazioni e il pagamento delle prestazioni sanitarie tramite computer, APP mobili o tramite esercenti di prossimità. In altre forme più avanzate, ciò si concretizza con la possibilità di usufruire di una presa in carico unificata in cui i servizi sanitari e socio-sanitari distrettuali e i servizi ospedalieri più complessi e specialistici sono integrati e coordinati in modo sistemico, grazie al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per la gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, dei Piani Assistenziali Individuali e per il coordinamento dei team di cura multiprofessionali.

In altre forme ancora, grazie alla telemedicina, l'assistito, in particolari condizioni di erogazione, può usufruire di prestazioni assistenziali a distanza come la televisita, il teleconsulto, la teleassistenza o il telemonitoraggio. La pandemia Covid-19 ha modificato la percezione dei benefici dei servizi di sanità digitale e delle prestazioni erogate a distanza e dato impulso allo sviluppo di molteplici soluzioni digitali per la gestione delle patologie croniche. Queste ultime devono sempre trovare un inquadramento coerente con gli atti programmatori e regolatori rilevanti in materia come il Piano Nazionale Cronicità e l'Accordo Stato Regioni del 17 dicembre 2020 riguardante le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

In tale contesto, il Progetto PONGOV Cronicità si è dimostrato essere precursore di questa evoluzione contribuendo con la raccolta, la valorizzazione e la disseminazione delle migliori esperienze già poste in essere sui territori, quali possibili fonti di ispirazione e modelli di riferimento concreti per il ridisegno di servizi assistenziali in altri territori o in altri contesti.

La telemedicina e più in generale i servizi di sanità digitale possono contribuire al processo di cura dei pazienti cronici. Dalle esperienze presentate dalle regioni ed approfondite da esperti del Nucleo Tecnico Centrale del Ministero della Salute ed esperti di Agenas sono ad esempio emerse interessanti applicazioni e soluzioni in merito all'uso delle nuove tecnologie ICT a servizio delle multicronicità.

Tali soluzioni, tra cui si annoverano la telemedicina, l'utilizzo di cartelle cliniche elettroniche, strumenti per la valutazione multidimensionale dei pazienti o ancora strumenti informativi per la gestione delle Centrali Operative Territoriali a cui è affidato il ruolo di transitional care tra ospedale e territorio, permettono di gestire e tracciare il paziente nel suo percorso di cura rendendone più efficace ed efficiente la presa in carico, riducendo i tempi e le distanze tra paziente e luogo di cura.

Gli enti sanitari che hanno già adottato una organizzazione territoriale supportata da una adeguata infrastruttura tecnologica sono anche quelle che sono riuscite a migliorare l'accesso alle cure dei pazienti e ad efficientare anche i processi organizzativi, riducendo ad esempio gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso dei codici bianchi e verdi.

Non a caso, già a partire dal 2016, il Piano Nazionale Cronicità ha visto nei servizi di sanità digitale uno strumento imprescindibile per attivare l'integrazione tra i vari professionisti deputati all'assistenza, garantendo così un potenziamento della rete dei servizi.

Tale obiettivo è ripreso nel DM 77 del 2022 che, grazie anche ai fondi del PNRR, sta influenzando in modo determinante il potenziamento dei servizi territoriali ed una semplificazione dell'accesso alle cure, anche grazie ad una ricerca di maggiore interoperabilità tra i vari servizi regionali e nazionali.

Il progetto PONGOV Cronicità, attraverso il Manuale Operativo, output di progetto, ha codificato modalità e processi utili al trasferimento delle buone pratiche regionali in linea con documenti e linee di indirizzo di programmazione a livello nazionale.

In particolare, per quanto riguarda la telemedicina, partendo dalle esperienze regionali esaminate, sono state selezionate le caratteristiche di successo dal punto di vista funzionale e architettonico come espresso anche nelle indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di Partenariato Pubblico Privato per la piattaforma nazionale di telemedicina e nelle "Linee guida per i Servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio" (DM del 21 settembre 2022, G.U. n. 256 del 2 novembre 2022).

Basti pensare alla possibilità di discutere collegialmente un caso clinico, all'interno di virtual team di specialisti che potranno incontrarsi a distanza e consultare la storia clinica del paziente, attraverso l'accesso al Fascicolo Sanitario elettronico o alla cartella clinica informatizzata aziendale, eseguire una valutazione multidimensionale, e definire un piano di assistenza integrato.

Tecnologie e processi devono essere progettati congiuntamente, rifacendosi alle migliori esperienze sperimentate nei diversi contesti regionali, al fine di uniformare e rendere omogenei i servizi su tutto il territorio nazionale. È questo lo spirito che sta animando il PonGov Cronicità sempre alla ricerca di nuove pratiche da mettere a disposizione di regioni ed ASL, alimentando attraverso la comunità di pratica il dibattito e la cooperazione tra le regioni.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111098



Salute

Stare bene secondo la scienza

La rivoluzione digitale che migliora la vita. Irma D'Aria. Salute. Stare bene secondo la Scienza

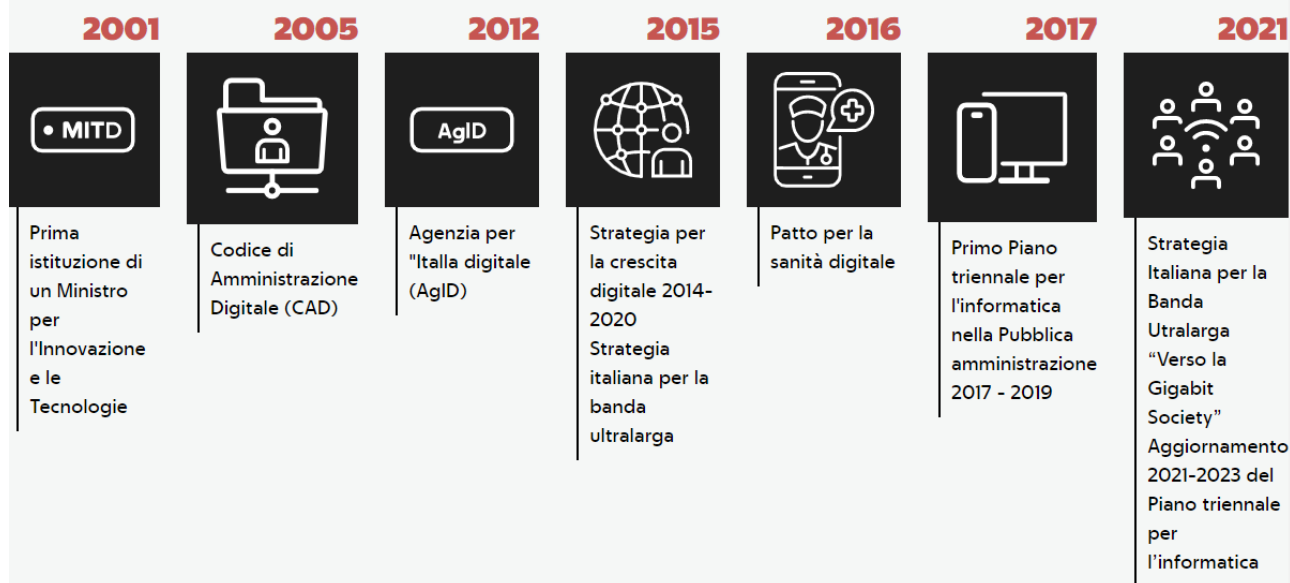
La digitalizzazione della sanità: dati di scenario in Italia; le opportunità del PNRR; gli attori coinvolti (medici, infermieri, cittadini, caregiver); i vantaggi per tutti

Grazie all'esperienza maturata durante la pandemia e ad uno strumento, come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), potenzialmente in grado di rivoluzionare il Sistema Sanitario Nazionale, l'Italia sta vivendo la sua alba digitale anche in ambito salute dove finora era rimasta indietro rispetto ad altri paesi.

La digitalizzazione della salute chiama in causa una molteplicità di soggetti, dai medici, ai pazienti, alle aziende e i sistemi sanitari con molteplici vantaggi per tutti: "Gli anziani con malattie croniche, ad esempio, possono trarre particolare beneficio dalla digitalizzazione", fa notare Walter Ricciardi, professore ordinario d'Igiene e Medicina Preventiva e presidente del Mission Board for Cancer dell'Unione Europea.

"Il monitoraggio e il follow-up digitali per le persone affette da diabete o malattie cardiovascolari possono portare a pazienti più soddisfatti, seguiti meglio e a tassi di mortalità ridotti, con risultati sanitari complessivamente migliori.

Le principali tappe della digitalizzazione italiana



Le principali tappe della digitalizzazione italiana

- **2001** - Prima istituzione di un Ministro per l'Innovazione e le Tecnologie
- **2005** - Codice di Amministrazione Digitale (CAD)
- **2012** - Agenzia per "Italia digitale (AgID)
- **2015** - Strategia per la crescita digitale 2014-2020
Strategia italiana per la banda ultralarga
- **2016** - Patto per la sanità digitale
- **2017** - Primo Piano triennale per l'informatica nella Pubblica amministrazione 2017 - 2019

- **2021- Strategia Italiana per la Banda Utralarga “Verso la Gigabit Society” Aggiornamento 2021-2023 del Piano triennale per l’informatica**

Fonte: The European House – Ambrosetti su fonti varie, 2022

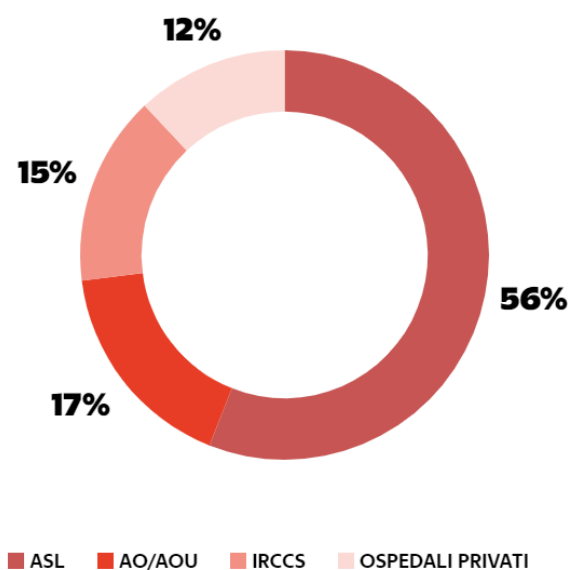
Gli operatori sanitari invece possono seguire meglio i propri pazienti con il monitoraggio remoto oppure usare le nuove tecnologie per ridurre il proprio carico amministrativo/burocratico”.

La maggior allocazione di risorse economiche a livello nazionale rende chiara la centralità della trasformazione digitale del SSN (in parte grazie al PNRR).

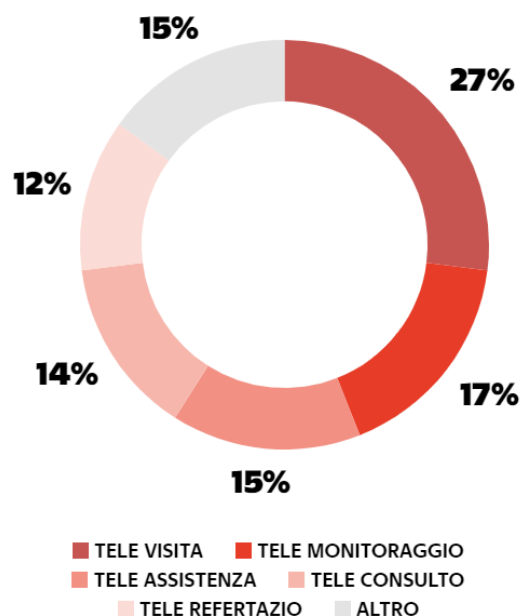
Secondo le rilevazioni dell’Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, nell’ultimo anno la spesa per la sanità digitale è cresciuta in maniera più significativa rispetto agli ultimi anni (+12,5% rispetto all’anno precedente), raggiungendo un valore di 1,7 miliardi di euro, pari all’1,3% della spesa sanitaria pubblica (29 euro/anno per cittadino).

Le strutture sanitarie sono responsabili di oltre il 70% della spesa per sanità digitale (1,2 miliardi di euro), mentre le Regioni (400 milioni di euro) di quasi il 25%, con la crescita più sostanziale sull’anno (+14%).

Distribuzione delle aziende che hanno introdotto soluzioni di telemedicina per tipologia di azienda (%) 2020-2022



Distribuzione delle soluzioni di telemedicina per ambito di applicazione (%) 2020-2021



“A fronte dei corposi interventi e finanziamenti previsti dal Pnrr, grazie all’accelerazione digitale dettata dalla recente pandemia, l’Italia sta compiendo vistosi passi in avanti verso una nuova e vera digitalizzazione della sanità italiana”, dichiara Walter Ricciardi.

“Sarà imprescindibile, per il prossimo futuro, un ruolo di programmazione, monitoraggio, valutazione e regia da parte del Governo e delle Regioni, volto a facilitare e a disseminare uno sviluppo capillare e pervasivo delle tecnologie e innovazioni”. Ma il ‘salvadanaio’ del Pnrr non durerà in eterno e di certo i vari sistemi digitali, una volta messi a regime, andranno mantenuti nel tempo generando un volume di costi operativi importanti: come sarà sostenibile, dunque, la digitalizzazione dopo il Pnrr?

“Se non ci saranno altri fondi, a partire dal 2026 in poi, tutti gli investimenti fatti grazie al Pnrr o non funzioneranno o funzioneranno male non raggiungendo gli obiettivi attesi”, risponde Giorgio Moretti, presidente di Dedalus, principale fornitore di software sanitari e diagnostici in Europa e uno dei maggiori nel mondo (per avere un’idea, 1 italiano su 2 ha un Medico di Famiglia che per prescrivere farmaci e visite utilizza software Dedalus così come 7 volte su 10 il referto del laboratorio di analisi).

“L’unico modo per non vanificare questi investimenti - precisa Moretti - è allocare una quota del Fondo sanitario nazionale vincolandolo al mantenimento ed alla ottimizzazione della sanità digitale”.

La media europea è del 3,3 % in Information and Communications Technology sanitario rispetto al Pil sanitario ma attualmente in Italia siamo a meno dell’1,5%”.

Soldi che rappresentano davvero un investimento prezioso per tutti perché in grado di generare un risparmio: “Un corretto utilizzo di fondi in progetti sensati porta ad un risparmio di oltre 10 miliardi così come più volte stimato da enti terzi e dallo stesso Ministero”, sottolinea Moretti che conclude: “Il rischio è che il paese non sia pronto per trarre il massimo da questi investimenti in un tempo così breve. Solo con uno sforzo coordinato e condiviso tra gli enti pubblici e le aziende che producono questi strumenti si può massimizzare il ritorno di questi investimenti”.

Distribuzione delle aziende che hanno introdotto soluzioni di telemedicina per tipologia di azienda (%) 2020-2022

- ASL
- AO/AOU
- IRCCS
- OSPEDALI PRIVATI

Distribuzione delle soluzioni di telemedicina per ambito di applicazione (%) 2020-2021

- TELE VISITA
- TELE MONITORAGGIO
- TELE ASSISTENZA
- TELE CONSULTO
- TELE REFERTAZIO
- ALTRO

Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Altems (2022), “Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19 in Italia Instant Report ALTEMS # 2020-2022”

I numeri di Dedalus

Nel mondo

+540mln

Di popolazione servita in 40 paesi attraverso 6300 organizzazioni di assistenza sanitaria

+4mld

Di referti diagnostici l'anno prodotti da oltre 5700 laboratori

+45mln

Di ricoveri ospedalieri ogni anno

+35mln

Accettazioni in pronto soccorso ogni anno

+252mln

Di visite ambulatoriali ogni anno

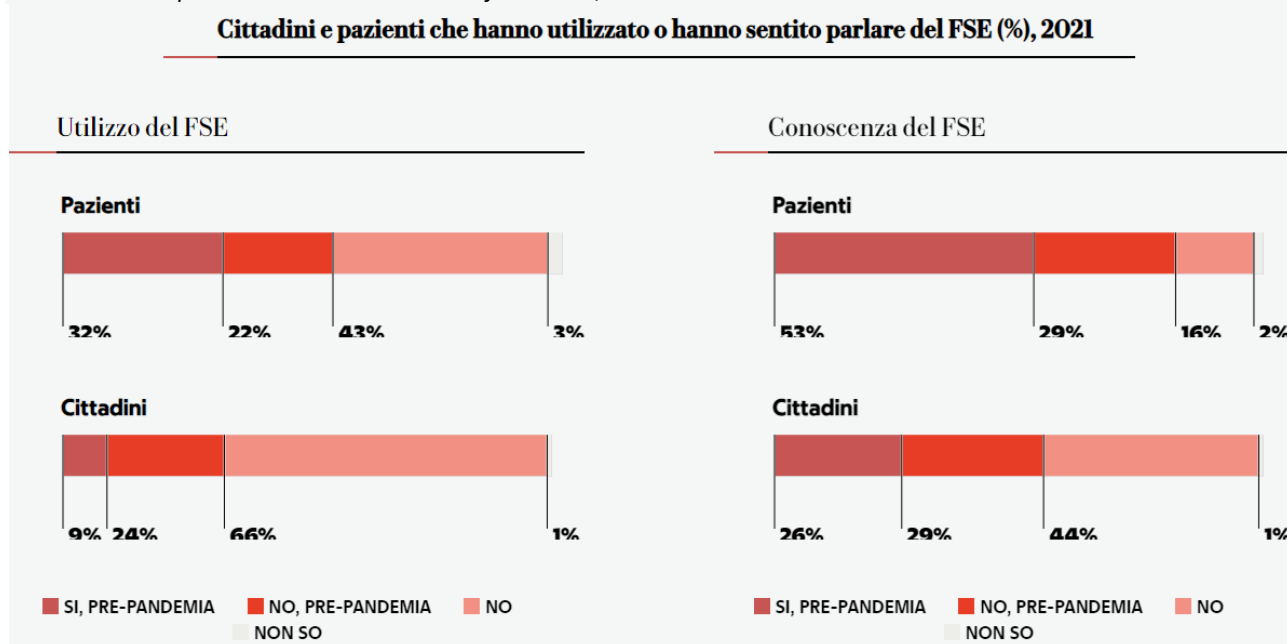
Fonte: The European House – Ambrosetti su fonti varie, 2022

La digitalizzazione mette il turbo alla medicina

Non solo referti e prescrizioni digitali, visite mediche da remoto, diagnosi più accurate e in un futuro non molto lontano medicine sempre più personalizzate.

La digitalizzazione sanitaria sta avendo un grande impatto anche sull'organizzazione sanitaria fornendo l'opportunità di liberare risorse per il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale.

Fonte: The European House – Ambrosetti su fonti varie, 2022



“La digitalizzazione nel settore sanitario - sottolinea Massimo Angileri, General Manager Italia di Dedalus - può offrire vantaggi significativi agli operatori sanitari, liberando risorse e tempo che possono essere utilizzati per migliorare l'assistenza ai pazienti”.

Alcuni dei vantaggi più tangibili per gli operatori sanitari riguardano la semplificazione del lavoro: “La nuova generazione di strumenti digitali a supporto dei clinici - prosegue Angileri - punta a ridurre l'onere amministrativo, automatizzando le attività di routine e consentendo flussi di lavoro più rapidi ed efficienti”. A beneficiarne è anche la multidisciplinarietà delle cure perché la digitalizzazione consente agli operatori sanitari di condividere facilmente le informazioni e collaborare tra loro, migliorando i risultati dei pazienti. “Potere condividere le informazioni cliniche è sempre importante, ma in alcuni ambiti specifici rappresenta una reale condizione irrinunciabile, dato l'attuale contesto di carenza cronica di clinici”, aggiunge il General Manager di Dedalus.

“Ad esempio, la digitalizzazione in Anatomia Patologica, ambito diagnostico fondamentale per le patologie oncologiche e non solo, può consentire di utilizzare al meglio i pochi medici disponibili anche in luoghi fisicamente differenti, condividendo le immagini dei vetrini da remoto”.

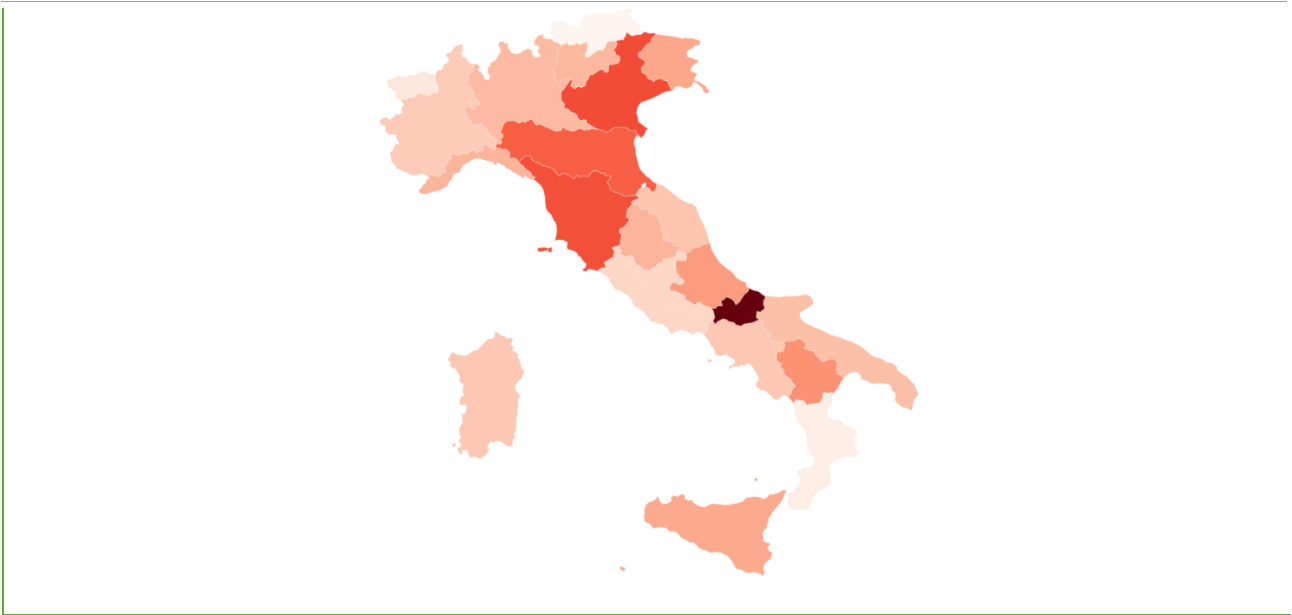
Digital health e differenze regionali: il caso del Fascicolo sanitario elettronico

Purtroppo, anche la digitalizzazione sanitaria ha una tipica diffusione a macchia di leopardo a livello territoriale con l'aggravante che all'interno di ogni singola regione non sono quasi mai state definite strategie digitali uniformi per le strutture sanitarie (ospedali e Asl).

“La gestione digitale del paziente - spiega Marco Foracchia, Direttore Struttura Complessa del Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche dell'Azienda USL di Reggio Emilia, IRCCS - non è mai stata oggetto di vere e proprie strategie regionali e tanto meno di obiettivi per le aziende sanitarie”.

Un classico esempio è quello del Fascicolo sanitario elettronico oggi presente in tutte le Regioni italiane. A giugno 2022 erano 57,7 milioni i fascicoli attivi, con quasi 385 milioni di referti digitalizzati.

Ma la diffusione di questo strumento tra cittadini e professionisti sanitari presenta una forte variabilità a livello regionale.



“La spirale perversa del ‘non lo uso perché non ha contenuti - non ha contenuti perché nessuno lo usa’ – fa notare Foracchia - non è il peccato originale di questo strumento che si basa sull’esistenza, nelle strutture sanitarie, di dati e servizi già digitalizzati. Dove ospedali e Asl generano quotidianamente dati digitali e dove i servizi di base sono già accessibili digitalmente, il FSE è divenuto uno strumento di uso diffuso per i cittadini. Dove è mancato questo terreno fertile, è rimasto uno strumento formalmente attivo ma di scarsa utilità perché non alimentato”.

Un ambito nel quale conta tanto anche il contributo dell’ospedalità privata: “Il privato in sanità – spiega Elena Cagianelli, direttore generale GVM servizi - sta lavorando affinché i dati processati ed inseriti nell’FSE 2.0 siano strutturati, ovvero consentano all’utente non solo la consultazione ma anche la rilevazione dei parametri nel tempo, realizzando infrastrutture digitali che consentano l’interoperabilità tra i vari sistemi e un’uniformità di accesso e gestione del dato su tutto il territorio nazionale integrandosi con la sanità pubblica”.

ChatGpt: perché non sostituirà i medici ma li renderà più efficienti

Digitalizzazione significa anche Intelligenza Artificiale.

Proprio di recente il ChatGPT, il prototipo di chatbot basato su intelligenza artificiale e machine learning sviluppato da OpenAI, ha ottenuto un punteggio pari o intorno alla soglia di superamento del 60% circa per l’esame di abilitazione alla professione medica negli Stati Uniti (USMLE), “con risposte che hanno un senso interno e coerente e che contengono frequenti approfondimenti”.

ChatGpt sostituirà (anche) i medici? “Il chatbot è un’intelligenza artificiale capace di rispondere a degli input e restituire dei testi facendo un’analisi probabilistica basata su informazioni disponibili online.

Per quanto possa aver passato l’esame USMLE, questo non lo rende in grado di sostituire i medici, che nel corso del loro percorso di studi e professionale acquisiscono delle competenze ben al di là della semplice preparazione teorica”, risponde Walter Ricciardi, professore ordinario d’Igiene e Medicina Preventiva e presidente del Mission Board for Cancer dell’Unione Europea. “Tuttavia, l’uso di chatbot e intelligenza artificiale potrebbe essere utile per l’aggiornamento e l’apprendimento dei medici, fornendo informazioni aggiornate sui protocolli di trattamento e sulle evidenze scientifiche più aggiornate al momento.

Già oggi esistono Clinical Decision Support Systems (CDSS) che i medici possono consultare durante la pratica clinica per orientarsi in decisioni complesse: ChatGPT potrebbe rappresentare in questo senso un’evoluzione

naturale di questi strumenti. Inoltre, i chatbot potrebbero affiancare i medici nel rapporto con i pazienti, rispondendo ai loro quesiti ed orientandoli nel percorso diagnostico-terapeutico”.

https://www.salute.eu/2023/03/06/news/rivoluzione_digitale_salute_pnr-390363285/?ref=RHLB-BG-I291645183-P2-S1-T1

Scienza e tecnologia

nature

Libreria di ricerca Outbreak.info: una piattaforma standardizzata e ricercabile per scoprire ed esplorare le risorse COVID-19. Tsueng et al., Nature

Zenzero Tsueng , Julia L. Mullen , Manar Alkuzweny , Marco Cano , Beniamino Rush , Emily Haag , Jason Lin , DylanJ. Welzel , XinghuaZhou , Zhongchao Qian , Alaa Abdel Latif , Emory Hufbauer , Marco Zeller , Kristian G. Andersen , Chunlei Wu , Andrea I.Su , Karthik Gangavarapu & Laura D. Hughes. *Nature methods*. [23 February 2023](#).

Abstract

Outbreak.info Research Library è un'interfaccia standardizzata e ricercabile di pubblicazioni, sperimentazioni cliniche, set di dati, protocolli e altre risorse sulla malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) e sulla sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV-2), realizzata con un database riutilizzabile struttura. Abbiamo sviluppato uno schema rigoroso per applicare la coerenza tra diverse fonti e tipi di risorse e risorse correlate collegate. I ricercatori possono cercare rapidamente le ricerche più recenti nei repository di dati, indipendentemente dal tipo di risorsa o dalla posizione del repository, tramite un'interfaccia di ricerca, un'API (Application Programming Interface) pubblica e un pacchetto R.

Principale

A gennaio 2020, SARS-CoV-2 è stato identificato come il virus responsabile di una serie di casi di polmonite di origine sconosciuta [1](#). Man mano che il virus si diffondeva a livello globale, la comunità scientifica ha rapidamente rilasciato risultati di ricerca (come pubblicazioni, studi clinici e set di dati) e risorse (siti Web, portali e altro).

La generazione e la cura delle risorse spesso non coordinate hanno esacerbato quattro sfide nel trovarle e utilizzarle: volume, frammentazione, varietà e standardizzazione (Figura [1](#) supplementare).

Mentre molti siti web specializzati sono stati sviluppati in modo indipendente [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#) [7](#), un archivio centralizzato e standardizzato per trovare ricerche sul COVID-19, ha limitato la capacità dei ricercatori di scoprire queste risorse e tradurle in approfondimenti sul virus.

Per affrontare il frammentato panorama della ricerca, gli sforzi individuali e della comunità hanno creato fogli di lavoro Google condivisi [8](#) [9](#) [10](#) per favorire la rilevabilità, ma questi sforzi non erano scalabili e spesso mancavano di metadati per promuovere la reperibilità (a parte Navarro e Capdarest-Arest [10](#)).

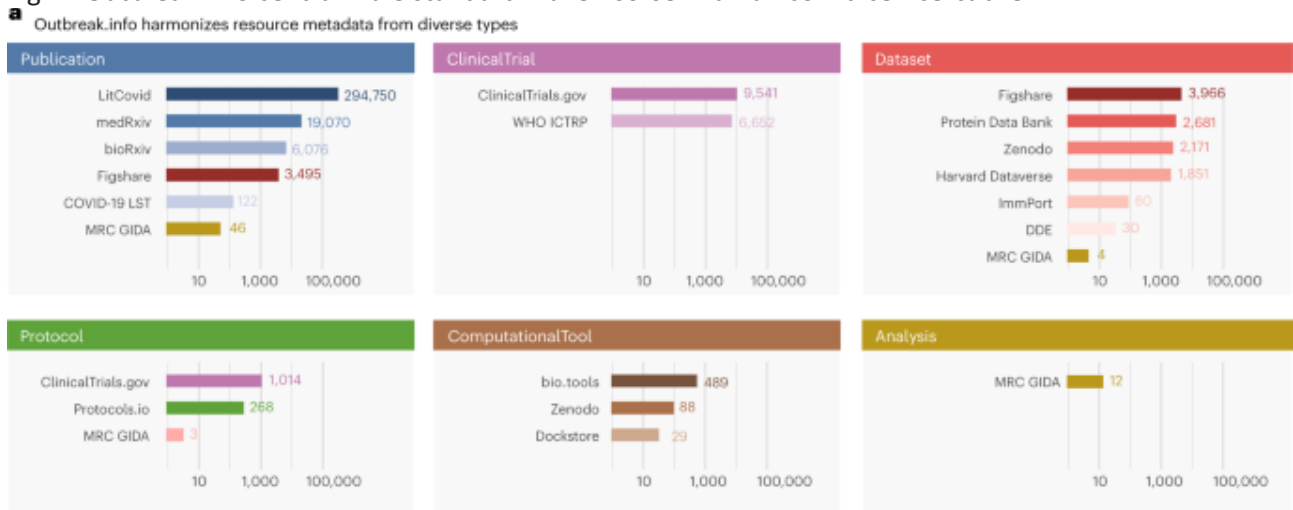
Diversi progetti hanno tentato di affrontare i problemi di volume e frammentazione attraverso l'aggregazione su larga scala, ma non sono riusciti ad affrontare la varietà, concentrandosi su un unico tipo di risorsa come le pubblicazioni [11](#) [12](#). Anche all'interno di un particolare tipo di risorsa, i problemi di standardizzazione abbondano.

I repository si sono trasformati rapidamente per curare i contenuti COVID-19 dalle loro raccolte utilizzando standard di metadati preesistenti, ma spesso non erano interoperabili con altre fonti. Ad esempio, PubMed ha creato LitCovid [13](#) sulla base dei propri standard MEDLINE e il National Clinical Trials Registry ha catalogato gli studi clinici COVID-19 utilizzando il proprio schema [14](#), ma il Registro internazionale degli studi clinici dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) utilizza convenzioni diverse. Allo stesso modo, Zenodo [15](#) e Figshare [16](#) non concordano sulla marginalità, cardinalità e nomi di proprietà [17](#), [18](#), nonostante la compatibilità con gli standard di <https://schema.org>.

Affrontiamo i problemi relativi al volume, alla varietà, alla standardizzazione e alla frammentazione dei metadati creando un unico indice ricercabile di pubblicazioni sul COVID-19, sperimentazioni cliniche, set di dati e altro ancora: la libreria di ricerca epidemic.info.

Per affrontare la varietà e la standardizzazione, abbiamo sviluppato uno schema armonizzato basato su <https://schema.org>, un framework che standardizza i metadati su Internet. Utilizzando questo schema, abbiamo raccolto e armonizzato i metadati da 16 risorse (Fig. [1a](#)). Gli aggiornamenti quotidiani assicurano che gli utenti del sito dispongano di informazioni aggiornate, essenziali in un panorama di ricerca in continua evoluzione.

Fig. 1: Outbreak.info centralizza e standardizza le risorse in un unico indice ricercabile.



b Research Library search result interface



a, Distribuzione delle risorse per tipo di risorsa e fonte. ICTRP, piattaforma del registro internazionale delle sperimentazioni cliniche; MRC GIDA, Centro MRC per l'analisi globale delle malattie infettive. **b**, La ricerca di "Variante delta" trova risorse eterogenee.

Successivamente, per affrontare il volume e la frammentazione, abbiamo sviluppato un portale di ricerca basato sul Web che consente ai ricercatori di navigare tra le risorse centralizzate e standardizzate (<https://outbreak.info/resources>) e un'API per accedere e analizzare le informazioni in massa (<https://api.outbreak.info>).

All'interno dell'interfaccia di ricerca, gli utenti possono cercare, filtrare e visualizzare i record correlati e condividere i metadati associati per eseguire facilmente query tra repository e tipi di risorse. Ad esempio, una singola query (ad esempio "Variante delta") alla nostra API può restituire pubblicazioni, set di dati, studi clinici e altro ancora pertinenti (Fig. 1b) e la Biblioteca di ricerca riassume i risultati della ricerca in visualizzazioni per promuovere l'esplorazione.

Ad esempio, l'istogramma in Fig. 1b indica che il numero di risorse che menzionano la "variante Delta" ha iniziato a crescere a metà del 2021 ed è diminuito nell'estate del 2022, e i grafici a ciambella mostrano che LitCovid è la fonte dominante. Per garantire la facilità d'uso della nostra Biblioteca di ricerca, abbiamo condotto studi di usabilità e migliorato in modo iterativo il nostro sito (Figura 2 supplementare).

Per affrontare ulteriormente i problemi di frammentazione e manutenzione, utilizziamo un'infrastruttura modulare, che consente di aggiungere facilmente nuove fonti di dati, inclusi i contributi della community. I cittadini scienziati hanno svolto un ruolo attivo nella raccolta dei dati [19](https://covidsample.org/) (<https://covidsample.org/>) e nell'accessibilità [12](#), [20](#) durante la pandemia. Data la natura altamente frammentata, diffusa e che cambia frequentemente inerente alla ricerca biomedica, abbiamo integrato tre meccanismi per espandere la Biblioteca di ricerca attraverso la partecipazione della comunità (Figura 3a supplementare).

Innanzitutto, i contributori possono inviare set di dati singoli o multipli tramite un modulo online che garantisce che i metadati curati siano conformi al nostro schema.

In secondo luogo, sfruttando i vantaggi della cura umana, i metadati forniti dalla comunità utilizzando il modulo possono essere dettagliati in modo esaustivo (Figura 3b supplementare) e possono essere ulteriormente aumentati tramite richieste pull su GitHub. Infine, chiunque abbia competenze di codifica Python può inviare raccolte di set di dati standardizzati, pubblicazioni e altre risorse all'API Outbreak Resources contribuendo con un analizzatore di risorse.

La nostra pipeline di contributo della comunità ci consente di integrare gli sforzi di cura dei dati non coordinati in modo rapido e flessibile, particolarmente evidente all'inizio della pandemia (Figura 4 supplementare).

Per supportare l'esplorazione e l'interpretazione delle risorse, abbiamo aggiunto proprietà (metadati a valore aggiunto) a ogni classe nel nostro schema che avrebbe supportato la ricerca, il filtraggio e la navigazione (topicCategories, Supplementary Fig. 5a); collegamento ed esplorazione (correzione, citedBy, isBasedOn, isRelatedTo; Figura 5b supplementare); e interpretazione (valutazioni qualitative) delle risorse. Abbiamo selezionato queste proprietà sulla base di attività preesistenti di citizen science e di cura delle risorse, suggerendo il loro valore nel promuovere la rilevabilità.

Ad esempio, i citizen scientist hanno classificato le risorse nei loro elenchi o raccolte per tipo (set di dati, studi clinici, ecc.) nei loro risultati [10](#) o area di ricerca (epidemiologica, prevenzione, ecc.) [20](#) poiché hanno trovato queste classificazioni utili per cercare, filtrare e sfogliare i loro elenchi o raccolte.

Data la capacità dei citizen scientist di eseguire l'estrazione di informazioni [21](#) e il loro immenso contributo ai compiti di classificazione [22](#), abbiamo incorporato i contributi di citizen science nei dati di formazione per classificare le risorse in categorie tematiche. I cittadini scienziati hanno anche fornito le annotazioni Oxford 2011 Levels of Evidence per migliorarne l'interpretabilità (ovvero, comprendere la credibilità o la qualità della risorsa) [20](#). Per consentire un'ulteriore valutazione della qualità di una risorsa, abbiamo sfruttato le valutazioni Altmetric di Digital Science [23](#).

Infine, abbiamo integrato le risorse con le analisi che abbiamo sviluppato per tenere traccia delle varianti di preoccupazione SARS-CoV-2 (COV) [24](#), serie di mutazioni all'interno del virus associate a maggiore trasmissibilità, virulenza e/o evasione immunitaria. I ricercatori possono passare senza soluzione di continuità da un rapporto variante specifico come Omicron alle risorse nella Biblioteca di ricerca che aiutano a comprenderne il comportamento (Figura 5c supplementare) e le ricerche di varianti sono tra i termini più comunemente interrogati (Tabella supplementare 1a).

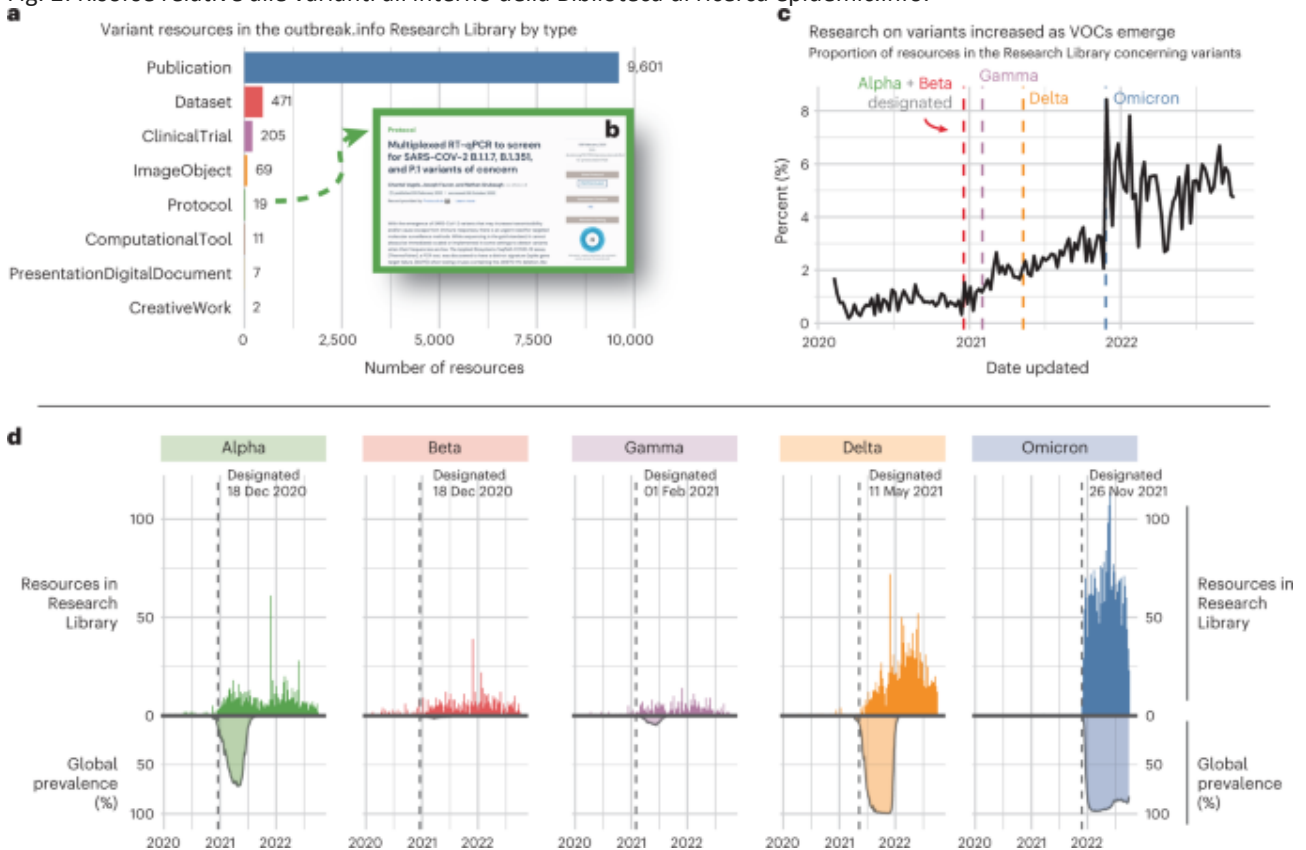
Senza un'interfaccia di ricerca centralizzata con record collegati come epidemic.info, un tentativo simile di esplorare le risorse richiederebbe un'estesa ricerca manuale da più siti diversi (Figura 6 supplementare), ciascuno con le proprie interfacce e le corrispondenti capacità di ricerca.

Per dimostrare le caratteristiche uniche della Biblioteca di ricerca epidemic.info, abbiamo esplorato le dinamiche della ricerca sulle varianti SARS-CoV-2 nel tempo per rispondere a due domande chiave: (1) come ha risposto la comunità di ricerca all'emergere di nuove varianti e (2) come è cambiata questa risposta nel tempo? Abbiamo estratto la ricerca relativa alle varianti nella Biblioteca di ricerca utilizzando la query "variante OR lignaggio", consentendoci di interrogare contemporaneamente metadati da 16 fonti di diversi tipi di ricerca (Fig. 2a).

Oltre 10.000 voci separate sulle varianti sono all'interno della Biblioteca a partire da ottobre 2022, tra cui pubblicazioni, set di dati, studi clinici, protocolli e altro ancora. Utilizzando i filtri e le metriche di qualità fornite tramite i badge Altmetric, abbiamo identificato rapidamente quali risultati sono stati riconosciuti dalla comunità tramite i punteggi Altmetric, come un protocollo PCR quantitativo con trascrizione inversa (RT-qPCR) per lo screening dei COV (Fig. 2b).

Chiaramente, le varianti sono un'area di ricerca attiva, ma questo entusiasmo è cambiato nel tempo? Utilizzando il pacchetto epidemic.info R, abbiamo avuto accesso ai metadati armonizzati per esaminare la proporzione di ricerca correlata alle varianti nella Biblioteca di ricerca nel tempo. Abbiamo osservato un aumento della ricerca sulle varianti dopo la prima identificazione di VOC come Alpha (B.1.1.7*) e Beta (B.1.351*) (Fig. 2c).

Fig. 2: Risorse relative alle varianti all'interno della Biblioteca di ricerca epidemic.info.



a, Ricerca standardizzata tra tipi di risorse, tra cui pubblicazioni, set di dati, studi clinici e altro ancora. **b**, Un protocollo variante scoperto all'interno della Biblioteca. **c**, Man mano che venivano designati i COV, la percentuale di ricerca nella Biblioteca focalizzata sulle varianti è aumentata. **d**, L'aumento della ricerca su ciascun VOC rispecchiava la sua prevalenza mondiale, con la ricerca sulla trasmissibilità, virulenza e/o evasione immunitaria a sostegno della loro designazione VOC da parte delle agenzie di sanità pubblica, e queste designazioni incoraggiano ulteriori ricerche.

La libreria di ricerca e le risorse API di epidemic.info sono state ampiamente utilizzate dalla comunità esterna, inclusi giornalisti, membri delle comunità mediche e di sanità pubblica, studenti e ricercatori biomedici [25](#).

Ad esempio, il RADx-Rad Data Coordination Center ha creato l'app SearchOutbreak (<https://searchoutbreak.netlify.app>), che utilizza l'API Outbreak per raccogliere articoli per riassunti di ricerca personalizzati per i suoi partner [26](#).

In media, la Biblioteca di ricerca riceve quasi 3.000 visualizzazioni di pagina al mese, di cui l'85% sono visitatori unici (Tabella supplementare [1b](#)). Il sito della Biblioteca di ricerca è stato utilizzato per oltre 11.000 ricerche uniche e l'API

della Biblioteca di ricerca riceve una media di quasi 63.000 visite uniche al mese (compreso il traffico Web e l'accesso programmatico).

Questo aumento è stato ancora più evidente per la variante Omicron (B.1.1.529*) alla fine del 2021; ipotizziamo che questo aumento sia dovuto all'accresciuta consapevolezza del valore nello studio delle varianti da parte della comunità scientifica e alle prime indicazioni che la variante potrebbe essere di interesse globale (alto tasso di crescita di Omicron e presenza di molte mutazioni in siti importanti). Per esaminare in che modo la ricerca differiva da VOC nel tempo, abbiamo costruito query per ogni VOC, incluso il nome del lignaggio Pango e le sottolineee associate.

Con i tre COV che sono diventati la forma mondiale dominante di SARS-CoV-2 (Alpha, Delta e Omicron), troviamo che l'aumento della ricerca su questi COV rispecchia l'aumento della prevalenza mondiale per ciascuna variante, con il risultato della ricerca approssimativamente proporzionale alla prevalenza globale (Fig. 2d). Con Alpha e Delta, c'è stato un leggero ritardo nelle pubblicazioni di ricerca che non è stato osservato con Omicron, e la ricerca su Omicron negli ultimi 10 mesi ha sminuito quella per gli altri COV.

Prosegue, infine, la ricerca sulle varianti precedentemente circolanti (Alfa, Beta, Gamma, Delta), anche se attualmente queste varianti sono raramente rilevate, e si concentra su analisi retrospettive, studi fondamentali sui meccanismi d'azione, confronti Omicron e studi sulle varianti ricombinanti. In sintesi, la risposta della comunità di ricerca all'emergere di nuove varianti è stata robusta, è diventata un fulcro maggiore dello sforzo di ricerca complessivo nell'ultimo anno e si è rapidamente orientata verso lo studio della variante dominante.

Alcune limitazioni della Biblioteca di ricerca includono descrizioni di metadati incomplete o non strutturate fornite dalle fonti e l'interrogazione ottimale di queste descrizioni, che spesso includono acronimi e sinonimi. Il lavoro futuro si concentrerà sull'aumento dei metadati raccolti e sull'ottimizzazione dei risultati di ricerca per fornire i risultati più salienti agli utenti.

Mentre la quantità senza precedenti di ricerca su COVID-19 offre nuove opportunità per accelerare il ritmo della ricerca, la difficoltà nel trovare ricerca in mezzo a questa "infodemia" rimane una sfida fondamentale. Nella Biblioteca di ricerca di scoppio.info, affrontiamo molte di queste sfide per assemblare una raccolta di risultati di ricerca eterogenei e dati da fonti di dati distribuite in una piattaforma ricercabile. La nostra piattaforma di elaborazione dei metadati è modulare, consentendo una facile estensione per aggiungere nuove fonti di metadati, inclusi i contributi della comunità, consentendo alla Biblioteca di ricerca di crescere con la pandemia man mano che la ricerca cambia.

Per consentire ulteriori analisi, abilitiamo l'accesso programmatico alla libreria standardizzata. Infine, con l'adozione della scienza aperta archiviata in fonti decentralizzate, trovare rapidamente informazioni sarà fondamentale per la prossima pandemia.

<https://www.nature.com/articles/s41592-023-01770-w>

Science

Le persone che contraggono Omicron hanno meno probabilità di contrarre Long Covid. Couzin-Frankel. Science

Vaccinazione, la biologia del virus potrebbe ridurre il rischio

Jennifer Couzin-Frankel,

21 marzo 2023, Science

Da quando la pandemia di COVID-19 si è diffusa in tutto il Regno Unito, l'ematologo John Willan è preoccupato per il bilancio della malattia sui suoi pazienti. Nel marzo 2020, Willan, che lavora all'Università di Oxford e al Wexham Park Hospital, ha iniziato a monitorare i casi di COVID-19 dell'ospedale tra le persone

con leucemie, linfomi e altre malattie del sangue. Ha contato non solo le dozzine di morti, ma anche sintomi persistenti e invalidanti chiamati collettivamente Long Covid, che hanno afflitto milioni di persone negli ultimi 3 anni.

In questi giorni, Willan è meno ansioso. Dopo che Omicron ha iniziato a diffondersi alla fine del 2021, i decessi per COVID-19 sono diventati una rarità anche tra i suoi pazienti fragili e immunocompromessi, afferma. E le infezioni ora comportano un minor rischio di complicazioni persistenti.

"Questi pazienti con Omicron, hanno molte meno probabilità di contrarre Long Covid", afferma Willan, i cui pazienti sono vaccinati in modo schiacciante.

All'inizio di questo mese, ha riferito sul British Journal of Hematology che [il rischio dei suoi pazienti di sintomi di Long Covid 3 mesi dopo l'infezione](#) era sceso dal 46% con il ceppo originale di coronavirus e un altro chiamato Alpha, al 35% con la variante Delta, a 14 % con Omicron.

"I miei pazienti erano così terrorizzati ... quando è uscito COVID", e giustamente, dice Willan. Anche se il numero di sintomi prolungati è ancora più alto di quanto vorrebbe, "Voglio provare a inviare un messaggio a quelle persone per dire: 'Questo è il vero rischio per te ora'".

La tendenza appare sia nelle persone vulnerabili che in quelle sane. Un gruppo nel Regno Unito, in Spagna e in Italia ha riportato questo mese su The Lancet Oncology che [il rischio di Long Covid tra i malati di cancro è sceso](#) da circa il 17% nel 2021 al 6% più recentemente, poiché i casi sono passati a Omicron.

[Un altro studio appena pubblicato sui lavoratori ospedalieri svizzeri sani](#) descrive un modello simile.

"Il rischio di Long Covid non è paragonabile tra queste varianti", afferma Philipp Kohler, specialista in malattie infettive presso l'ospedale cantonale di San Gallo, che ha co-diretto lo studio svizzero. La vaccinazione, la tendenza di Omicron a causare malattie più lievi e la sua distinta biologia possono svolgere un ruolo, sebbene il grado in cui diversi fattori attenuano il rischio è un mistero.

Claire Steves, geriatra ed epidemiologa al King's College di Londra, è stata la prima a [confrontare rigorosamente i tassi di Long Covid dopo Omicron con quelli dopo Delta](#), che ha colpito a metà del 2021. Ha attinto ai dati del COVID Symptom Study del Regno Unito, in cui decine di migliaia di persone digitano informazioni in un'app. I dati di 97.000 persone vaccinate hanno rivelato un rischio del 4,5% che i sintomi persistessero 4 settimane dopo un'infezione da Omicron rispetto al 10,8% a seguito di un'infezione da Delta, il gruppo ha riportato su The Lancet nel giugno 2022.

Da allora, diversi studi hanno mostrato un calo del rischio, sebbene non siano d'accordo sui numeri assoluti. La definizione di Long Covid è ancora in evoluzione, i progetti di studio differiscono e non è nota la frequenza con cui i sintomi di Long Covid come la nebbia del cervello e l'intensa stanchezza colpiscono anche le persone non infette, rendendo più difficile raccogliere la prevalenza di Long Covid oggi.

Nello studio svizzero di questo mese su Clinical Infectious Diseases, Kohler e i suoi colleghi, inclusi gli specialisti in malattie infettive Carol Strahm e Christian Kahlert, entrambi anche loro a San Gallo, hanno cercato di definire i rischi di Long Covid in una coorte di operatori sanitari svizzeri. Il team ha ordinato i partecipanti, per lo più donne e giovani o di mezza età, in base alla variante con cui erano probabilmente stati infettati, in base al momento della loro malattia. Altri volontari, senza test COVID-19 positivo e senza anticorpi al virus, sono stati assegnati a un gruppo di controllo mai infetto. Un sondaggio condotto nel giugno 2022 ha chiesto informazioni sui sintomi di Long Covid. "Abbiamo deciso che questa non è una domanda sì o no", afferma Kohler, quindi tra quasi 3000 intervistati, il team ha contato quanti dei 18 sintomi tipici del Long Covid, come mal di testa, tosse, dolori articolari e annebbiamento cerebrale, avevano. Poiché molte persone nella popolazione generale hanno almeno alcuni di questi sintomi, il team ha confrontato la loro frequenza tra diversi gruppi, compresi i controlli.

Nella coorte Omicron, il numero medio di sintomi cronici era di 0,52, al di sotto delle altre varianti, ma appena sopra lo 0,39 del gruppo di controllo. Sebbene ciò suggerisca che l'infezione da Omicron comporti una possibilità di Long Covid, impallidisce rispetto al ceppo originale: gli operatori sanitari infettati all'inizio avevano ancora in media più di un sintomo in corso, nonostante fossero stati colpiti molto prima. Hanno anche continuato a segnalare più giorni persi dal lavoro rispetto a quelli che hanno catturato Omicron.

In un certo senso, questi numeri non sono sorprendenti.

Durante la malattia acuta, è molto meno probabile che Omicron faccia atterrare i pazienti in ospedale a causa di una malattia grave, che i ricercatori sanno essere un importante fattore di rischio per Long Covid. Ma Steves afferma che i suoi dati mostrano che il rischio di Long Covid ridotto "non riguarda solo la gravità". Il suo gruppo ha analizzato i dati solo su individui non ricoverati e ha trovato la stessa lacuna. "Penso che sia

molto probabile che [Omicron] agisca come un virus diverso", afferma. Lo studio di Steves "suggerisce che potrebbe esserci una proprietà intrinseca di Omicron che riduce la conversione a Long Covid", afferma Akiko Iwasaki, immunologa della Yale School of Medicine. Iwasaki e Steves ipotizzano che il modo in cui diverse varianti virali si infiltrano nel corpo potrebbe essere la chiave. Le varianti precedenti sembrano diffondersi agli organi vitali più spesso di quanto non faccia Omicron. Tale diffusione potrebbe non produrre sempre sintomi nell'infezione acuta, teorizza Iwasaki, ma potrebbe rendere più probabile che qualcuno finisca con Long Covid.

Sebbene le varianti mutevoli stiano probabilmente riducendo il rischio di Long Covid, anche la vaccinazione sta probabilmente svolgendo un ruolo, sebbene districare la sua potenza possa essere complicato. Nello studio di Kohler, i risultati dopo Omicron non sembravano influenzati dalla vaccinazione, ma altri studi vedono un collegamento.

Gli scienziati si chiedono anche come le reinfezioni possano alimentare i casi di Long Covid. Il gruppo di Kohler dispone di [dati preliminari](#) che suggeriscono che una persona infettata dal ceppo originale di COVID-19 e poi da Omicron non aveva un rischio maggiore di Long Covid rispetto a chi era stato infettato solo dai ceppi originali.

Daniel Ayoubkhani, uno dei principali statistici presso l'Office for National Statistics che analizza i dati Long Covid, osserva che l'indagine sulle infezioni da COVID-19 nel Regno Unito ha riportato il mese scorso che il 2,4% [dei partecipanti ha descritto sintomi in corso dopo una seconda infezione](#) rispetto al 4% dopo una prima; la maggior parte delle infezioni erano probabilmente Omicron.

Tuttavia, Iwasaki osserva che anche un piccolo rischio di Long Covid significa molte persone colpite. Dato quanto può essere disabilitante la sindrome, non ha smesso di preoccuparsi per il pubblico e per se stessa. "Sicuramente non voglio contrarre il virus", dice.

https://www.science.org/content/article/people-catch-omicron-are-less-likely-get-long-covid?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_campaign=DailyLatestNews&utm_content=alert&et rid=691092258&et cid=4645332



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Valutazione del vaccino BNT162b2 Covid-19 nei bambini di età inferiore ai 5 anni.

Munoz et al. N Eng J Med

Flor M. Munoz, Lawrence D. Sher, Charu Sabharwal, Alejandra Gurtman, Xia Xu, Nicholas Kitchin, Stephen Lockhart, Robert Riesenber, Joanna M. Sexter, Hanna Czajka, Concedere C. Paulsen, Yvonne Maldonado, et al., per il gruppo di sperimentazione clinica C4591007 .

[16 febbraio 2023,](#)

N Engl J Med 2023; 388:621-634,

DOI: 10.1056/NEJMoa2211031

Background

Vaccini sicuri ed efficaci contro la malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) sono urgentemente necessari nei bambini piccoli.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio di ricerca della dose di fase 1 e stiamo conducendo uno studio di sicurezza, immunogenicità ed efficacia in corso di fase 2-3 del vaccino BNT162b2 in bambini sani di età compresa tra 6 mesi e 11 anni. Presentiamo i risultati per i bambini di età compresa tra 6 mesi e meno di 2 anni e quelli di età compresa tra 2 e 4 anni attraverso le date limite dei dati (29 aprile 2022, per sicurezza e immunogenicità e 17 giugno 2022, per efficacia). Nello studio di fase 2-3, i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale (in un rapporto 2:1) a ricevere due dosi da 3 µg di BNT162b2 o placebo. Sulla base dei risultati preliminari di immunogenicità, è stata somministrata una terza dose da 3 µg (≥8 settimane dopo la dose 2) a partire da gennaio 2022, che ha coinciso con l'emergenza della variante B.1.1.529 (omicron).

Risultati

Durante lo studio di determinazione della dose di fase 1, sono state somministrate due dosi di BNT162b2 a 21 giorni di distanza a 16 bambini di età compresa tra 6 mesi e meno di 2 anni (dose da 3 µg) e 48 bambini di età compresa tra 2 e 4 anni (dose da 3 µg o dose da 10 µg). Il livello di dose di 3 µg è stato selezionato per lo studio di fase 2-3; 1178 bambini di età compresa tra 6 mesi e meno di 2 anni e 1835 bambini di età compresa tra 2 e 4 anni hanno ricevuto BNT162b2 e 598 e 915, rispettivamente, hanno ricevuto placebo.

I criteri di successo dell'immunobridging per il rapporto della media geometrica e la sieroriposta a 1 mese dopo la dose 3 sono stati soddisfatti in entrambi i gruppi di età. Gli eventi di reattogenicità di BNT162b2 sono stati per lo più da lievi a moderati, senza eventi di grado 4. Incidenze basse e simili di febbre sono state riportate dopo aver ricevuto BNT162b2 (7% tra i bambini da 6 mesi a < 2 anni di età e 5% tra quelli di età compresa tra 2 e 4 anni) e placebo (dal 6 al 7% tra i bambini di età compresa tra 6 mesi e <2 anni e dal 4 al 5% tra quelli di età compresa tra 2 e 4 anni). L'efficacia complessiva del vaccino osservata contro il Covid-19 sintomatico nei bambini di età compresa tra 6 mesi e 4 anni è stata del 73,2% (intervallo di confidenza al 95%, da 43,8 a 87,6) da 7 giorni dopo la dose 3 (sulla base di 34 casi).

Conclusioni

Una serie primaria a tre dosi di BNT162b2 da 3 µg si è rivelata sicura, immunogenica ed efficace nei bambini di età compresa tra 6 mesi e 4 anni. (Finanziato da BioNTech e Pfizer; numero ClinicalTrials.gov,)

Sebbene la malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) sia generalmente lieve nei bambini di età inferiore ai 5 anni, possono verificarsi malattie gravi, ricoveri ed effetti postacuti, inclusa la sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini (MIS-C). ¹⁻³

Negli Stati Uniti, i tassi di ospedalizzazione associati a Covid-19 tra i bambini di età inferiore ai 5 anni hanno raggiunto il picco di 14,5 per 100.000 nel gennaio 2022 durante il primo periodo di predominanza della variante B.1.1.529 (omicron); questo era circa cinque volte il tasso durante il periodo di predominanza della variante B.1.617.2 (delta) nel 2021. ⁴

È da notare che il 63% di neonati e bambini che hanno avuto ricoveri associati a Covid-19 nel 2022 non ha condizioni mediche sottostanti. ⁴ Anche i bambini piccoli possono svolgere un ruolo importante nella diffusione di varianti altamente trasmissibili. ^{5,6} Pertanto, disporre di vaccini sicuri ed efficaci per i bambini di età inferiore ai 5 anni è fondamentale per limitare la pandemia. Il vaccino BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) ha la licenza statunitense per l'immunizzazione contro il Covid-19 nelle persone di età pari o superiore a 12 anni e l'autorizzazione all'uso di emergenza nei bambini dai 5 agli 11 anni. ^{7,8} I risultati degli studi di fase 1 in corso e degli studi clinici di fase 2-3 che coinvolgono persone sane di età pari o superiore a 5 anni supportano la sicurezza, l'immunogenicità e l'efficacia del BNT162b2 somministrato come una serie di due dosi a distanza di 21 giorni. ⁹⁻¹²

È autorizzata anche una terza dose (richiamo) per le persone di età pari o superiore a 5 anni. ² Poiché una serie primaria a due dosi non ha soddisfatto tutti i criteri per il successo dell'immunoponte nei bambini di età compresa tra 2 e 4 anni e poiché prove emergenti indicano che sono necessarie tre dosi di vaccino a RNA messaggero (mRNA) per migliorare le risposte immunitarie contro la variante omicron, ¹³ abbiamo studiato una terza dose di BNT162b2 da 3 µg somministrata almeno 8 settimane dopo la dose 2 nei bambini di età compresa tra 6 mesi e 4 anni.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2211031?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BS1iYCV2%2Fn1hCATDoMcgIhCBw1hDJC2c%2FQxArfdroS2uiZ4spG2cMFtsnN7jCbJ0T9ZZK%2BP>

[m%2FRgBgDPScCED79fI8Jc1%2F6ZawqIG7r6LrOgkyxMmgEiZEvpGWDOLoVIPQh9C%2FqObk0DQqNA0H723s9ZOU9ofpFTDnOul27tpQKTUJx7wGEX1weMDoRAurNRe2BdJ%2FSR9NDig%3D%3D&c&id=NEJM%20Weekend%20Briefing,%20February%202018,%202023%20DM2021725&bid=1422442801](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00015-2)

THE LANCET

Efficacia a lungo termine dei vaccini COVID-19 contro infezioni, ricoveri e mortalità negli adulti: risultati di una sintesi di prove sistematiche rapide e di una meta-analisi fino a dicembre 2022. Wu et al., The Lancet

Nana Wu, Keven Joyal-Desmarais, Paula AB Ribeiro, Ariany Marques Vieira, Jovana Stojanovic, Comfort Sanuade, et al.

10 febbraio 2023, The Lancet, Respiratory Medicine

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00015-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00015-2)

Background

Sintesi delle prove sull'efficacia a lungo termine dei vaccini COVID-19 (BNT162b2 [Pfizer–BioNTech], mRNA-1273 [Moderna], ChAdOx1 nCoV-19 [AZD1222; Oxford–AstraZeneca] e Ad26.COV2.S [Janssen]) contro le infezioni, i ricoveri e la mortalità è fondamentale per prendere decisioni politiche in materia di pandemia basate su prove.

Metodi

In questa rapida sintesi sistematica di prove e meta-analisi, abbiamo cercato EMBASE e il portafoglio iSearch COVID-19 del National Institutes of Health degli Stati Uniti, integrato da ricerche manuali di fonti specifiche di COVID-19, fino al 1 dicembre 2022, per gli studi che riportavano efficacia del vaccino immediatamente e almeno 112 giorni dopo una serie vaccinale primaria o almeno 84 giorni dopo una dose di richiamo.

I singoli revisori hanno valutato titoli, abstract e articoli full-text e hanno estratto i dati, con un secondo revisore che ha verificato gli studi inclusi.

Gli esiti primari erano l'efficacia del vaccino contro le infezioni da SARS-CoV-2, i ricoveri e la mortalità, che sono stati valutati utilizzando modelli meta-analitici a tre livelli. Questo studio è registrato presso il Centro Collaborativo Nazionale Metodi e Strumenti, revisione 473.

Risultati

Abbiamo vagliato 16.696 record a livello di titolo e abstract, valutato 832 (5.0%) testi completi e inizialmente incluso 73 (0.4%) studi. Di questi, abbiamo escluso cinque (7%) studi a causa del rischio critico di bias, lasciando 68 (93%) studi che sono stati estratti per l'analisi.

Per le infezioni causate da qualsiasi ceppo SARS-CoV-2, l'efficacia del vaccino per la serie primaria si è ridotta dall'83% (IC 95% 80-86) al basale (14-42 giorni) al 62% (53-69) di 112-139 giorni.

L'efficacia del vaccino al basale era del 92% (88-94) per i ricoveri e del 91% (85-95) per la mortalità e ridotta al 79% (65-87) a 224-251 giorni per i ricoveri e all'86% (73-93) a 168-195 giorni per la mortalità.

L'efficacia stimata del vaccino era inferiore per la variante omicron per infezioni, ricoveri e mortalità al basale rispetto a quella di altre varianti, ma le riduzioni successive si sono verificate a un tasso simile tra le varianti. Per le dosi di richiamo, che coprivano principalmente studi omicron, l'efficacia del vaccino al basale era del 70% (56-80) contro le infezioni e dell'89% (82-93) contro i ricoveri, e ridotta al 43% (14-62) contro le infezioni e al 71% (51-83) contro i ricoveri a 112 giorni o successivi.

Non erano disponibili studi sufficienti per riferire sull'efficacia del vaccino di richiamo contro la mortalità.

Interpretazione

Le nostre analisi indicano che l'efficacia del vaccino generalmente diminuisce nel tempo contro le infezioni da SARS-CoV-2, i ricoveri e la mortalità.

I livelli di efficacia del vaccino al basale per la variante omicron erano notevolmente inferiori rispetto ad altre varianti. Pertanto, per gestire la pandemia a lungo termine potrebbero essere necessarie altre misure preventive (ad esempio, l'uso della mascherina e il distanziamento fisico).

Prove prima di questo studio

La vaccinazione di massa contro il virus SARS-CoV-2 è stata fondamentale per contenere l'impatto della pandemia di COVID-19. La ricerca sull'immunogenicità indica che l'efficacia dei vaccini potrebbe diminuire nel tempo; sebbene non sia chiaro come questa riduzione si traduca nell'efficacia clinica del vaccino. A nostra conoscenza, una revisione sistematica chiave fino ad oggi ha ampiamente esaminato la durata dell'efficacia del vaccino COVID-19 per infezioni e ricoveri. Questa revisione ha rilevato che l'efficacia del vaccino è diminuita nel tempo in risposta a una serie di vaccini primari.

Tuttavia, gli autori non hanno riportato alcun dato relativo alle dosi di richiamo, alla mortalità correlata a COVID-19, né alla variante omicron (B.1.1.529), omissioni chiave data la situazione pandemica in corso.

Tra il 1 gennaio 2020 e il 1 dicembre 2022, abbiamo cercato EMBASE e il National Institutes of Health degli Stati Uniti" s iSearch COVID-19 Portfolio, un database completo e curato da esperti che copre otto database di pubblicazione e pre stampa, e ha cercato manualmente fonti specifiche di COVID-19 per la nostra sintesi di prove sistematiche viventi e meta-analisi.

Sono stati inclusi studi in inglese o francese che riportavano l'efficacia del vaccino per le infezioni da SARS-CoV-2, i ricoveri e la mortalità in risposta a una serie primaria o a una dose di richiamo del vaccino COVID-19 al basale e a lungo termine (≥ 112 giorni per la serie primaria o ≥ 84 giorni per la dose di richiamo).

La strategia di ricerca includeva termini chiave relativi alla vaccinazione (ad esempio, tipi di vaccino e produttori). e ho cercato manualmente fonti specifiche di COVID-19 per la nostra sintesi e meta-analisi di prove sistematiche viventi.

Sono stati inclusi studi in inglese o francese che riportavano l'efficacia del vaccino per le infezioni da SARS-CoV-2, i ricoveri e la mortalità in risposta a una serie primaria o a una dose di richiamo del vaccino COVID-19 al basale e a lungo termine (≥ 112 giorni per la serie primaria o ≥ 84 giorni per la dose di richiamo).

La strategia di ricerca includeva termini chiave relativi alla vaccinazione (ad esempio, tipi di vaccino e produttori). e ho cercato manualmente fonti specifiche di COVID-19 per la nostra sintesi e meta-analisi di prove sistematiche viventi. Sono stati inclusi studi in inglese o francese che riportavano l'efficacia del vaccino per le infezioni da SARS-CoV-2, i ricoveri e la mortalità in risposta a una serie primaria o a una dose di richiamo del vaccino COVID-19 al basale e a lungo termine (≥ 112 giorni per la serie primaria o ≥ 84 giorni per la dose di richiamo). La strategia di ricerca includeva termini chiave relativi alla vaccinazione (ad esempio, tipi di vaccino e produttori).

Valore aggiunto di questo studio

Utilizzando modelli meta-analitici a tre livelli, abbiamo riscontrato una marcata diminuzione nel tempo dell'efficacia del vaccino per le infezioni da SARS-CoV-2 sia per la serie primaria che per il richiamo, e una diminuzione minore per i ricoveri e la mortalità. I risultati per la variante omicron erano simili, ma avevano livelli di efficacia del vaccino notevolmente inferiori al basale.

Questi risultati estendono i dati precedenti mostrando una risposta di efficacia del vaccino iniziale inferiore alla variante omicron con ulteriori riduzioni nel tempo.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

La vaccinazione continua ad essere una misura efficace nel tempo per ridurre i ricoveri e la mortalità da COVID-19, ma meno per le infezioni.

Altre misure (p. es., mascherine e distanziamento fisico) potrebbero essere necessarie per controllare le infezioni a lungo termine. I nostri risultati forniscono approfondimenti a medici, responsabili politici della

sanità pubblica e ricercatori sull'efficacia a lungo termine dei vaccini COVID-19, che possono fornire raccomandazioni cliniche e politiche, come la tempistica delle future dosi di richiamo.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00015-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00015-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET

Finora, nessuna nuova variante di SARS-CoV-2 da Pechino e, si spera, una migliore cooperazione scientifica in futuro. Preiser et al. The Lancet

Wolfgang Preiser e Tongai Maponga

08 febbraio 2023, The Lancet,

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00268-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00268-4)

All'inizio di dicembre 2022, la Cina ha abbandonato quelle che fino ad allora erano state tra le politiche più severe contro la pandemia di COVID-19 a livello globale.

Definita la "politica dinamica zero-COVID", i test di massa, i rigidi protocolli di quarantena e i controlli sui movimenti miravano a tenere sotto controllo i focolai di COVID-19 prima che potessero diffondersi.

Questo approccio si è rivelato molto efficace: dal 22 gennaio 2020 al 1° novembre 2022, per milione di abitanti, la Cina ha registrato un totale di 726 casi di COVID-19 e 3,9 decessi, rispetto ai 288.384 casi e 3166 decessi negli Stati Uniti.

A seguito della brusca inversione di questa politica, si è verificata una massiccia ondata di infezioni da SARS-CoV-2 in alcune parti della Cina. I criteri di segnalazione rivisti (ad esempio, i casi asintomatici non sono più inclusi) nascondono la sua reale portata, ma i rapporti suggeriscono un numero considerevole di casi di infezione e malattie gravi e decessi.

Per la maggior parte del mondo, la strategia prevalente per imparare a convivere con COVID-19 si basa su un'immunità diffusa, per proteggere la maggior parte delle persone dallo sviluppo di COVID-19 grave e quindi preservare la capacità del sistema sanitario. Anche i test, il trattamento e le campagne di vaccinazione, in particolare con i vaccini aggiornati (bivalenti), hanno ruoli a vari livelli. In Cina, l'immunità derivante da una precedente infezione era rara a causa dell'efficace soppressione del COVID-19, una percentuale sostanziale di persone anziane apparentemente non era completamente immunizzata e i vaccini contro il virus intero inattivato COVID-19 utilizzati principalmente non erano altamente efficaci né specifici per il variante omicron di preoccupazione.

La cosa più preoccupante per il resto del mondo sono le potenziali conseguenze globali dell'abbandono da parte della Cina della sua politica zero-COVID. In precedenza, la Cina controllava i viaggi in modo molto rigoroso, con relativamente pochi viaggiatori che entravano o uscivano dal Paese e severi regimi di test e quarantena. La ripresa dei viaggi e l'allentamento di queste restrizioni significano che la traiettoria del COVID-19 della Cina non è più ampiamente disgiunta dal resto del mondo. Sebbene sia improbabile che i passeggeri con infezione da SARS-CoV-2 in arrivo dalla Cina pongano problemi di salute pubblica di per sé, la persistente scarsità di dati genomici dalla Cina ha sollevato preoccupazioni sull'introduzione di nuovi lignaggi SARS-CoV-2 che potrebbero emergere durante una massiccia epidemia onda.

Meno dello 0,1% dei casi positivi in Cina ha avuto sequenze del genoma SARS-CoV-2 inviate a GISAID, una piattaforma per la condivisione di dati genomici virali; ciò contrasta con il 12% per il Regno Unito e l'1,2% per il Sud Africa. Di conseguenza, diversi paesi hanno introdotto misure di screening, tra cui il sequenziamento del genoma SARS-CoV-2 di campioni di singoli passeggeri infetti o acque reflue aeroportuali o aeroportuali.

I primi rapporti indicano a volte un numero considerevole di viaggiatori infetti, ma i virus trovati finora rappresentano linee virali che già circolano ampiamente al di fuori della Cina.

Dati genomici altrettanto rassicuranti sono stati presentati all'OMS.

In The Lancet, Yang Pan e colleghi riferire e analizzare il panorama genomico attualmente in fase di sviluppo delle varianti SARS-CoV-2 a Pechino. Prima di dicembre 2022, Pechino aveva visto numerose importazioni e un focolaio più ampio all'inizio del 2022, ma nessuna trasmissione locale in corso di SARS-CoV-2. Per un periodo di 5 settimane a partire da metà novembre 2022, sono state sequenziate 350 infezioni acquisite localmente e 63 casi importati. I lignaggi discendenti di Omicron BA.5.2 e BF.7 dominavano (90%) e tutti i restanti genomi virali appartenevano a lignaggi noti di Pango. È certamente rassicurante che questo studio non abbia prodotto prove di nuove varianti di SARS-CoV-2, ma non è una sorpresa: l'impennata è ampiamente spiegata dalla brusca interruzione di efficaci misure di controllo.

Lo studio è soggetto a diverse limitazioni. Copre un breve periodo entro poche settimane dalla revoca delle misure zero-COVID. Se nuovi lignaggi dovessero emergere nel corso dell'ondata, lo studio era probabilmente troppo presto per trovarli. Si possono anche sequenziare solo i campioni risultati positivi; con gli sforzi di test precedentemente massicci in Cina ora interrotti, solo una piccola parte delle persone infette viene testata. Anche in molti altri paesi si riscontrano test COVID-19 insufficienti. Inoltre, la situazione a Pechino potrebbe non essere rappresentativa dell'intera Cina. Negli Stati Uniti, ad esempio, la sottovariante XBB.1.5 continua ad essere finora limitata in gran parte alle parti nord-orientali del paese, nonostante sia altamente trasmissibile.

Il profilo epidemiologico molecolare SARS-CoV-2 in una regione di un paese vasto e densamente popolato non può essere estrapolato all'intero paese. In altre regioni della Cina potrebbero svilupparsi altre dinamiche evolutive, che potrebbero includere specie animali che potrebbero essere infettate da esseri umani e riversare un ulteriore virus evoluto.

È gradito vedere questi dati tanto necessari dalla Cina. Sebbene le misure relative ai viaggi abbastanza miti imposte da alcuni paesi per i viaggiatori provenienti dalla Cina ancora una volta possano essere considerate punitive, si può solo sperare che questo documento preannunci una maggiore apertura e un rapido scambio di dati in futuro. Le critiche reciproche e persino le accuse negli ultimi 3 anni hanno causato notevoli sensibilità tra la Cina e altri paesi. Tuttavia, il mondo ha urgente bisogno di dati genomici e di altro tipo tempestivi (ad esempio, cifre affidabili per casi e decessi) da tutte le regioni della Cina, come da qualsiasi altra parte. Un flusso rapido e senza ostacoli di dati vitali è la chiave per contrastare la pandemia di COVID-19 in corso e molte altre minacce per la salute.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00268-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00268-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Cambiamento climatico e salute

One Health, clima e salute

THE LANCET
Respiratory Medicine

La crisi del cambiamento climatico diventa critica. The Lancet

Pubblicato: 13 febbraio 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00056-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00056-5)

Il cambiamento climatico è la [più grande minaccia per la salute pubblica globale](#) nel 21° secolo. Dall'aumento dei decessi e delle malattie a causa delle condizioni meteorologiche avverse al peggioramento della qualità dell'aria, al cambiamento dei modelli di infezione e all'interruzione delle forniture alimentari, gli effetti sulla salute del cambiamento climatico sono di vasta portata.

[CHI](#) prevede circa 250.000 morti in più all'anno tra il 2030 e il 2050 per malattie sensibili al clima, ma il bilancio esatto è difficile da quantificare. A livello globale, l'assistenza sanitaria è responsabile di quasi il 5% delle emissioni di gas serra e nei paesi sviluppati come gli Stati Uniti è più vicina al 9%. La comunità respiratoria e di terapia intensiva gestisce alcuni dei pazienti più colpiti dai cambiamenti climatici e dalla qualità dell'aria, ma ora deve anche guardare al ruolo che le unità di terapia intensiva e l'assistenza sanitaria svolgono nel contribuire al problema.

Al congresso della Society of Critical Care Medicine a San Francisco, CA, USA (21-24 gennaio 2023), è stato incoraggiante vedere che la crisi climatica era in primo piano. Srinivas Murthy (University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada) ha tenuto un discorso di leader di pensiero sull'intersezione tra cambiamento climatico e terapia intensiva, e ha posto al pubblico due domande. La mia terapia intensiva può aiutare a ridurre il cambiamento climatico? E la mia terapia intensiva è pronta per gli impatti del cambiamento climatico?

[La terapia intensiva è un reparto ad alta intensità energetica](#).

Il fabbisogno di elettricità per ventilatori, illuminazione, aria condizionata e monitoraggio è più elevato che nella maggior parte delle altre aree dell'ospedale. Trovare fonti di energia pulita - solare, eolica, idroelettrica e geotermica - per alimentare gli ospedali avrà il massimo effetto nella riduzione dell'impronta di carbonio. Gli Stati Uniti utilizzano attualmente combustibili fossili per circa il 60% della produzione di elettricità, il Regno Unito circa il 50%.

La buona notizia è che la transizione verso [le energie rinnovabili sta accelerando](#): nel 2022 sono stati investiti 1,4 trilioni di dollari in energia pulita. Un altro fattore che contribuisce alle emissioni di gas serra è l'uso di alcuni farmaci. I gas anestetici utilizzati negli ambulatori e nelle unità di terapia intensiva sono responsabili del 2% di tutte le emissioni NHS nel Regno Unito.

L'agente anestetico desflurano ha un impatto ambientale circa 15 volte maggiore di quello del sevoflurano (un anestetico volatile alternativo a basso tenore di carbonio); nel tentativo di ridurre le emissioni, [NHS England ha annunciato](#) nel gennaio 2023 la disattivazione del desflurano entro l'inizio del 2024. Altri farmaci noti per avere [conseguenze ambientali sono gli inalatori](#). Gli idrofluoroalcani utilizzati negli inalatori dosati hanno un potenziale di riscaldamento globale di oltre 1000 volte quello della CO₂.

Educare i pazienti sull'uso corretto degli inalatori, ottimizzare il controllo dell'asma, utilizzare dispositivi distanziatori e cambiare i pazienti, quando appropriato, con gli inalatori di polvere secca potrebbe contribuire a ridurre le emissioni degli inalatori.

A causa della necessità di controllo delle infezioni e di riduzione del rischio di sepsi, l'ICU ha una forte domanda di articoli monouso che hanno più imballaggi e alla fine vengono scartati, contribuendo allo smaltimento in discarica e alle emissioni. Trovare modi per riciclare più articoli, acquistare meno articoli tossici e aumentare i prodotti riutilizzabili sono tutti modi per ridurre i rifiuti. Organizzazioni come [Health](#)

[Care Without Harm](#) stanno collaborando con gli ospedali di tutto il mondo per ridurre il loro impatto ambientale.

L'Alleanza per l'azione trasformativa sul clima e la salute (ATACH), che è stata fondata dal [programma sanitario COP26](#), chiede ai paesi di impegnarsi per una data obiettivo entro la quale raggiungeranno le emissioni nette del sistema sanitario (idealmente entro il 2050).

L'altra iniziativa chiave di ATACH è aiutare a rispondere alla domanda se la tua terapia intensiva è pronta a gestire gli effetti del cambiamento climatico; l'alleanza mira a creare sistemi sanitari resilienti al clima che comprendano le vulnerabilità a situazioni come inondazioni, caldo estremo e ridotta qualità dell'aria, e a valutare la capacità dei sistemi sanitari di adattarsi alle emergenze e gestire lo stress sulla capacità che gli eventi di cambiamento climatico potrebbero causare.

Senza cambiamento, le proiezioni future per [il cambiamento climatico e i suoi effetti sull'umanità](#) sono agghiaccianti. C'è speranza, tuttavia, che il cambiamento stia avvenendo: a novembre 2022, 62 paesi si erano impegnati a raggiungere uno o entrambi gli obiettivi del programma COP26 di sistemi sanitari a basse emissioni di carbonio e resilienti ai cambiamenti climatici.

ATACH faciliterà l'attuazione delle modifiche e fornirà indicazioni su aree come il finanziamento e le catene di approvvigionamento per gli Stati membri dell'OMS.

Murthy ha concluso il suo discorso con un messaggio importante: anche se i grandi cambiamenti a livello nazionale e regionale arriveranno dai governi e dai decisori politici, il potere della vostra difesa e del vostro raggruppamento per realizzare il cambiamento a livello locale non può essere sottovalutato.

"La comunità di terapia intensiva è influenzata in modo univoco e può avere un impatto unico sull'emergenza del cambiamento climatico".

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00056-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00056-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

"One Health" in Italia. Siamo ancora molto lontani. Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci. Quotidiano Sanità

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma
Laura Franceschetti, Professoressa presso DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma

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

Le criticità presenti nel nostro Paese non consentono, se non risolte, di sviluppare coerenti politiche di "One Health" se non di facciata. Lo stesso PNRR, se non viene coerentemente gestito nel rispetto della sua visione originaria, non può da solo risolvere le difficoltà attuali del nostro sistema sanitario

21 FEB -

Premessa

Nel precedente articolo su ["L'approccio "One Health" e le policy per la sua gestione"](#), affermavamo che le crisi di salute pubblica sono dovute ad eventi biologici, sociali, economici e politici. Queste sfide non possono essere affrontate solo dalla medicina umana o dalla sanità pubblica ed è stato riconosciuto in letteratura che è necessario un approccio inter e transdisciplinare.

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 finalmente 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.] Quindi si tratta di un approccio olistico alla salute, che include molte altre dimensioni di policy sociali, ambientali e anche sanitarie.

Il contesto istituzionale in Italia in cui impatta "One Health"

Nella Costituzione Italiana gli articoli concorrenti a creare il "contesto italiano" per sviluppare policy attive di "One Health" sono i seguenti:

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

La Legge Costituzionale n. 1 del 19 febbraio 2022, che integra e allinea la Carta Costituzionale alla normativa UE e a quella degli altri Paesi dell'Unione, si compone di tre articoli:

- L'articolo 1 introduce un nuovo comma all'articolo 9, al fine di riconoscere nell'ambito dei Principi fondamentali enunciati nella Costituzione un principio di tutela ambientale. Pertanto, accanto alla tutela del paesaggio e del patrimonio storico-artistico si attribuisce alla Repubblica anche la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi.
- L'articolo 2 modifica l'articolo 41 della Costituzione in materia di esercizio dell'iniziativa economica. La modifica investe il terzo comma dell'articolo 41, riservando alla legge la possibilità di indirizzare e coordinare l'attività economica, pubblica e privata, a fini non solo sociali, ma anche ambientali.
- L'articolo 3 reca una clausola di salvaguardia per l'applicazione del principio di tutela degli animali, come introdotto dal progetto di legge costituzionale, alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano.

Il "combinato disposto" dei suddetti atti normativi e costituzionali allineano il nostro Paese alla definizione di "One Health" su riportata. Quindi non ci sarebbero elementi ostativi per un suo recepimento formale. Molti, come vedremo relativamente ad un suo recepimento sostanziale.

Dal "gouvernement" della sanità alla "governance" del SSN e dei SSR

Tra la fine del XX secolo e l'inizio del secolo presente abbiamo assistito all'evoluzione del concetto di "governance", derivato dalla "corporate governance", ovvero, come insieme di modalità con cui vengono "controllate" e "dirette" le grandi business corporations, concetto traslato anche nella PA.

Abbiamo assistito alla evoluzione della “governance” come strumento per assicurare la “conformance” con gli obiettivi della “corporation”, “pubblica” o “privata”, con un tentativo di bilanciare il controllo centralizzato con l’autonomia delle unità produttive decentralizzate, come il rapporto che intercorre tra la singola regione, intesa come “holding” della sanità pubblica e le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

La Riforma del Titolo V ha avviato questo processo senza corredarlo di tutti gli strumenti utili a supportarlo anche sul piano della ripartizione e dell’accesso alle risorse, ovvero il “federalismo fiscale”, a più riprese rinviato per mancanza di risorse e di condivisione dei criteri di loro riparto.

Oggi si punta ad una specie di “salto mortale” dei SSR tramite l’introduzione delle “autonomia differenziata” che diventa di fatto, con le diversità di PIL esistenti fra Regioni e i vincoli derivati dal deficit pubblico italiano, senza compensazioni adeguate, uno strumento, se non pensato con attenzione e valutato e condiviso tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti, compresi gli Enti Locali, occasione di “cristallizzazione” delle differenze di accesso ai servizi sanitari tra le Regioni del Centro-Nord e quelle meridionali del Paese, consolidando le diseguaglianze di accesso ai servizi e, quindi, le diseguaglianze di salute.

Programmazione sanitaria e rapporto domanda e offerta di salute

Se “La programmazione sanitaria si sostanzia in un “processo di consenso” nel tempo tale da permettere l’individuazione dei bisogni delle popolazioni (domanda di salute), attuali e in prospettiva, e della qualificazione dell’offerta tale da soddisfarli con una evoluzione continua delle strutture sanitarie e socio sanitarie e della loro capacità di erogare servizi assistenziali, terapeutici e socio assistenziali qualificati ed efficienti”. [G. Banchieri e altri, Raccomandazione SIQUAS VRQ, 2013, “Requisiti di qualità nell’integrazione tra sanità e sociale”, Franco Angeli Editore]

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

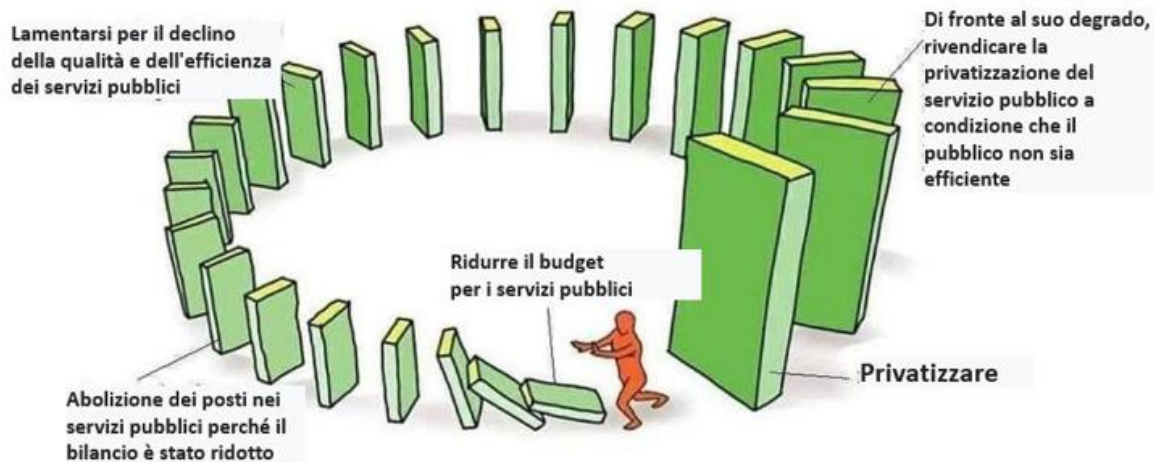
- Piani Sanitari Nazionali e relative Linee guida organizzative;
- Definizione in sede di Conferenza Stato Regioni delle modalità di applicazione e delle risorse destinate a LEA e LIVEAS; DRG e SDO; Nomenclatori Tariffari;
- Definizione degli obiettivi macro regionali con i Piani Sanitari Regionali;
- Definizione dei Piani di Zona o di Comprensorio;
- Definizione dei Piani di Sviluppo Aziendali;
- Condivisione delle scelte programmatiche ai vari livelli da parte degli Enti Locali e delle comunità locali;

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

Infatti “... L’adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute del singolo paziente”. [G Banchieri su “Il PNRR e la necessità della stratificazione dei bisogni delle popolazioni osservate” del 26 novembre 2021 (Quotidiano sanità)].

Inoltre “... Applicando metodologie e strumenti ad hoc è possibile fare scelte di policy sanitaria e socio sanitaria secondo un approccio “One Health”, centrato sulla persona e su target omogenei di pazienti. Questo recuperando appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure, garantendo equità e universalismo. Il che comporta fare programmazione dal lato di una lettura della domanda di sanità e salute e non più solo dal lato dell’offerta che si vuole autoriprodurre”. [E l’articolo su “Dagli Osservatori fragilità/cronicità alla stratificazione dei bisogni delle popolazioni” di G. Banchieri, Mirko Di Martino e Michele Fanello, del 23 gennaio 2023 (Quotidiano sanità)].

Distruggere i servizi pubblici: Manuale d'uso



Programmazione sanitaria e qualità del welfare

La Legge sul Federalismo con la modifica del Titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3 del 2001) ha comportato un elemento di profonda innovazione, è stato modificato un decimo della Costituzione, ma in realtà è stato modificato il 100% di quello che in realtà era il sistema del welfare italiano.




Ormai le Regioni sono pressoché totalmente depositarie di tutti gli interventi sul versante dei servizi sanitari. Il passaggio avrebbe dovuto essere dal vecchio modello di welfare - che aveva elementi positivi, ma anche elementi di rigidità di sistema, con una visione centralistica, settoriale, che poi si ripercuoteva su tutti gli altri interventi, con un sistema monopolistico e tendenzialmente espansivo anche perché i costi erano sempre più alti - ad un nuovo modello.

In realtà 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 ...

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".

Occorre sottolineare altri due altri elementi caratterizzanti il "welfare di comunità" che sono i concetti d'"autonomia" e di "sussidiarietà":

- "Autonomia" in qualche maniera 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 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 solidarietà "verticale" e/o "orizzontale" tra livelli istituzionali ed erogatori pubblici e/o sociali.

|  SPESE (in milioni di euro) | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE | 176.548 | ▲ 188.236 | ▼ 187.104 | ▼ 185.238 | ▲ 186.053 |
| CONSUMI INTERMEDI | 157.228 | ▲ 166.930 | ▼ 165.593 | ▼ 162.839 | ▲ 163.506 |
| PRESTAZIONI SOCIALI | 397.905 | ▲ 409.220 | ▲ 428.270 | ▲ 453.610 | ▲ 464.530 |
| di cui PENSIONI | 286.280 | ▲ 297.350 | ▲ 321.390 | ▲ 345.380 | ▲ 355.420 |
| ALTRE PRESTAZIONI SOCIALI | 111.625 | ▲ 111.870 | ▼ 106.880 | ▲ 108.230 | ▲ 109.110 |
| ALTRE SPESE CORRENTI | 82.562 | ▲ 106.374 | ▼ 89.345 | ▼ 87.067 | ▼ 86.350 |
| INTERESSI PASSIVI | 63.753 | ▲ 77.234 | ▲ 81.559 | ▼ 80.325 | ▲ 87.098 |
| TOTALE SPESE CORRENTI | 877.996 | ▲ 947.994 | ▲ 951.871 | ▲ 969.079 | ▲ 987.536 |
| di cui SPESA SANITARIA | 127.834 | ▲ 133.998 | ▼ 131.724 | ▼ 128.708 | ▲ 129.428 |
| TOTALE SPESE IN CONTO CAPITALE | 108.172 | ▼ 81.707 | ▲ 100.753 | ▼ 94.728 | ▲ 101.617 |
| TOTALE SPESE | 986.168 | ▲ 1.029.701 | ▲ 1.052.624 | ▲ 1.063.807 | ▲ 1.089.153 |
|  ENTRATE (in milioni di euro) | | | | | |
| ENTRATE TRIBUTARIE | 527.629 | ▲ 568.435 | ▲ 584.079 | ▲ 596.784 | ▲ 618.150 |
| CONTRIBUTI SOCIALI | 244.988 | ▲ 264.341 | ▲ 280.040 | ▲ 287.588 | ▲ 296.234 |
| ALTRE ENTRATE CORRENTI | 78.386 | ▲ 89.654 | ▲ 95.814 | ▼ 90.961 | ▲ 91.861 |
| TOTALE ENTRATE | 857.266 | ▲ 932.146 | ▲ 984.073 | ▲ 988.351 | ▲ 1.019.037 |
|  SALDI (in % del Pil) | | | | | |
| SALDO PRIMARIO | -3,7% | -1,1% | +0,7% | +0,2% | +0,8% |
| SALDO DI PARTE CORRENTE | -1,6% | -1,6% | +0,3% | +0,2% | +0,8% |
| INDEBITAMENTO NETTO | -7,5% | -5,1% | -3,4% | -3,6% | -3,3% |

FONTE: NADEF, REVISIONE NOVEMBRE 2022

Questo sarà possibile in un contesto di privatizzazione progressiva del sistema salute nel nostro Paese? Non crediamo e lo abbiamo documentato nell'articolo "Il privato in sanità. La vera posta in gioco", Pubblicato su "Quotidiano sanità" il 16 gennaio 2023 in cui abbiamo documentato come: "... la sanità italiana si avvia ad essere un sistema che si poggia su più "pilastri" di forme di presenza "pubblica" e "privata", a sua volta "privata accreditata" e "privata-privata". 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".

I tagli al FSN in questi anni sono stati pari a circa 37,5 mld di Euro, mentre dopo il "Jobs Act" è stata finanziata la defiscalizzazione delle polizze sanitarie e dei premi delle mutue fino a €. 3.200,00 pro-capite nell'ambito del così detto "welfare aziendale" di cui "magna pars" è la "sanità integrativa". Il montante consolidato è, guarda caso, di circa 37,5 mld di Euro. È una semplice coincidenza contabile? Sinceramente non è così. È il frutto di scelte consapevoli e trasversali che hanno coinvolto tutti i così detti "poteri forti" del nostro Paese.

La programmazione "integrata": rapporto bisogno – offerta

In una ottica di "One Health" la programmazione dovrebbe essere, per quanto suddetto, necessariamente "integrata". Molte Regioni elaborano ancora il Piano Sanitario, il Piano Sociale, i vari Piani, ma sono "separati". Non dovrebbe essere più possibile ragionare in questa maniera, bisogna sforzarsi il più possibile forse a tornare a quello che era nella Legge Naz. n. 833 il Piano Socio Sanitario.

Le sperimentazioni di "Piani Regionali di salute", sviluppate in alcune Regioni del Centro-Nord, si sono infrante contro il muro della crisi economico finanziaria del 2008, della "spending review" e dei Piani di Rientro, non sempre risolutivi dei deficit regionali che avrebbero dovuto risanare.

Sul lato dei bisogni, esistono dei bisogni consolidati di salute, una domanda che è espressa dalle tendenze demografiche che ci dicono dove stiamo andando.

Non è un quadro sconosciuto, anzi è un quadro rispetto al quale il sistema dell'offerta, che in molte Regioni è ormai un sistema maturo, non deve fare altro che tentare di recuperare efficienza ed efficacia, non può fare altro. Dobbiamo cercare di migliorare il quadro dell'efficienza.

Individuare quali sono le nuove priorità, i nuovi scenari dei bisogni che si stanno proponendo all'attenzione, per tentare di rimodulare il sistema dell'offerta.

Le Regioni nel predisporre i propri Piani Sanitari Regionali dovrebbero coinvolgere gli Enti Locali ai vari livelli e le organizzazioni sindacali e le altre forme associative con particolare riferimento alle forme di volontariato e al "no-profit". Tutto quanto in un quadro di sostenibilità e di compatibilità economica.

Il deficit del sistema è un processo complesso

È legato al sotto finanziamento strutturale e in parte al non completato processo di aziendalizzazione in diverse Regioni del nostro Paese.

Rimangono aperti nel dibattito istituzionale sulla sanità temi quali:

- Il ruolo dello Stato e quello delle Regioni;
- L'apporto della spesa privata (out of pocket e intermediata);
- Il Fondo sanitario nazionale e il finanziamento a quota capitaria;
- Il totale della spesa sanitaria e la sua evoluzione;
- Le Leggi Finanziarie e la spesa sanitaria;
- La devoluzione alle Regioni e gli accordi in sede Conferenza Stato Regioni;
- Criteri di ponderazione e di riparto dei finanziamenti pubblici;
- Fabbisogno finanziario del SSN e suoi livelli reali di finanziamento: criticità e previsioni.

Le criticità da affrontare

La difficoltà nel governare la complessità di questa trasformazione determina criticità da affrontare quali:

- Scarsa chiarezza nella definizione e configurazione - nel nuovo contesto connesso all'avvio della "devolution" - del ruolo dei poteri centrali;
- Tensioni conseguenti tra Parlamento, Conferenza Stato Regioni e Conferenza Stato Città con nodi di attribuzioni e di ruoli non ancora risolti in modo condiviso;
- Perdurare di vecchie e nuove forme di centralismo da parte del Governo e delle Regioni;
- Diversità strutturali e di P.I.L. nelle diverse Regioni del Paese che determinano criticità difformi da governare;
- Modalità di finanziamento dei sistemi da ripensare e articolare mantenendo livelli di equità e universalità nell'offerta dei servizi in tutte le Regioni;
- Possibile implosione del SSN e dei SSR in un insieme di sistemi regionali difformi e non equi.

Conclusioni

A fronte di quanto sopra riteniamo che il contesto italiano non sia in grado di consentire l'implementazione di politiche "One Health" al di là di alcune considerazioni formali e di contesto di impianto istituzionale.

Le criticità presenti nel nostro Paese non consentono, se non risolte, di sviluppare coerenti politiche di "One Health" se non di facciata.

Lo stesso PNRR, se non viene coerentemente gestito nel rispetto della sua visione originaria, non può da solo risolvere le difficoltà attuali del nostro sistema sanitario.

Si tratta di lavorare per l'Integrazione delle competenze istituzionali (Ministeri afferenti) e a cascata di quelle Regionali e Locali. Dati i limiti di manovrabilità economico finanziaria se il PIL non risale i margini di operatività per politiche integrate di "salute" obiettivamente sono ridotti.

"One Health" è stato posto al centro della visione del PNRR.

Coerentemente dovremo tenerne conto della realtà e finalizzare tutte le politiche connesse al tema salute in una ottica di loro "integrazione".

Questo dovrebbe vedere un forte coordinamento istituzionale sia a livello nazionale che regionale, che potrebbe essere possibile solo con una unità di intenti a livello politico.

La diaspora politica delle Giunte Regionali e i diversi modelli di SSR non aiutano in questa prospettiva. Siamo in salita e ci sarà molto da lavorare, sempre che ci sia voglia di misurarsi fino in fondo con i contenuti dell'approccio "One Health"

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111243

“La bomba climatica scandisce i secondi”. Cesare Fassari. Quotidiano Sanità

L'allarme Onu: “O agiamo subito o sarà troppo tardi per salvare il pianeta”. Ecco l'agenda per contenere il riscaldamento a + 1,5° entro il 2030

Presentato oggi un nuovo rapporto Onu sul clima. Gli esseri umani sono responsabili di quasi tutto il riscaldamento globale degli ultimi 200 anni e il tasso di aumento della temperatura nell'ultimo mezzo secolo è il più alto degli ultimi 2000 anni. Ma non tutto è perduto. Il segretario generale Guterres: “Il rapporto IPCC è una guida pratica per disinnescare la bomba a orologeria climatica. È una guida di sopravvivenza per l'umanità”.

20 MAR - “L'umanità è in bilico su un sottile strato di ghiaccio, che si sta sciogliendo velocemente”, la metafora è del segretario generale dell'Onu **António Guterres** presentando oggi il nuovo rapporto dell'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC).

Secondo il rapporto, ha detto ancora Guterres, “gli esseri umani sono responsabili di quasi tutto il riscaldamento globale degli ultimi 200 anni e il tasso di aumento della temperatura nell'ultimo mezzo secolo è il più alto degli ultimi 2000 anni”. Le concentrazioni di anidride carbonica sono al massimo da almeno due milioni di anni e “la bomba climatica scandisce i secondi”, ha detto ancora con enfasi il segretario generale.

Ma non tutto è perduto.

Perché, è sempre Guterres a parlare, “il rapporto IPCC di oggi è una guida pratica per disinnescare la bomba a orologeria climatica. È una guida di sopravvivenza per l'umanità”.

“Ci sono opzioni multiple, fattibili ed efficaci per ridurre le emissioni di gas serra e adattarsi ai cambiamenti climatici causati dall'uomo, e sono disponibili ora”, hanno infatti messo nero su bianco sul loro rapporto gli scienziati che hanno redatto il documento.

“L'integrazione di un'azione per il clima efficace ed equa non solo ridurrà le perdite e i danni per la natura e le persone, fornirà anche vantaggi più ampi”, ha affermato il presidente dell'IPCC Hoesung Lee aggiungendo che “questo rapporto sottolinea l'urgenza di intraprendere azioni più ambiziose e lo dimostra, se agiamo ora possiamo ancora garantire un futuro vivibile e sostenibile per tutti”.

Nel 2018, l'IPCC aveva già evidenziato la portata senza precedenti della sfida richiesta per mantenere il riscaldamento a un incremento massimo di 1,5°C rispetto al periodo pre industriale.

Cinque anni dopo, quella sfida è diventata ancora più grande a causa di un continuo aumento di emissioni di gas serra. E per gli scienziati il ritmo e la portata di ciò che è stato fatto finora e i piani attuali, sono insufficienti per affrontare il cambiamento climatico.

Più di un secolo di attività umana ha portato a un riscaldamento globale di 1,1°C rispetto ai livelli preindustriali. Ciò ha comportato più frequenti e più intensi eventi meteorologici estremi che hanno causato sempre più pericolosi impatti sulla natura e sulle persone in ogni regione del mondo.

Ogni incremento del riscaldamento si traduce in un rapido aumento dei pericoli, avvertono ancora gli scienziati che ricordano il verificarsi sempre più frequente di ondate di caldo più intense, di piogge più pesanti e altri eventi meteorologici estremi che aumentano ulteriormente i rischi per la salute umana e gli ecosistemi.

In ogni regione del mondo, le persone muoiono per il caldo estremo, anche in Italia come ha rilevato nel [suo ultimo report demografico l'Istat](#). Senza contare che l'insicurezza alimentare e idrica causata dal clima potrebbero aumentare con l'aumento del riscaldamento. E quando i rischi si combinano con altri eventi avversi, come pandemie o conflitti, sottolineano gli esperti Onu, diventano ancora più difficili da gestire.

Perdite e danni in primo piano.

Il rapporto mette a fuoco le perdite e danni che stiamo già subendo e continueremo a subire nel futuro, e che colpiranno maggiormente le persone vulnerabili e gli ecosistemi più fragili.

“La giustizia climatica è fondamentale perché coloro che hanno contribuito meno al cambiamento climatico sono ora colpiti in modo sproporzionato”, ha affermato **Aditi Mukherji**, uno dei 93 autori del rapporto.

“Quasi la metà della popolazione mondiale vive in regioni altamente vulnerabili ai cambiamenti climatici. Nell'ultimo decennio, i decessi per inondazioni, siccità e tempeste sono stati 15 volte superiori nelle persone altamente vulnerabili regioni”, ha aggiunto.

Ma mantenere il riscaldamento a 1,5°C al di sopra del periodo preindustriale richiede riduzioni profonde, rapide e durature delle emissioni di gas a effetto serra in tutti i settori e per riuscirci bisognerà ridurre le emissioni di quasi la metà entro il 2030

“Questo rapporto è un chiaro appello ad accelerare in modo massiccio gli sforzi per il clima di ogni paese, ogni settore e in ogni periodo di tempo”, ha detto Guterres che ha sottolineato come “il nostro mondo ha bisogno di un’azione per il clima su tutti i fronti, ovunque, subito”.

Un Patto di solidarietà per il clima.

Da qui la proposta al G20 di “un Patto di solidarietà per il clima, in cui tutti i grandi emettitori compiano ulteriori sforzi per ridurre le emissioni e i paesi più ricchi mobilitino risorse finanziarie e tecniche per sostenere le economie emergenti in uno sforzo comune per mantenere in vita l’opzione 1,5 gradi”.

“Nello specifico – ha spiegato Guterres - i leader dei paesi sviluppati devono impegnarsi a raggiungere lo zero netto il più vicino possibile al 2040, limite che tutti dovrebbero puntare a rispettare. Ciò può essere fatto. Alcuni hanno già fissato un obiettivo già nel 2035”.

D’altro canto, “i leader delle economie emergenti devono impegnarsi a raggiungere lo zero netto il più vicino possibile al 2050 – ancora una volta, il limite che tutti dovrebbero mirare a rispettare. Alcuni hanno già preso l’impegno per il 2050”. Ha rimarcato il segretario Onu.

E l’agenda di Guterres per arrivare a questi obiettivi è serrata:

- Nessun nuovo impianto di estrazione del carbone ed eliminazione graduale del carbone entro il 2030 nei paesi OCSE e nel 2040 in tutti gli altri paesi.
- Fine di tutti i finanziamenti internazionali pubblici e privati del carbone.
- Garantire una produzione di elettricità con emissioni “nette zero” (net zero) entro il 2035 per tutti i paesi sviluppati e il 2040 per il resto del mondo.
- Dismettere tutte le licenze o il finanziamento di nuovo petrolio e gas, in linea con le conclusioni dell’Agenzia internazionale per l’energia.
- Fermare qualsiasi espansione delle riserve esistenti di petrolio e gas.
- Spostare i sussidi dai combustibili fossili a una giusta transizione energetica.
- Stabilire una graduale riduzione globale della produzione esistente di petrolio e gas compatibile con l’obiettivo globale di net zero del 2050.

L’appello Onu ai governi e ai produttori di petrolio e gas.

“Esorto tutti i governi a preparare piani di transizione energetica coerenti con queste azioni e pronti per gli investitori”, ha detto quindi Guterres che ha anche chiesto agli amministratori delegati di tutte le compagnie petrolifere e del gas di “essere parte della soluzione, presentando piani di transizione credibili, completi e dettagliati in linea con le raccomandazioni del mio gruppo di esperti ad alto livello sugli impegni net zero”. Piani che, secondo Guterres, “dovranno chiaramente dettagliare gli effettivi tagli alle emissioni per il 2025 e il 2030 e gli sforzi per cambiare i modelli industriali per eliminare gradualmente”.

Del resto, si legge ancora nel rapporto Onu, “lo sviluppo resiliente al clima diventa progressivamente più impegnativo con ogni incremento di riscaldamento. Per questo le scelte fatte nei prossimi anni giocheranno un ruolo fondamentale nel decidere la nostra futuro e quello delle generazioni che verranno”.

Consentire uno sviluppo sostenibile.

Secondo gli scienziati esistono “misure politiche collaudate che possono funzionare per ottenere profonde riduzioni delle emissioni e resilienza climatica”.

Il punto è la volontà.

“Se la tecnologia, il know-how e le misure politiche adeguate vengono condivise e vengono erogati finanziamenti adeguati, ogni comunità avrà la capacità di ridurre o evitare il consumo ad alta intensità di carbonio”, sostengono gli scienziati che ricordano anche che “il clima, gli ecosistemi e la società sono

interconnessi". E che la "conservazione efficace ed equa di circa il 30-50% delle terre emerse, delle acque dolci e degli oceani della Terra contribuirà a garantire un pianeta sano".

Senza contare che "i cambiamenti nel settore alimentare, dell'elettricità, dei trasporti, dell'industria, degli edifici e dell'uso del suolo possono ridurre emissioni di gas serra".

"È più probabile che i cambiamenti abbiano successo dove c'è fiducia, dove tutti lavorano insieme per dare priorità alla riduzione del rischio e dove i benefici e gli oneri sono condivisi equamente", conclude il presidente dell'IPCC Hoesung Lee che ci ricorda come "viviamo in un mondo eterogeneo in cui ognuno ha responsabilità diverse e diverse opportunità per realizzare il cambiamento. Alcuni possono fare molto mentre altri avranno bisogno di supporto per aiutarli gestire il cambiamento".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112225



Salute nelle città: in un manifesto il decalogo per attuare il modello della health city. Il Sole 24 ore

Un documento che definisce i punti fondamentali della città come bene comune e che traccia le linee guida per rendere la realtà urbana rispondente all'idea di salute come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

È questo il Manifesto "La Salute nelle Città: Bene Comune", lanciato per la prima volta nel 2016 e di cui è stata presentata oggi in Senato una fondamentale revisione resasi urgente soprattutto dopo gli eventi dell'emergenza Covid.

Ad oggi il 37 per cento della popolazione italiana vive nelle aree Metropolitane; diventa sempre più importante la riqualificazione e la rigenerazione urbana considerando la salute come fattore di crescita e coesione che renda le città italiane delle Health City, cioè promotrici della salute, amministrate da politiche chiare per tutelarla e migliorarla.

La stesura e la revisione del Manifesto è stata realizzata grazie al contributo di oltre 200 esperti e 36 tra Istituzioni, enti, università, società scientifiche, associazioni pubbliche e private tra cui ANCI, Intergruppo Parlamentare Qualità di Vita nelle Città, Sport e Salute, Health City Institute, C14+, Federsanità, Istituto per la competitività I-COM, Fondazione SportCity.

«Urban Health e One Health corrono sullo stesso binario, perché il benessere dei cittadini è incentrato su un approccio olistico che vede salute umana, animale e ambientale strettamente correlate fra loro - dichiara il sottosegretario alla Salute **Marcello Gemmato** - .La parola chiave è "prevenzione": che significa educazione a corretti stili di vita, attività fisica, conoscenza dei fattori di rischio per la salute, fra cui anche l'inquinamento atmosferico e acustico delle città e la loro "fisicità", ovvero la disponibilità o meno di spazi verdi accessibili, trasposto urbano, servizi educativi e sanitari. La pianificazione urbana può rappresentare, quindi, una forma di "prevenzione primaria" che, attraverso politiche intersettoriali e con il coinvolgimento delle comunità interessate, diventa strategica nel processo di promozione della salute a tutti i livelli».

«Dalla prima stesura del Manifesto ad oggi sono cambiate molte cose a livello urbano e di popolazione, inoltre, la pandemia di COVID-19 e altre crisi, in particolare quelle climatiche e ambientali, hanno messo a fuoco le enormi sfide che dobbiamo affrontare, evidenziato come sia una priorità globale e italiana agire subito assieme e concretamente - dichiara **Mario Occhiuto**, senatore, presidente dell'Intergruppo Parlamentare Qualità di Vita nelle Città, Segretario VII Commissione del Senato -. In particolare, è necessario

promuovere il nuovo concetto di salute come condizione che comprende aspetti psicologici, condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, la vita lavorativa, economica, sociale e culturale. Dunque, sviluppare un contesto urbano che sia salutogenico e non patogeno risulta ormai non trascurabile».

Il Manifesto delinea dieci punti chiave che possono guidare le città a studiare ed approfondire i determinanti della salute nei propri contesti e a fare leva su di essi per escogitare strategie per migliorare gli stili di vita e lo stato di salute dei cittadini, ovvero:

1. Ogni cittadino ha diritto a una vita sana ed integrata nel proprio contesto urbano. Bisogna rendere la salute il fulcro di tutte le politiche urbane
2. Assicurare un alto livello di alfabetizzazione e di accessibilità all'informazione sanitaria per tutti i cittadini e inserire l'educazione sanitaria in tutti i programmi scolastici con particolare riferimento ai rischi per la salute nel contesto urbano
3. Incoraggiare stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle comunità e nei contesti familiari
4. Promuovere una cultura alimentare e la lotta alla povertà alimentare
5. Ampliare e migliorare l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, favorendo lo sviluppo psicofisico dei giovani e l'invecchiamento attivo
6. Sviluppare politiche locali di trasporto urbano orientate alla sostenibilità ambientale e alla creazione di una vita salutare
7. Creare iniziative locali per promuovere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione primaria, con particolare riferimento alle malattie croniche, trasmissibili e non trasmissibili
8. Intervenire per prevenire e contenere l'impatto delle malattie trasmissibili infettive e diffuse, promuovendo e incentivando i piani di vaccinazione, le profilassi e la capacità di reazione delle istituzioni coinvolte con la collaborazione dei cittadini
9. Considerare la salute delle fasce più deboli e a rischio quale priorità per l'inclusione sociale nel contesto urbano
10. Studiare e monitorare a livello urbano i determinanti della salute dei cittadini attraverso una forte alleanza tra Comuni, Università, Aziende Sanitarie, centri di ricerca, industria e professionisti

Particolare rilievo assume nella revisione attuale del Manifesto l'ottavo punto, aggiunto come necessario aggiornamento di fronte alla recente esperienza globale della pandemia.

«L'emergenza da COVID-19 ha evidenziato le enormi difficoltà del mondo globalizzato nel prevenire le emergenze, rispondere rapidamente alle minacce e mitigarne gli effetti. Già con la Rome Declaration del Global Health Summit nel 2021 era stata sottolineata la necessità di impegni sinergici a tutti i livelli, per far sì che comuni, sindaci e le amministrazioni locali agiscano simultaneamente - aggiunge **Roberto Pella**, vicepresidente vicario ANCI, e Presidente Intergruppo parlamentare "Qualità di vita nelle città" -. I comuni hanno un ruolo fondamentale per costruire un mondo più sostenibile e più equo, cui, specie in questa fase storica, stanno contribuendo concretamente con responsabilità e massimo impegno».

«Oggi più della metà della popolazione mondiale vive nelle città - continua **Antonio Decaro**, presidente ANCI - e si prevede che tale quota salirà al 60 per cento entro il 2030. Questo ha portato le città e le aree metropolitane a contribuire per il 70 per cento alle emissioni globali di carbonio e per oltre il 60 per cento all'uso delle risorse. Oggi dobbiamo mettere in atto politiche sociali, culturali ed economiche che portino a uno sviluppo urbano consapevole che abbia la salute come obiettivo primario. Politiche come quelle definite dall'OMS quando parla di "Health City", cioè di una città consapevole dell'importanza della salute come bene collettivo. Questa necessità è chiaramente espressa anche nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile dell'ONU nell'Obiettivo 11, "Rendere le città inclusive, sicure, resilienti". Sono convinto che abbiamo bisogno di un approccio integrato per affrontare i problemi di salute pubblica».

«La configurazione attuale delle città e l'inquinamento urbano rappresentano una fonte di rischi per i cittadini, portando spesso allo sviluppo di diverse malattie legate ai polmoni, ictus, demenze, malattie renali o diabete. Includere la salute nello sviluppo urbano è un fattore di crescita e di coesione per il Paese, ma anche un fattore di inclusione sociale che porta un'azione concreta per il clima e l'ambiente - dichiara **Andrea**

Lenzi, presidente di Health City Institute e del Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita della Presidenza del Consiglio dei ministri - . Ogni cittadino ha diritto a una vita sana e integrata nel proprio contesto urbano, rendere la salute dei cittadini il fulcro delle politiche urbane, incoraggiando stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle grandi comunità e nelle famiglie e ampliando e migliorando l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, favorendo così lo sviluppo psicofisico dei giovani e l'invecchiamento attivo significa promuovere un assetto One Health che tiene conto delle connessioni tra salute umana, animale e ambientale considerando tutti i rischi per la salute umana».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-03-14/salute-citta-un-manifesto-decalogo-attuare-modello-health-city-121907.php?uid=AEy1u73C&cmpid=nlqf>

Ambiente

quotidiano**sanita.it**

Promozione stili di vita sani. Cesare Fassari. Quotidiano Sanità

Come evitare di fare campagne inutili? Meglio “copiare” che “inventare”. Ecco la guida Ocse per utilizzare ed esportare le “best practice” di successo

L'Ocse ha puntato l'indice sulla necessità che le tante campagne in corso o in programmazione per la promozione di stili di vita più salutari debbano essere attuate solo dopo averle in qualche modo valutate “preventivamente” per evitare che si spendano inutilmente quattrini pubblici per campagne di comunicazione, magari molto belle e appariscenti, ma alla fine inutili. E per farlo ha messo a punto una vera e propria linea guida.

19 MAR - Divieti o persuasione? Qual è la via migliore per promuovere il cambiamento di stili di vita dannosi per la salute che comportano negli anni crescenti costi per la comunità e spesso anche intasamento dei servizi sanitari?

Probabilmente la via corretta sta a metà, come spesso accade. Ma se ormai è universalmente, o quasi, riconosciuto il valore e la giustezza delle limitazioni al fumo, ulteriori divieti o limitazioni per legge ad altre abitudini potenzialmente dannose per la salute come l'abuso di alcol, di zucchero e sale, stentano a decollare e sono spesso viste come una limitazione delle libertà individuali e come tali osteggiati dai più.

Pochi giorni fa abbiamo ad esempio pubblicato [il nuovo rapporto dell'Oms](#) che ammetteva il sostanziale fallimento delle politiche di limitazione del consumo di sale nel Mondo con la constatazione che solo 9 Paesi avevano seguito alla lettera le indicazioni OMS per porre dei limiti di legge al contenuto di sale negli alimenti. Quindi, al momento, al di là di come la si pensi sull'opzione divieti vs persuasione, è indubitabile che l'unica via per provare a correggere i nostri stili di vita più pericolosi per la nostra salute restino gli interventi volti a scoraggiare gli abusi e a promuovere comportamenti e stili di vita più sani.

Di questo ne sembra convinta anche l'Ocse che, dribblando il dilemma divieti/persuasione, ha però puntato l'indice sulla necessità che le tante campagne in corso o in programmazione per la promozione di stili di vita più salutari debbano essere attuate solo dopo averle in qualche modo valutate “preventivamente” per evitare che si spendano inutilmente quattrini pubblici per campagne di comunicazione, magari molto belle e appariscenti, ma alla fine inutili.

Per farlo l'Ocse ha realizzato una vera e propria guida rivolta ai decisori politici ma anche alle istituzioni e agli operatori della sanità pubblica, con tutta una serie di suggerimenti per costruire al meglio la “propria” campagna di sensibilizzazione, magari partendo da best practice già sperimentate che abbiano conseguito target misurabili nel cambiamento degli stili di vita nelle popolazioni cui erano rivolte.

Come è articolata la Guida Ocse

La guida prevede tre fasi per lo sviluppo e la messa in opera degli interventi:

Fase 1. È quella propedeutica all'identificazione degli interventi di sanità pubblica più urgenti e appropriati "pescando" dalle best practice disponibili ma che ovviamente dovranno essere valutate anche nella loro "trasferibilità" al proprio contesto. Per farlo l'Ocse indica cinque criteri di misurazione delle buone pratiche:

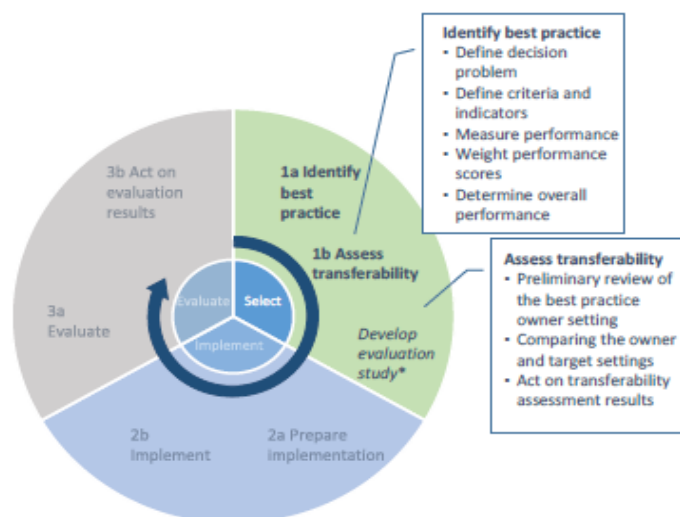
- Efficacia: misura in cui gli obiettivi dell'intervento sono stati raggiunti;
- Efficienza: misura in cui gli input sono stati utilizzati per ottenere i risultati desiderati;
- Equità: misura in cui l'intervento riduce le disuguaglianze nella società;
- Evidence-based: la forza e la validità delle prove utilizzate per sviluppare o valutare l'intervento;
- Estensione della copertura: misura in cui l'intervento ha raggiunto la popolazione target.

Per ogni criterio, la guida elenca indicatori esemplificativi per valutare le prestazioni, come i cambiamenti in anni di vita aggiustati per la qualità, aspettativa di vita e rapporto costo-efficacia o costo-beneficio.

La Guida indica poi quattro fattori contestuali da considerare che possono influenzare il successo del trasferimento di un intervento già attuato in altri contesti:

- Contesto della popolazione: valutazione delle caratteristiche della popolazione considerando i fattori sociodemografici e altri indicatori;
- Contesto specifico del settore: riguarda la governance/regolamentazione, il finanziamento, la forza lavoro, il capitale e le disposizioni in vigore nel settore in cui opera l'intervento;
- Contesto politico: volontà politica dei principali decisori di attuare l'intervento;
- Contesto economico: l'accessibilità economica dell'intervento.

Figure 1.1. Guidebook overview – Step 1: Select an intervention



Note: *Details on developing an evaluation study are however discussed in detail in Step 3 ("Evaluate" element of the cycle).

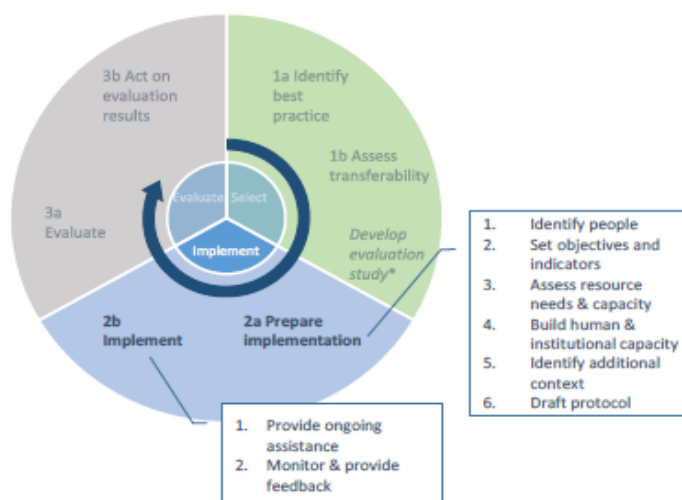
Fase 2. È quella della pianificazione e dell'implementazione dell'intervento.

Una volta che un intervento è stato identificato come migliore pratica e considerato appropriato per il trasferimento, il passo successivo è implementarlo in funzione della nuova destinazione.

La guida fornisce in proposito un quadro generale per definire l'implementazione in termini di "chi fa cosa, dove, quando". Durante la fase di implementazione, la guida illustra come:

- Identificare i soggetti titolari e le parti interessate che possono attivamente contribuire all'attuazione; selezionare obiettivi misurabili e pertinenti con specifici indicatori di attuazione;
- Valutare il fabbisogno di risorse rispetto alle disponibilità esistenti;
- Formare operatori e istituzioni per gestire il progetto;
- Identificare ulteriori fattori di contesto per pianificare l'integrazione con i processi esistenti e definire la portata di ulteriori adattamenti;
- Redigere il protocollo di attuazione.

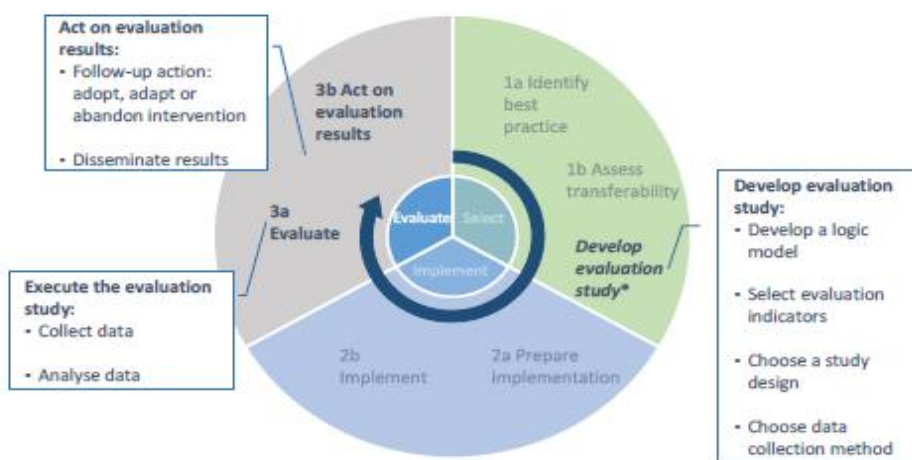
Figure 2.1. Guidebook overview – Step 2: Implement an intervention



Fase 3. È quella della valutazione finale degli interventi di sanità pubblica.

Per assistere i responsabili politici in questa fase la guida include anche i tipi di indicatori necessari per misurare l'efficacia e l'efficienza degli interventi di sanità pubblica adottati. Gli indicatori includono alcuni indici di valutazione dello stato di salute in relazione allo stile di vita adottato (massa corporea, livelli di consumo di alcol e sigarette) ma anche indicatori sulla soddisfazione-benessere della propria vita.

Figure 3.1. Guidebook overview – Step 3: Evaluate an intervention



I principali campi di intervento ai quali è applicabile la guida

La guida può essere applicata a diversi interventi di sanità pubblica compresi quelli di prevenzione, gestione e controllo delle malattie non trasmissibili. Per esempio:

- Stili di vita più sani. Con l'individuazione di interventi specifici per promuovere diete e stili di vita sani in vari settori quali scuole, luoghi di lavoro e comunità.
- Ambienti più sani. Con l'individuazione di interventi già sperimentati per intervenire strutturalmente sull'ambiente in cui le persone vivono, al fine di promuovere comportamenti salutari.
- Cure integrate. Come attuare interventi in team di professionisti della salute per fornire assistenza di alta qualità in modo integrato partendo dalle preferenze e dalle condizioni specifiche del paziente.
- Digitalizzazione. Come attuate interventi di promozione dell'uso delle tecnologie digitali per fornire una migliore qualità e maggiore efficacia nei servizi di assistenza sanitaria.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112123

Quammen, i pipistrelli e l'ambiente. Cosa ci insegna il virus di Marburg. Cesare Buquicchio. Sanità Informazione

Negli ultimi giorni sono diventate notizie di cronaca l'allarme dell'OMS e di altre agenzie per i casi di influenza aviaria riscontrati nei mammiferi in Gran Bretagna e Spagna e il focolaio di virus di Marburg in Guinea Equatoriale. Lo straordinario libro di David Quammen "Senza respiro" (edizioni Adelphi) ci fa capire quanto siano legate attività umane, ambiente, mondo animale e virus...

Il Covid-19 ce l'ha insegnato e si spera che la lezione sia rimasta ben impressa in tutti noi e, soprattutto, in chi prende le decisioni per la collettività: tutelare l'ambiente, gestire in modo migliore le nostre attività e l'impatto che hanno sul mondo animale e vegetale è essenziale per ridurre la possibilità che si sviluppino nuove pandemie.

Sappiamo che la memoria tende ad oscurare i brutti ricordi e non saremmo sorpresi di vedere l'ennesima ripetizione dello schema illustrato già da Lucrezio a proposito della peste di Atene: alla sottovalutazione iniziale è subentrata la ricerca di un capro espiatorio, poi il panico, e infine l'impulso, altrettanto irrazionale, alla rimozione.

Quammen e la lezione delle pandemie

Ma conoscere le implicazioni del legame tra uomo e natura, indagare i punti di equilibrio che ci devono essere tra virus e animali e comprendere questa responsabilità è un dovere sempre più pressante. Ad illuminare in modo straordinariamente efficace questi percorsi ci pensa ancora una volta **David Quammen** nel suo libro **"Senza respiro" (edizioni Adelphi)**. Lasciamo da parte l'avvincente narrazione delle origini e della diffusione del Sars-CoV-2 al centro del volume. Negli ultimi giorni sono diventate notizie di cronaca l'allarme dell'OMS e di altre agenzie per i [casi di influenza aviaria](#) riscontrati nei mammiferi in Gran Bretagna e Spagna e il focolaio di [virus di Marburg](#) in Guinea Equatoriale.

Aviaria e virus di Marburg

Ed è il racconto rocambolesco che fa Quammen di quest'ultimo virus che ci aiuta a comprendere quanto il nostro mondo sia interconnesso.

"Questo virus fece la sua prima comparsa ufficiale nell'agosto del 1967, quando tre operatori di laboratorio nelle città di Marburgo e Francoforte, in Germania, e di Belgrado, in Jugoslavia (l'attuale Serbia), presero in consegna alcune scimmie africane inviate vive dall'Uganda per essere impiegate nella ricerca medica. Quasi contemporaneamente, nelle tre località, scoppiò un'epidemia di una terribile febbre emorragica non identificata. A Marburgo si ammalarono ventitré persone, per lo più operai di una fabbrica farmaceutica che avevano maneggiato tessuti appartenenti alle scimmie, e cinque di loro morirono. A Francoforte si ebbero sei casi e due decessi. A Belgrado si contagiò un veterinario di un istituto di ricerca sui vaccini, seguito dalla moglie, che si era presa cura di lui mentre era ammalato. Sopravvissero entrambi. Tutte le scimmie provenivano dallo stesso esportatore in Uganda, dove erano state catturate sulle isole del lago Vittoria. Dai tessuti e dal sangue di alcuni pazienti di Marburgo e alcuni di Francoforte fu isolato un nuovo virus. La città di Marburgo, che aveva registrato il maggior numero di casi, ebbe l'«onore» di dare il nome al virus Marburg. Quelle epidemie si protrassero per alcuni mesi fino all'autunno del 1967. L'identificazione di un ospite serbatoio del virus – non erano le scimmie africane, che erano solo intermediari – richiese molto più tempo. Passarono quarant'anni.

[...] Nel 1980 ci fu un caso in Kenya, probabilmente associato a una visita in una certa grotta sul monte Elgon, dove trovavano ricovero alcuni pipistrelli [...].

L'ospite serbatoio del virus rimaneva sconosciuto, ma i pipistrelli erano nella lista dei sospetti. E c'erano anche grotte e miniere, perché era in luoghi come quelli o nelle loro vicinanze che sembravano verificarsi le infezioni da Marburg".

Miniere d'oro e giganteschi pitoni

Il racconto, forse sarebbe meglio dire l'avventura, va avanti tra diversi paesi africani e miniere d'oro, fenditure, grotte pullulanti di ragni, zecche, scarafaggi, letali cobra della foresta e giganteschi pitoni che i ricercatori hanno il piacere di incontrare nelle loro esplorazioni sotterranee alla ricerca di campioni.

"Le gallerie della miniera erano calde e umide, gli occhiali si appannavano, l'acqua stagnante era scura e non si capiva quanto fosse profonda, il soffitto era basso e alcuni dei punti di restringimento tra una cavità e l'altra erano molto angusti" raccontano a Quammen gli scienziati che alla fine di quelle estenuanti ricerche ottennero un risultato sensazionale: "Avevano isolato il virus vivo da cinque pipistrelli. L'ospite serbatoio – o comunque, un ospite serbatoio – del virus Marburg era stato trovato. Grazie a Towner, Amman, Swanepoel e colleghi, si poteva affermare con certezza che i focolai di Kitaka e Durba, come probabilmente i casi legati alla grotta sul monte Elgon, e forse anche il virus delle scimmie africane spedite in Europa nel 1967, provenivano dai rossetti egiziani. Per scoprirlo ci erano voluti solo quarantuno anni" conclude Quammen.

Rispetto e riserbo

E anche questa, come tante altre ricerche del genere, ci fanno capire quanto riserbo e quanto rispetto ci dovrebbe essere tra il mondo e le attività umane e gli ambienti naturali e animali. Invadere quegli spazi alla ricerca di un ennesimo filone d'oro ha delle conseguenze di cui non possiamo non tenere conto.

https://www.sanitainformazione.it/ambiente/quammen-pipistrelli-virus-marburg/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl170223&utm_content=sif

la Repubblica

Il rapporto Ipc: "Adottare subito tutte le misure a disposizione per tagliare le emissioni". Cristina Nadotti. La Repubblica

Il documento di sintesi rivolto ai decisori politici si concentra sulla gravità della crisi climatica, l'urgenza di invertire la rotta e la speranza dell'efficacia delle soluzioni. "Viviamo in un mondo eterogeneo in cui ognuno ha responsabilità diverse e diverse opportunità di apportare cambiamenti"

È un rapporto di sintesi che guarda al futuro, che sottolinea la gravità della crisi climatica in atto, l'urgenza di agire per contrastarla, ma si concentra sulla speranza, perché c'è ancora la possibilità di arginare il riscaldamento globale. La prima misura, ribadisce il Sesto Rapporto di Valutazione sui Cambiamenti Climatici (AR6) con il rapporto di Sintesi (Syntesis Report – SYR) è la diminuzione delle emissioni e il taglio delle fonti fossili.

Il testo pubblicato oggi integra [i risultati dei tre gruppi di lavoro](#) (Le basi fisico-scientifiche (2021), Impatti, adattamento e vulnerabilità (2022), Mitigazione dei cambiamenti climatici (2022)) e dei tre rapporti speciali Riscaldamento Globale di 1.5, pubblicato nel 2018, Climate Change and Land (2019), Oceano e Criosfera in un clima che cambia (2019).

Questo rapporto conclude un lavoro di 8 anni (un anno oltre il normale ciclo di 7 anni), in condizioni difficili a causa della pandemia. "I messaggi che questo ciclo ha portato alla nostra attenzione sono estremamente preoccupanti - dice Lucia Perugini, che dal 2003 partecipa ai negoziati sul clima fornendo supporto scientifico

alla delegazione del governo italiano - seppur forniscano soluzioni promettenti, che però devono essere attuate rapidamente". In particolare, nel Rapporto preoccupa la considerazione che molti cambiamenti dovuti alle emissioni passate e future sono irreversibili per secoli o millenni, in particolare i cambiamenti nell'oceano, nelle calotte glaciali e nel livello globale del mare. ma agire subito mitigherebbe in tempi relativamente rapidi l'incidenza dei fenomeni estremi.

Gravità, urgenza, speranza

I messaggi sono, come detto, riassumibili in tre parole: gravità, urgenza e speranza. Dal rapporto emerge l'importanza di mantenere l'aumento della temperatura al di sotto di 1,5°C rispetto ai livelli pre-industriali, misura cruciale per molte popolazioni ed ecosistemi come le piccole isole e per le regioni dipendenti dallo scioglimento dei ghiacciai e della neve. Al di sopra di questo livello, molti ecosistemi e popolazioni non potranno più essere in grado di adattarsi ai cambiamenti.

A livello globale indica che dobbiamo diminuire le emissioni, per evitare un aumento delle temperature oltre 1,5°C.

Al momento, gli impegni presi nell'ambito dell'Accordo di Parigi non sono abbastanza ambiziosi e le politiche attuali spesso non prendono in considerazione il percorso delineato in tali impegni, così siamo sulla strada che porta a un aumento della temperatura media globale che può raggiungere i 3,5°C, e questo rappresenta una minaccia per l'umanità nel suo complesso.

C'è però la possibilità di invertire la rotta e il rapporto dell'IPCC presenta un'ampia varietà di soluzioni all'interno di settori specifici e anche a livello intersettoriale.

Prima di tutto è però necessario accelerare la transizione dai combustibili fossili alle rinnovabili, che ridurrebbe l'inquinamento atmosferico abbassando al contempo le emissioni di gas serra.

La gestione sostenibile delle foreste e dell'agricoltura, la protezione delle foreste, sono attività indicate dagli esperti per assorbire anidride carbonica, migliorare i servizi ecosistemici e insieme a questi le condizioni di vita di molte popolazioni.

Il rapporto indica che per arrivare alla riduzione delle emissioni è necessario percorrere tutte le strade possibili. Dice Lucia Perugini: "Tutte le opzioni devono essere attuate al massimo della loro capacità. Spesso assistiamo ai dibattiti che prendono in considerazione, come alternative, le possibilità di assorbimento delle emissioni (tramite rimboschimenti o tecnologie CCS) o la loro riduzione, oppure che creano una competizione tra una fonte di energia rinnovabile e l'altra. Ma scienza è chiara: dobbiamo sfruttare tutte le opzioni a disposizione e dobbiamo farlo ora".

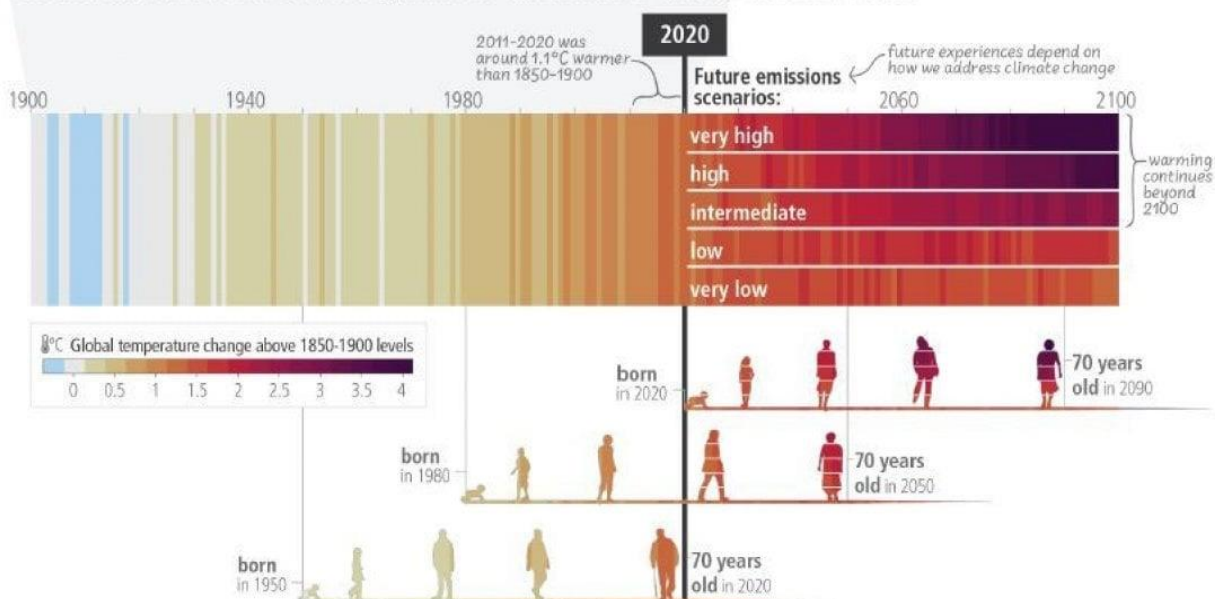
Tagliare le emissioni

Ogni tonnellata di emissioni di anidride carbonica contribuisce al riscaldamento globale. Con ogni aumento di temperatura il ciclo dell'acqua terrestre aumenta, gli estremi sono maggiori in frequenza e intensità, la capacità dell'oceano e del suolo di assorbire CO₂ dall'atmosfera diminuisce.

Sebbene alcuni cambiamenti dovuti alle emissioni passate e future siano irreversibili, riducendo le emissioni di gas a effetto serra, si limita l'aumento del riscaldamento globale.

Per giungere a queste conclusioni il rapporto di valutazione IPCC ha combinato dati scientifici elaborati a diversi livelli: osservazioni, modelli climatici, dati dal passato (paleo record), conoscenze geofisiche dei processi, che sono poi state integrate con la valutazione di scenari socio-economici di emissioni future sulle possibili traiettorie di mitigazione e il riscaldamento globale che ne risulta.

c) The extent to which current and future generations will experience a hotter and different world depends on choices now and in the near-term



Osservazioni regione per regione

Un'ulteriore novità che fornisce l'AR6 è una rappresentazione a livello regionale del cambiamento climatico e delle sue conseguenze.

Uno di questi aspetti riguarda, ad esempio, l'attribuzione al cambiamento climatico di eventi estremi passati e come questi – per esempio le siccità, alluvioni, ondate di calore, episodi estremi di innalzamento del livello del mare – cambieranno nel futuro a seconda del livello di riscaldamento globale, e quindi dalle emissioni future di gas serra.

Si prevede che ogni regione sperimenterà sempre maggiori cambiamenti simultanei e multipli dell'impatto climatico.

Le previsioni per l'Europa

Con un riscaldamento globale di almeno 2°C e oltre, la regione Europea sperimenterà la combinazione di differenti cambiamenti climatici entro la metà del secolo, quali:

- Aumento del riscaldamento, temperature estreme
- Aumento della siccità e dell'aridità nell'Europa centrale e meridionale
- Diminuzione delle precipitazioni nell'Europa meridionale e aumento nell'Europa settentrionale
- Aumento del periodo di rischio incendio
- Aumento del livello medio ed estremo del mare
- Diminuzione del manto nevoso
- Diminuzione della velocità del vento

Il coinvolgimento della popolazione

Se il Rapporto si configura come una sintesi che i governi potranno usare per prendere decisioni non più procrastinabili, sottolinea però che esiste anche una responsabilità individuale, azioni quotidiane che possono aggiungersi alle politiche nazionali, come stili di vita a basso impatto carbonico. Ancora, viene ribadito una volta di più che non può esserci azione climatica senza giustizia sociale.

La sintesi completa del Rapporto diffusa dall'IPCC

Il rapporto, approvato nel corso di una settimana di sessione a Interlaken, mette in evidenza le perdite e i danni che stiamo già subendo e che continueranno in futuro, colpendo in modo particolare le persone e gli

ecosistemi più vulnerabili. L'azione giusta da intraprendere ora potrebbe portare al cambiamento trasformativo essenziale per un mondo sostenibile ed equo. "La giustizia climatica è fondamentale, perché coloro che hanno contribuito meno al cambiamento climatico sono colpiti in modo sproporzionato", ha dichiarato Aditi Mukherji, uno dei 93 autori di questo Rapporto di sintesi, il capitolo conclusivo della sesta valutazione del Panel.

"Quasi la metà della popolazione mondiale vive in regioni altamente vulnerabili ai cambiamenti climatici. Nell'ultimo decennio, i decessi per inondazioni, siccità e tempeste sono stati 15 volte superiori nelle regioni altamente vulnerabili", ha aggiunto. In questo decennio, un'azione accelerata di adattamento ai cambiamenti climatici è essenziale per colmare il divario tra l'adattamento esistente e quello necessario.

Nel frattempo, per contenere il riscaldamento entro 1,5°C al di sopra dei livelli preindustriali, è necessario ridurre le emissioni di gas serra in tutti i settori in modo profondo, rapido e sostenuto. Le emissioni dovrebbero diminuire già oggi e dovranno essere tagliate di quasi la metà entro il 2030, se si vuole limitare il riscaldamento a 1,5°C.

La soluzione sta nello sviluppo resiliente al clima: ad esempio, l'accesso all'energia e alle tecnologie pulite migliora la salute, soprattutto di donne e bambini; l'elettrificazione a basse emissioni di carbonio, gli spostamenti a piedi e in bicicletta e i trasporti pubblici migliorano la qualità dell'aria, la salute, le opportunità di lavoro e l'equità.

I benefici economici per la salute delle persone derivanti dal solo miglioramento della qualità dell'aria sarebbero all'incirca gli stessi, o forse anche maggiori, dei costi per ridurre o evitare le emissioni.

Lo sviluppo resiliente al clima diventa progressivamente più impegnativo a ogni aumento del riscaldamento. Per questo motivo, le scelte che verranno fatte nei prossimi anni avranno un ruolo cruciale nel decidere il nostro futuro e quello delle generazioni a venire.

Per essere efficaci, queste scelte devono essere radicate nei nostri diversi valori, visioni del mondo e conoscenze, comprese le conoscenze scientifiche, le conoscenze indigene e le conoscenze locali.

Questo approccio faciliterà lo sviluppo resiliente al clima e consentirà soluzioni appropriate a livello locale e socialmente accettabili.

"I maggiori guadagni in termini di benessere potrebbero derivare dal dare priorità alla riduzione del rischio climatico per le comunità a basso reddito ed emarginate, comprese le persone che vivono negli insediamenti informali", ha dichiarato Christopher Trisos, uno degli autori del rapporto. "L'accelerazione dell'azione per il clima sarà possibile solo se i finanziamenti aumenteranno di molto. Finanziamenti insufficienti e disomogenei frenano i progressi".

C'è un capitale globale sufficiente per ridurre rapidamente le emissioni di gas serra se si riducono le barriere esistenti. I governi, attraverso finanziamenti pubblici e segnali chiari agli investitori, sono fondamentali per ridurre queste barriere.

Esistono misure politiche già sperimentate e collaudate che possono funzionare per ottenere riduzioni profonde delle emissioni e resilienza climatica, a patto che vengano ampliate e applicate in modo più diffuso. L'impegno politico, le politiche coordinate, la cooperazione internazionale, la gestione degli ecosistemi e la governance inclusiva sono tutti elementi importanti per un'azione climatica efficace ed equa.

Se la tecnologia, il know-how e le misure politiche adeguate vengono condivise e se si rendono disponibili finanziamenti adeguati, ogni comunità può ridurre o evitare i consumi ad alta intensità di carbonio. Allo stesso tempo, con investimenti significativi nell'adattamento, possiamo scongiurare l'aumento dei rischi, soprattutto per i gruppi e le regioni vulnerabili.

Una conservazione efficace ed equa di circa il 30-50% della terra, dell'acqua dolce e degli oceani della Terra contribuirà a garantire un pianeta sano. Le aree urbane offrono un'opportunità su scala globale per un'azione ambiziosa sul clima che contribuisca allo sviluppo sostenibile.

I cambiamenti nel settore alimentare, nell'elettricità, nei trasporti, nell'industria, negli edifici e nell'uso del territorio possono ridurre le emissioni di gas serra. Allo stesso tempo, possono rendere più facile per le persone condurre stili di vita a basse emissioni di carbonio, migliorando così anche la salute e il benessere.

Una migliore comprensione delle conseguenze del consumo eccessivo può aiutare le persone a fare scelte più informate. I cambiamenti trasformativi hanno maggiori probabilità di successo quando c'è fiducia, quando tutti collaborano per dare priorità alla riduzione dei rischi e quando i benefici e gli oneri sono condivisi in modo equo", ha dichiarato il presidente dell'IPCC Hoesung Lee.

"Viviamo in un mondo eterogeneo in cui ognuno ha responsabilità diverse e diverse opportunità di apportare cambiamenti. Alcuni possono fare molto, mentre altri avranno bisogno di sostegno per gestire il cambiamento".

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/03/20/news/ipcc_report_riscaldamento_globale-392967260/?ref=RHVS-BG-I270681069-P7-S10-T1

la Repubblica

"Il rapporto Ipcc descrive una situazione grave, ma c'è speranza". Cristina Nadotti. La Repubblica

Anna Pirani è a capo dell'Unità tecnica dell'international Panel on Climate Change: "Tagliando le emissioni possiamo limitare gli effetti del riscaldamento globale in misura significativa". L'aspetto umano del lavoro: "Ritmi massacranti, ma è un'esperienza unica"

Dietro le tante pagine con i dati scientifici e le raccomandazioni politiche del [Sesto Rapporto di Valutazione sui Cambiamenti Climatici \(AR6\)](#), pubblicato oggi, ci sono persone che da anni si dedicano con passione a un lavoro complesso di coordinamento, revisione, mediazione. Anna Pirani è tra queste: un PhD in oceanografia, la scienziata italiana è senior research del Centro Euromediterraneo sui cambiamenti climatici (Il CMCC svolge l'attività di Focal Point IPCC per l'Italia) e si divide tra Trieste, dove si dice "ospitata dal Centro di fisica internazionale Ictp" e Parigi, dove si riunisce l'unità tecnica dell'IPCC che dirige.

Le parole chiave del rapporto sono "gravità", "urgenza" "speranza". Ci spiega perché un quadro così fosco, delineato dalle prime due, lascia ancora spazio alla speranza?

"Possiamo raggiungere un mondo più sostenibile: ridurre rapidamente le nostre emissioni può limitare il riscaldamento globale. Questa è una buona notizia, perché sappiamo che le scelte che facciamo oggi determinano il futuro condiviso delle persone che abitano l'intero Pianeta.

C'è però l'urgenza di agire subito, perché gli effetti del riscaldamento globale sul clima, con ripercussioni sugli ecosistemi e la società, sono evidenti a tutti e le risposte a questa emergenza non sono state fino a oggi chiare.

La situazione è grave, non possiamo più usare termini diversi, perché il riscaldamento globale ha effetti in tutte le regioni, con alcuni ecosistemi e popolazioni maggiormente in pericolo, dove si stanno già superando i limiti di adattamento. Ma la considerazione generale non è deprimente, perché si possono limitare questi effetti in maniera significativa".

Nel suo ruolo è implicita la mediazione tra i resoconti fatti dagli scienziati e le elaborazioni fatte dai governi. C'è chi rema contro?

"Ho davvero visto ho visto tutti i governi preoccupati per la gravità della situazione quanto noi scienziati. Poi, certo, come vogliono rispondere a questa emergenza differisce e ha a che fare con la situazione di ogni singolo Paese. ma fin dall'inizio dei lavori i governi interagiscono accordandosi sul contenuto dei rapporti, per cui se si leggono termini come "gravità e urgenza" sono condivisi anche dai rappresentanti politici. Del resto, questi rapporti servono proprio a sviluppare le politiche e il dibattito durante l'approvazione serve a far sì che ci sia un messaggio chiaro, che parli ad ognuno di questi governi".

Quanto lavoro e quanta fatica ci sono dietro a ogni capitolo del Rapporto?

"È un lavoro molto intenso, senza tregua. In più c'è stata anche la pandemia e tradurre le nostre discussioni, i momenti di confronto soltanto online non è stato facile. Per noi le riunioni in presenza sono una chiave essenziale per arrivare a soluzioni condivise".

Intende che c'è un lato umano importante quanto i dati scientifici?

"Sì, si sta chiudendo un ciclo e stiamo riflettendo molto su questo tempo passato insieme, tutti coloro che ne hanno fatto parte, autori e delegati, parlano di un'esperienza umana molto importante. Ci si stanca, spesso i ritmi di lavoro sono massacranti, ci si scontra su posizioni estreme, ma nessuno abbandona e chi ha già lavorato alla stesura di un rapporto vuole tornare".

<https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/03/20/news/ipcc-report-riscaldamento-globale-anna-pirani-392972641/>

la Repubblica

L'ipcc chiede di tagliare emissioni e combustibili fossili come misure prioritarie per il clima. Cristina Nadotti. La Repubblica

Cristina Nadotti, quotidiano *La Repubblica*, 20 marzo 2023

Oggi verrà diffuso l'ultimo capitolo del Sesto rapporto di valutazione. Contiene le evidenze scientifiche elaborate nei precedenti capitoli, riassunte per fornire strumenti immediati ai decisori politici

Oggi alle 14, a Ginevra, sarà reso noto il "Rapporto di sintesi del Sesto rapporto di valutazione" (Climate Change 2023: Synthesis Report AR6) dell'IPCC, cioè il [panel intergovernativo di esperti sul cambiamento climatico](#). Negli ultimi anni il "rapporto IPCC" è stato citato per sottolineare l'urgenza di agire contro il cambio climatico, non senza qualche confusione su come si arriva a stilare questo dossier e con quale cadenza viene pubblicato.

Quello che verrà diffuso oggi è indicato come "Sintesi per i responsabili politici del Cambiamento climatico 2023" ed è l'ultimo capitolo del Sesto Rapporto di Valutazione dell'IPCC, poiché integra e riassume i risultati dei [sei rapporti pubblicati](#) dall'IPCC durante l'attuale ciclo, iniziato nel 2015. In tutto, da 7 anni a questa parte, si contano perciò tre Rapporti speciali e tre contributi dei gruppi di lavoro dell'IPCC al Sesto Rapporto di Valutazione.

Una precisazione è d'obbligo: nel rapporto che sarà pubblicato oggi non ci saranno novità di rilievo dal punto di vista scientifico, poiché è un riassunto dei precedenti. Tuttavia ha importanza cruciale perché riunisce appunto le evidenze scientifiche in una forma più breve ed è diretto ai decisori politici, per indicare una strada da percorrere per limitare il riscaldamento globale. Inoltre, il documento è la base di partenza per gli accordi che si discuteranno a fine novembre a Dubai durante il prossimo vertice delle Nazioni Unite sul clima, [Cop28](#). Vediamo alcuni punti in sintesi.

Cosa c'è nel rapporto di sintesi dell'IPCC AR6?

Come accennato, il capitolo diffuso oggi sintetizza i risultati chiave delle sezioni principali precedenti, che riguardavano la scienza fisica della crisi climatica, comprese le osservazioni e le proiezioni del riscaldamento globale, gli impatti della crisi climatica e le modalità di adattamento ad essi, e le misure per ridurre le emissioni di gas serra. Il rapporto di sintesi comprende anche altri tre rapporti IPCC più brevi, pubblicati dal

2018, su quali saranno gli impatti del riscaldamento globale sulla terra, la criosfera e gli oceani con un aumento di oltre 1,5°C rispetto ai livelli preindustriali. Il rapporto diffuso oggi è di fatto l'ultimo prima del 2030, anno indicato dall'Accordo di Parigi per raggiungere la diminuzione delle emissioni del 45%, in modo da contenere il riscaldamento globale a non più di 1,5°C e raggiungere lo zero netto entro il 2050.

Perché è necessario sintetizzare i risultati precedenti?

Il gruppo di scienziati che lavora al Rapporto ha più volte lanciato allarmi precisi e dato indicazioni sull'urgenza di agire. In particolare, le pubblicazioni precedenti hanno sottolineato che il mondo si sta avvicinando a livelli irreversibili di riscaldamento globale, con impatti catastrofici, che stanno diventando rapidamente inevitabili. Soprattutto, c'è stata la richiesta di provvedimenti drastici per evitare il disastro.

In questo rapporto, perciò, ci saranno indicazioni sulle possibili politiche e azioni che impediranno la catastrofe climatica conseguente a un ulteriore riscaldamento. Poiché il rapporto servirà come base per Cop28, quando verranno valutati i progressi compiuti dalle nazioni per ridurre le emissioni di gas serra in seguito all'accordo sul clima di [Parigi del 2015](#), conterrà un supporto scientifico all'azione globale sul clima. Va sottolineato infatti che il rapporto viene scritto da scienziati (tra i redattori italiani Anna Pirani, a capo dell'Unità di supporto tecnico (IPCC WGI), ma il suo contenuto viene discusso anche dai rappresentanti dei quasi 200 governi dell'ONU.

Cosa ci si può attendere dopo la sua pubblicazione?

È noto che si è ben lontani dagli obiettivi di riduzione delle emissioni già indicati dai rapporti precedenti. Del resto quello diffuso oggi è il sesto rapporto dell'IPCC da quando l'organismo è stato istituito nel 1988, e nonostante già nel 2018 è stato affermato con decisione che le emissioni devono essere dimezzate entro il 2030, rispetto ai livelli del 2010, non si è vista un'inversione di tendenza. Anzi: è chiaro che l'obiettivo di limitare l'aumento della temperatura a 1,5 C° è ormai irraggiungibile e secondo L'Aie, l'agenzia internazionale dell'energia, le emissioni continuano a salire (l'anno scorso sono aumentate di poco meno dell'1%).

Quali sono le azioni che i governi dovrebbero intraprendere subito?

La richiesta degli scienziati è di ridurre drasticamente le emissioni e rinunciare ai combustibili fossili, investendo nelle energie rinnovabili e in altre tecnologie a bassa emissione di carbonio, aumentando l'efficienza energetica, ripensando l'agricoltura e ripristinando le foreste e i paesaggi naturali degradati.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/03/20/news/rapporto_ipcc_ar6_clima-392851068/

IPCC- Sixth Assessment Report (AR6)

AR6 Scoping Meeting Addis Ababa, Ethiopia, 1 – 5 May 2017 AR6-SCOP/Doc. 2 (24.IV.2017) ENGLISH ONLY

<https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/11/AR6-Chair-Vision-Paper.pdf>

La Grande Agonia. Carlo Bonini et al. La Repubblica

I ghiacciai delle Alpi più sottili di 5 metri e le valli con i bacini mai così secchi. Viaggio nel Nord Est già ostaggio della siccità. Con i primi comuni serviti dalle autobotti. E dove il paesaggio è già mutato e l'economia rischia il tracollo

Sul fondo del lago di Resia, sorgente del fiume Adige a quota 1.500 metri, il fango seccato è coperto da alghe rosa e croccanti. A fine marzo sono quasi venti gradi: i rari fiocchi di neve caduti in autunno si sciolgono in lontane macchie bianche che salgono i crinali assolati, riarsi e scoperti fino a quota 3 mila. Centinaia di curiosi ogni giorno sconfinano dall'Austria per verificare un disastro senza precedenti nella storia.

Camminano e pedalano sull'argilla rappresa e sui sassi, evitano le ruspe che scavano ghiaia dove ci sono sempre stati ghiaccio o acqua. Partendo dal campanile riemerso del vecchio paese di Curon, sacrificato all'energia elettrica a metà Novecento, attraversano a piedi l'intero bacino lungo sentieri ormai incisi dal turismo delle catastrofi.

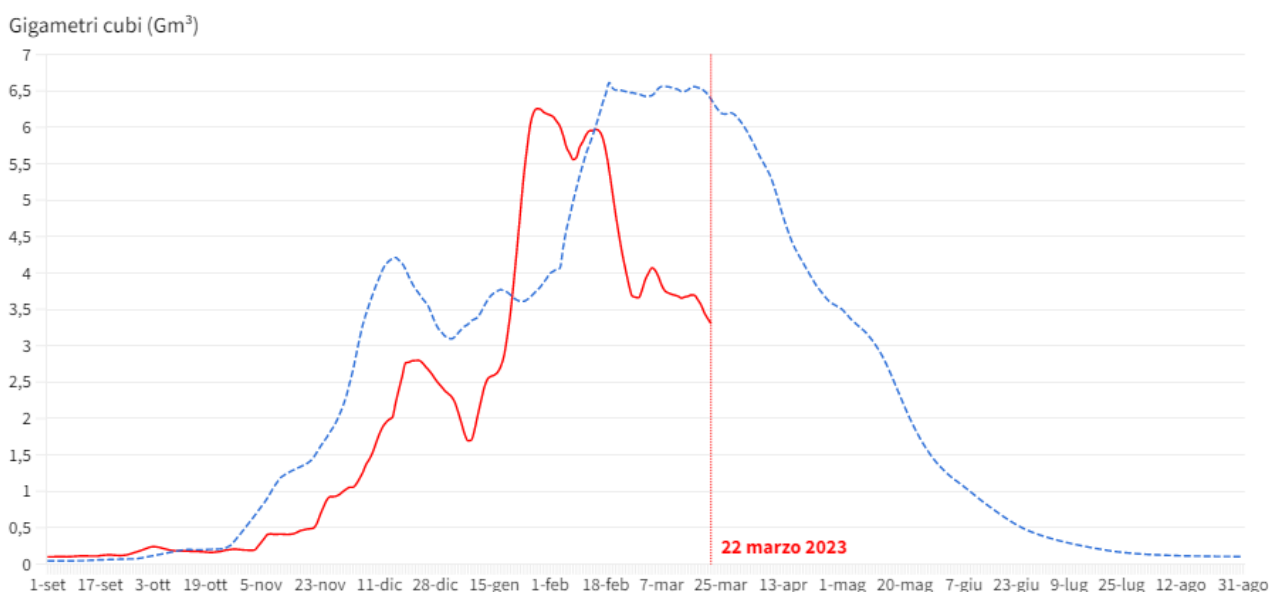
I quasi 7 chilometri quadrati del più grande lago dell'Alto Adige, crinale delle Alpi, potrebbero contenere 120 milioni di metri cubi d'acqua. Ne restano poco più di 10, forzati contro il muro della diga in ricostruzione sopra il lago di San Valentino. Sull'arco alpino, sopra il Nordest e sulla pianura Padana, non cade seriamente acqua da oltre due anni. La siccità, tecnicamente, dura da 18 mesi.

Nell'inverno appena finito la neve si è ridotta del 75% rispetto alla media degli ultimi dieci anni. Le temperature medie si sono riscaldate di oltre 3 gradi. L'Adamello, ghiacciaio più esteso delle Alpi centrali, in cinque anni era arretrato di 15 metri: nel 2022 si è ritirato di 139 e la prossima estate minaccia irreversibili fratture. In montagna la spugna è torrida e asciutta. Dallo scarico della vasca da bagno di ghiacciai, nevai e laghi non tracima che un rivolo d'acqua, come a fine agosto, conseguenza di un estremo scioglimento anticipato. L'immenso "pozzo di petrolio" trasparente sospeso sopra il Nord Italia, che da millenni alimenta la più fertile fabbrica di cibo d'Europa, è a un passo dall'esaurimento.

Volume neve-acqua

Clicca sulla legenda per scegliere il periodo

■ 2023 ■ 2022



Fonte: [Fondazione CIMA](#) - Centro Internazionale in Monitoraggio Ambientale

Quel che resta del lago Resia

Tre mesi senza pioggia

A sorgenti, bacini di raccolta, fiumi, falde e risorgive mancano 86 giorni consecutivi di precipitazioni: se l'acqua cadesse senza interruzione fino a giugno, avvertono i geologi, non basterebbe a riportare in equilibrio le riserve consumate. In alta quota, nelle campagne e alle foci adriatiche dei grandi fiumi in secca, l'atmosfera ricorda la scaramantica inquietudine di massa della vigilia di un cataclisma annunciato ma inevitabile: un'estate 2023 destinata a segnare un prima e un dopo nel clima e nel paesaggio del Nord del Mediterraneo, sempre più assimilabile ai territori settentrionali dell'Africa. "Tra il mare e i ghiacciai - dice Giacomo Bertoldi, idrologo di Eurac Research a Bolzano - le civiltà dell'Europa si sono sviluppate difendendo dall'acqua.

Oggi possono sopravvivere se imparano a salvare l'acqua". La sfida dell'emergenza idrica, estesa dalla Valle d'Aosta al Friuli Venezia Giulia, è verticale. Il viaggio di ogni goccia parte dal cielo e arriva al mare, ma la terra è viva perché non è piatta ed è dominata dalla forza di gravità. Sono i dislivelli, l'equilibrio tra le temperature, l'alternanza tra i terreni porosi e quelli impermeabili, la sequenza prevedibile delle perturbazioni, a regolare la caduta dolce dell'acqua che fino ad oggi ha permesso di vivere sia ai cacciatori-pastori del Similaun che ai contadini-pescatori di Chioggia.

Siccità e surriscaldamento, sommati a consumi che superano ogni storica disponibilità, interrompono oggi il viaggio verticale dell'acqua sopra il Nord del Paese.

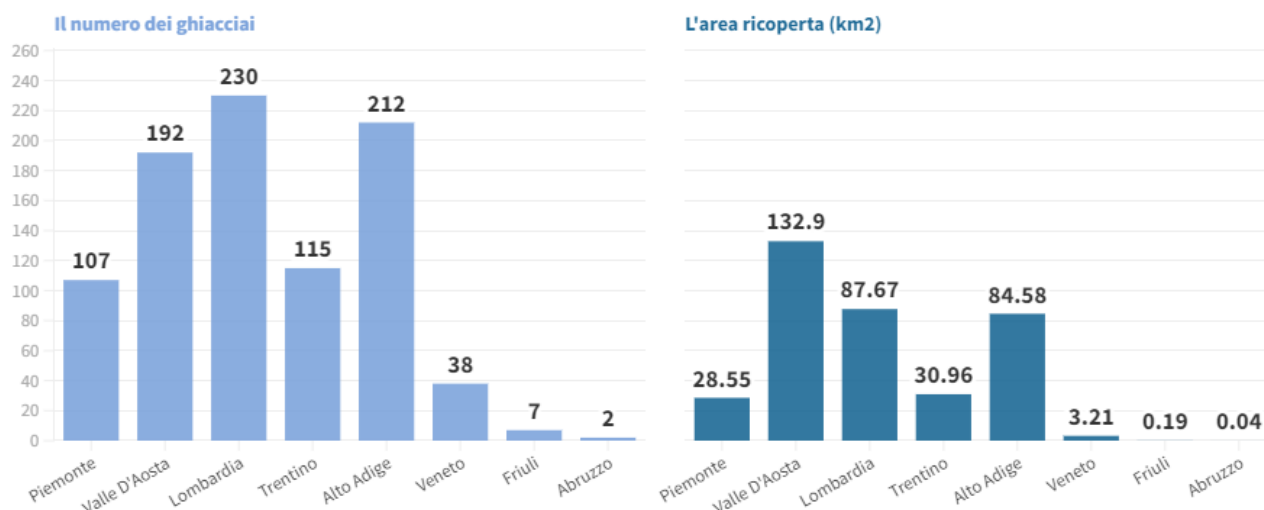
Dall'orizzonte avanza la prossima guerra, copia dei conflitti che tengono altri Sud del pianeta ostaggi della povertà: a confermarlo è la politica localista, già assillata dall'urgenza di cavalcare le nuove conflittualità idriche di bottega. "Sul Nordest - dice Flavio Ruffini, direttore dell'Agenzia per il clima del Sudtirolo - da febbraio le precipitazioni sono diminuite tra l'80 e il 100%.

L'incubo collettivo

Dopo due anni aridi, dei 388 milioni di metri cubi d'acqua invasabili ne restano 53. I nostri laghi potrebbero trattenerne 214 milioni: il 21 marzo abbiamo registrato il record storico di 40 milioni, meno 81% rispetto alla capienza totale. Da metà aprile, appena le campagne esigeranno abbondanti irrigazioni per semine e fioriture, si profila uno scontro sociale difficile da contenere".

L'incubo collettivo, dai rifugi alpini con i rubinetti chiusi per l'estinzione dei ghiacciai ai campi del Polesine devastati dalla risalita del cuneo salino lungo letti fluviali azzerati, si proietta già sull'estate: di chi è, ciò che resta dell'acqua in agonia? Nell'era conclusa dell'abbondanza nessuno perdeva tempo a contare le gocce, rendendo pubblico il loro valore. Anche su Alpi e pianura Padana oggi le calcolatrici galoppiano.

La distribuzione dei ghiacciai sul territorio



Fonte: Gruppo di Glaciologia dell'Università Statale di Milano

Ai contadini, del Nord, nel 2022 la siccità è costata oltre 6 miliardi di euro. Il crollo della produzione di energia idroelettrica, l'unica regolabile e "pulita", ha causato un deficit di 3,6 miliardi. Nei primi tre mesi dell'anno l'impossibilità di azionare le turbine, causa invasi vuoti, somma già perdite superiori al mezzo miliardo. "L'Italia - dice Sandro Rigotti, dirigente del servizio grandi derivazioni idroelettriche del Trentino - consuma

ogni anno 316 miliardi di kilowatt, producendone 280. Di questi, 47 miliardi dipendono dall'acqua, seconda fonte energetica dopo quella fossile. Nel 2022 il calo dell'idroelettrico è stato del 43%, esploso al 50% a partire da gennaio. La quasi assenza di neve in alta quota, in mancanza di forti precipitazioni, limiterà come mai prima il ricorso alle turbine".

Acqua: i numeri chiave

Anni 2018 - 2022

| ANNI | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|-------|------|-------|-------|-------|
| Perdite idriche totali in distribuzione (%) | 42% | - | 42,2% | - | - |
| Comuni capoluogo di provincia/città metropolitana con razionamento dell'acqua | 12 | 9 | 11 | 15 | - |
| Famiglie che lamentano irregolarità nel servizio idrico (%) | 10,4% | 8,6% | 8,9% | 9,4% | 9,7% |
| Famiglie che non si fidano a bere acqua del rubinetto (%) | 29% | 29% | 28,4% | 28,5% | 29,4% |
| Preoccupazione per i cambiamenti climatici (% persone di 14 anni e più) | 66,6% | 71% | 70% | 66,5% | 71% |

Fonte: [Istat](#)

Le bollette elettriche, anche nei Comuni alpini che ospitano dighe e centrali, sono già aumentate tra il 20 e il 40%. Gli stessi bilanci comunali registrano perdite fino al 15%. La diga sotto l'ex ghiacciaio del Careser e il bacino di Pian Palù, in val di Peio, sono l'icona del collasso innescato dalla combinazione tra lo sconvolgimento del ciclo dell'acqua e il surriscaldamento dell'aria. Il lago artificiale del Careser, a quota 2603 metri, in autunno è stato svuotato in attesa della neve e della sua fusione primaverile. Qui, in passato, nell'inverno si accumulavano da 7 a 15 metri di neve. Oggi, sulla superficie gelata ridotta a pochi centimetri, non se ne misura più di 1 metro. In quota, fino a oltre 3 mila metri, i versanti più strapiombanti, ventosi ed esposti al sole, sono totalmente privi di massa gelata. "Controllo le dighe da quarant'anni - dice Mariano Trentini di Hydro Dolomiti Energia - mai visto un simile disastro".

La fuga dei camosci

A Pian Palù, quota 1800 metri, al lago da cui nasce il torrente Noce, affluente dell'Adige, il muro della diga segna che il livello dell'acqua è 82 metri sotto il massimo dell'invaso. È il 22 marzo, sul fondo del bacino semivuoto resta un sottile strato di neve che si scioglie. Alle 10 del mattino sono 16 gradi, dall'erba bruciata delle rive si staccano le ultime croste di brina gelata. L'ambiente è quello di inizio giugno. "I camosci - dice Franco Dallatorre, per anni custode delle dighe - sono già saliti per fuggire dal caldo.

Più si sale di quota e più il disgelo precoce anticipa il risveglio della vegetazione. Avere i laghi alpini vuoti, mancando la neve, non pregiudica solo la produzione idroelettrica: presto mancherà l'acqua per irrigare, per il bestiame che sale nelle malghe e per le attività turistiche. In molti paesi, senza il soccorso delle autobotti, si esaurirà l'acqua potabile. Stabilire quote e precedenza, anche all'interno delle valli, è un problema che la classe politica non ha mai affrontato".

Aridità e caldo, da alcune stagioni, in montagna sconvolgono la vita di alberi e animali. Le foreste sopravvissute alla tempesta Vaia cambiano e si mettono in marcia. Abeti rossi, larici e pini cembri si spostano sempre più in quota, superando il limite storico dei 2 mila metri per sfuggire al bostrico, ripararsi dal surriscaldamento e trovare freddo e umidità perduti.

Nei boschi i cervi si moltiplicano decimando i caprioli: esplose la popolazione dei cinghiali, seguita dai branchi di lupi calati dall'Europa centro-orientale. I 150 orsi reinsediati nelle Dolomiti di Brenta, senza la paura del gelo e della carenza di proteine, ormai faticano a entrare in letargo.

Trascorrono l'inverno vagando tra rocce e pascoli senza neve, consumano troppo grasso, anticipano l'inizio dell'estro sessuale, si indeboliscono fino ad essere costretti ad avvicinarsi ai centri abitati in cerca di rifiuti che pochi stivano in modo corretto. La politica "emergenza orso", o il populista "allarme lupo", sono oggi il cuore della propaganda elettorale alpina: a rendere decisiva la caccia elettorale, grazie alla rinuncia alla cultura, è però ancora una volta l'agonia verticale dell'acqua che muta la natura conosciuta negli ultimi sei secoli.

Il ghiaccio sempre più sottile

"Dal 2013 - dice il glaciologo Cristian Ferrari - sulle Alpi manca la fase di carico invernale della neve. Alla base dell'Adamello, sul fronte del ghiacciaio lo strato nevoso ora è di 1 metro: un terzo più sottile della norma. Se anche nevicasse durante la primavera, il ciclo di compattamento e di trasformazione in ghiaccio è compromesso.

La porta del frigorifero è aperta: paradossalmente vediamo acqua nei torrenti d'alta quota, ma è tutta di fusione. In maggio termina lo scioglimento della poca neve e per l'intera estate cola il ghiaccio di una millenaria dispensa agli sgoccioli.

Nemmeno la moltiplicazione dei bacini di accumulo, in queste condizioni, può ripristinare l'equilibrio: oggi sull'arco alpino la disponibilità d'acqua è inferiore alla richiesta di un modello di sviluppo che anche in pianura è insostenibile". Sul muro della diga di Malga Bissina, quota 1789 metri in Val Daone, l'epilogo dell'era industriale indifferente al destino della terra, è evidente. L'invaso inaugurato sessant'anni fa al confine con la Lombardia, alle sorgenti del fiume Chiese alimentate dal Carè Alto, può contenere 60 milioni di metri cubi d'acqua. Ne restano meno di 10 e buona parte appartengono ai contadini del Mantovano.

Anche qui, sulle montagne sopra la Val di Fumo, restano solo tracce di neve.

"Così le centrali idroelettriche - dice Siro Fioroni, storico responsabile del bacino - sono ferme. I livelli minimi vanno garantiti: l'estate scorsa, dal fondo dell'invaso, sono riemerse le baracche degli operai che l'hanno costruito, alzate sull'antico pascolo per le vacche".

Se le isole in mezzo al lago di Garda diventano penisole raggiungibili a piedi, o se il fiume Po è ridotto a un serpente di sabbia che rigurgita pesci asfissati, la ragione va cercata 2 mila metri più in quota e 300 chilometri più a nord. "Nel 2022 - dice Roberto Barbiero, fisico dell'Osservatorio trentino per il clima - abbiamo registrato il primato di perdita dei ghiacciai alpini a partire da metà Ottocento.

Gli ultimi due anni, per precipitazioni, sono stati il terzo e il quarto anno peggiori da inizio Novecento. L'aumento del gas serra, già certo per il prossimo trentennio, in 40 anni ha alzato la temperatura media tra 1 e 3 gradi. Sotto quota 2 mila la neve si ferma sempre meno, la pioggia si concentra tra prolungati periodi di siccità.

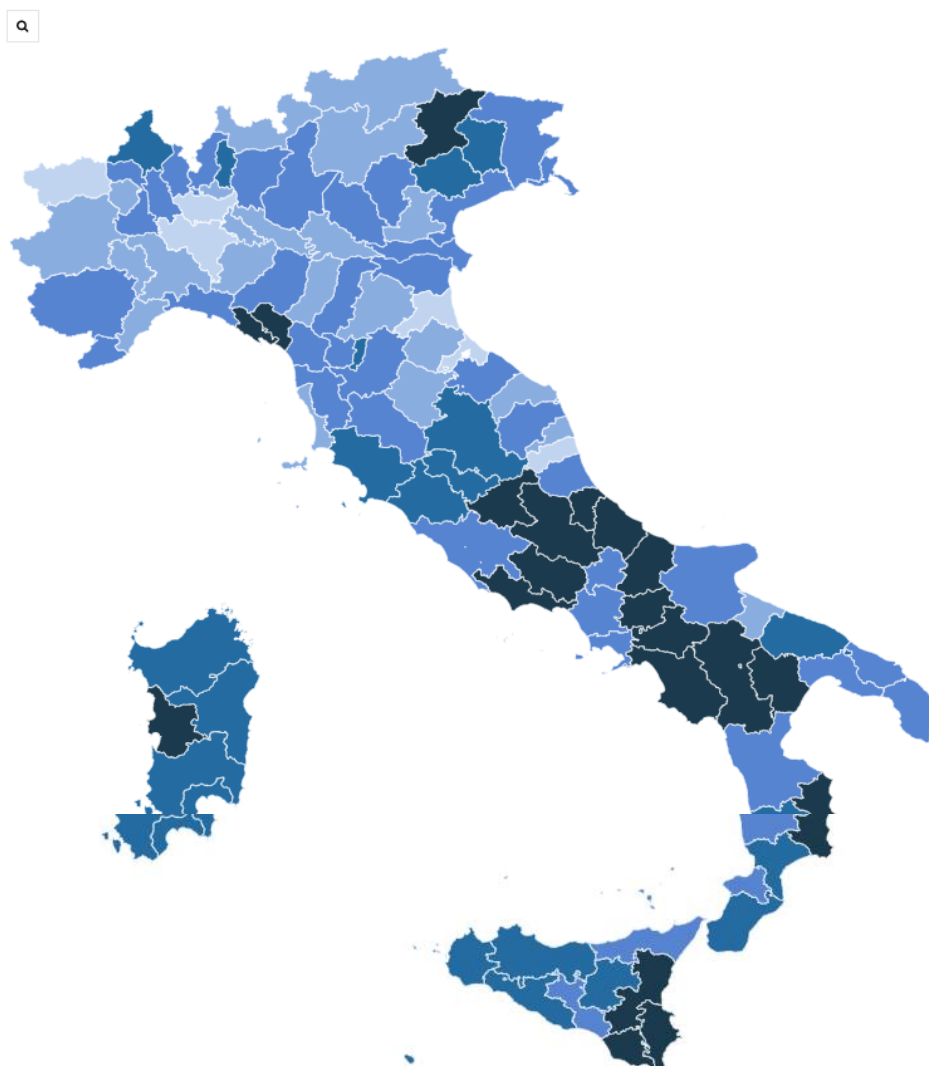
Ad essere sconvolto non è solo il ciclo dell'acqua, che muta radicalmente ambiente e società sulle Alpi e nella pianura Padana: a non poter crescere più è un'economia ad alto consumo idrico, a bassa mitigazione climatica e a superata conservazione delle precipitazioni.

Il piano di adattamento ai cambiamenti del clima sconta un vertiginoso ritardo. Occorre subito, più che un commissario, un coordinamento nazionale trasparente ed efficace".

Perdite idriche totali nelle reti comunali di distribuzione dell'acqua potabile per provincia

Anno 2020, percentuale sul volume immesso in rete

< 25,0% 25,0% - 34,9% 35,0% - 44,9% 45,0% - 54,9% ≥ 55,0%



La guerra dell'acqua

Un paradosso: l'arco alpino era una spugna ibernata, la pianura un'immensa palude, eppure è proprio in questo mondo nato dal ghiaccio che tra regioni e gruppi d'interesse già divampa la "guerra per l'acqua". Il Veneto, alla vigilia delle semine, da settimane invoca la solidarietà idrica di Trentino e Alto Adige.

Il governatore Luca Zaia promette di lanciare un "piano Marshall" per impedire alla pioggia di correre precipitosamente fino all'Adriatico, impegnandosi a "desalinizzare il mare, come fanno Israele e Dubai". Il presidente sudtirolese Arno Kompatscher, per provare che anche le Dolomiti sono all'asciutto e non possono regalare gocce ai vicini, ha appena vietato l'innevamento artificiale delle piste da sci: a fine stagione è come impedire la balneazione a gennaio in Groenlandia. Più prudente e "aperto alla solidarietà" il governatore leghista Maurizio Fugatti, non ancora certo della ricandidatura unitaria per la destra alle elezioni d'ottobre. A frenare tocca così al suo vice, Mario Tonina.

"Abbiamo 15 bacini e 4 laghi - dice - e in marzo lo stoccaggio medio è di 414 milioni di metri cubi d'acqua. Oggi ne contiamo 120 milioni, l'estate sarà dura. Servono subito 300 milioni di euro per aggiornare, grazie

alla tecnologia, la rete di invasi e irrigazione. I bacini artificiali serviranno per produrre neve, ma anche per agricoltura e turismo, per l'antincendio e in emergenza per l'uso potabile.

Se Lombardia e Veneto vogliono la nostra acqua, devono prima dimostrare di non buttarne via il 70% in canali colabrodo e irrigazioni dei cereali a scorrimento". Condizioni, nell'immediato, impossibili da soddisfare: anche perché, tra tecnici e scienziati, il tema "dispersione" resta controverso.

Nella valle delle mele

In Val Venosta, da giorni, le girandole inondano i frutteti aggrappati ai conoidi glaciali. I meli esibiscono già le orecchie di topo, l'imminente fioritura esige acqua per avviare l'allegagione, il prodigio che muta i boccioli in frutticini. "Non irrigare, o farlo a goccia - dice Michele Odorizzi, storico leader dei melicoltori in Val di Non, in questa fase può non bastare. Chi in montagna ha acqua fa bene a distribuirla nel terreno, evitando di trasformarla tutta in legno, o lasciandola evaporare. Noi l'abbiamo già finita: se arriverà una gelata, come sempre negli ultimi anni, non potremo spruzzarla sulle gemme, riscaldandole con il ghiaccio. Il rischio è raccogliere meno frutti e di pezzatura inferiore, bruciando un reddito sempre più basso".

A spaventare il territorio dove matura la metà delle mele italiane è il lago di Santa Giustina. Il bacino artificiale più capiente del Trentino a metà del Novecento vantava la diga più alta d'Europa, con un arco alto 152 metri e un invaso da 182 milioni di metri cubi d'acqua.

Oggi il livello è inferiore a un terzo, le rive sono ghiaioni scoperti che precipitano per quaranta metri, le captazioni irrigue sono a cielo aperto. Senza pioggia, il cuore delle Golden nazionali quest'anno non potrà bagnare gli alberi che nel 2022 hanno prodotto 308 milioni di euro.

Queste piante modificate per una produzione industriale però, in assenza di una dosata irrigazione quotidiana, in estate non sopravvivono.

"L'agricoltura del Nord - dice il meteorologo Mauro Gaddo - dipende dalla neve invernale sulle Alpi, dalla sua lenta trasformazione in acqua nel corso dell'estate. Grazie alla fusione, simile a quella himalayana, si sono potuti coltivare riso, grano e mais, allevare mucche e maiali, produrre vino, olio, zucchero e tabacco, raccogliere frutta e ortaggi. Oggi l'acqua da scioglimento nivale, secondo le immagini satellitari diffuse dalla Fondazione Cima, è inferiore alla media del 50-60%. A quota 2 mila metri, come sopra passo Tonale, restano addirittura 7 centimetri di neve.

L'ormai cronica scarsità di neve e l'assenza di copertura dei ghiacciai sono la vera emergenza italiana: idrica, alimentare, energetica e industriale. A partire dal Duemila il ghiaccio sulle Alpi resta scoperto da maggio, nel 2022 si sono persi tra i 4 e i 7 metri di spessore. Riaffiorano le rocce, il sole surriscalda le pietre e accelera la fusione.

Le sorgenti estinte

Lo sconfinato iceberg alpino precipita in mare, non riusciamo a conservarne per l'emergenza che il 7%. Il 2023 si annuncia come l'anno peggiore di sempre: migliaia di sorgenti sono a un passo dall'estinzione". Nemmeno i bacini idrici per la produzione di neve artificiale mitigano l'impatto dell'attuale grande siccità alpina. I satelliti in Italia ne contano 142 per una superficie di 1,03 milioni di metri quadri.

Da queste cisterne dipende ormai il 90% delle piste da sci: l'Austria arriva al 70, la Svizzera al 50%. Il primato della neve programmabile non assicura però al nostro Paese la sicurezza idrica delle alte quote. Tra Piemonte, Trentino e Veneto sono già decine i Comuni montani, su 3537, riforniti di acqua solo due volte alla settimana e grazie alle autobotti. In marzo non era mai accaduto.

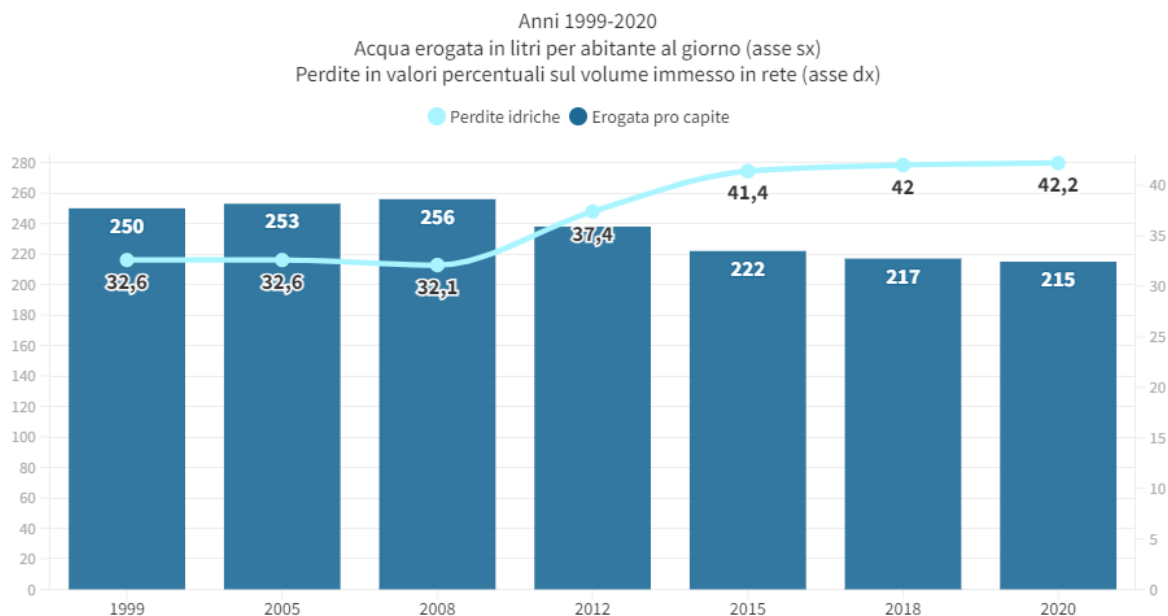
Il debutto si è esteso a numerosi rifugi, costretti a ricorrere all'elicottero per rifornire le proprie cisterne. "Sconvolge - dice Paul Gruener, da 37 anni gestore del Bellavista, quota 2845 ai piedi del Giogo Alto in Val Senales - accettare di riportare l'acqua a motore nel luogo da cui è naturalmente partita, dove per millenni il gelo l'ha conservata grazie al permafrost. Sono cresciuto con inverni da 5-6 metri di neve e settimane ampiamente sottozero.

Quest'anno il manto fresco non ha superato i 70 centimetri, il freddo si è ridotto a dieci giorni, da febbraio si mangia sulla terrazza in maniche di camicia.

Molti rifugi, nel Novecento, sono stati costruiti ai piedi, o sul fianco dei ghiacciai. Ragioni belliche e alpinistiche, ma prima ancora idriche.

Ora si scoprono isolati e pericolanti in un deserto arido di pietre. Dovranno essere spostati, ma scegliere il luogo adatto non è semplice: anche sentieri e vie che conducono sulle vette, attraversando ghiacciai instabili, crepacciati, o prossimi a sciogliersi, vanno ridisegnati su un territorio in rapida evoluzione".

Acqua erogata pro capite e perdite idriche totali in distribuzione



Fonte: Istat - Censimento delle acque per uso civile. I valori di acqua erogata pro capite per gli anni 2005-2018 sono stati ricalcolati utilizzando la ricostruzione intercensuaria della popolazione residente. Il dato potrebbe pertanto differire leggermente rispetto a quanto precedentemente diffuso.

L'agonia dello Stelvio

Il simbolo dell'agonia dell'acqua innescato dal surriscaldamento è il ghiacciaio dello Stelvio, tra Lombardia, Svizzera e Alto Adige. Solo qui, in Italia, ancora si scia in estate. Nel 2022, per la prima volta, gli impianti sono stati chiusi a inizio agosto. Scioglimento e caldo erano tali da impedire, a quota 3450 metri, la produzione di neve. Pochi giorni fa, tra le polemiche, lo storico direttore della funivia, Umberto Capitani, ha annunciato che nonostante l'emergenza riaprirà le piste dal primo giugno. "Ci proviamo - dice - perché da noi dipende la vita di 900 famiglie.

La strada che sale ai 2758 metri del passo resta chiusa, ma è già sgombra: un tempo veniva aperta dagli sgombraneve per il Giro d'Italia, a fine maggio.

Uno studio però dimostra che questo ghiacciaio, grazie a teli protettivi, battipista e cannoni da neve, resiste meglio di altri simili non curati dall'uomo. Difficile, sull'arco alpino, assicurare un futuro sportivo estivo ai ghiacciai sotto quota 4 mila: opportuno invece coltivare da subito queste superfici, riserve idriche estreme per fini potabili e irrigui". La massa ghiacciata dello Stelvio, in vent'anni, si è dimezzata.

La stessa percentuale è quella che oggi manca alla massa d'acqua di fiumi e laghi lombardi e veneti. Nelle dighe il livello di riempimento si spinge oggi al meno 90%. A fine inverno gli invasi d'alta quota sono vuoti da sempre, in attesa di scioglimento e precipitazioni della primavera.

"Lo specchio della catastrofe non va così cercato nelle dighe a secco - dice Roberto Dinale, direttore dell'ufficio idrologia dell'Alto Adige - ma nelle montagne aride e senza neve che le sovrastano. Se paragoniamo i bacini ai lavabi di casa, si può dire che i versanti sono i loro rubinetti e che quest'anno da essi non uscirà acqua. Per la prima volta Alpi e pianura Padana, da aprile, dovranno fare compromessi e scegliere a chi destinare una risorsa che per tutti non basta più".

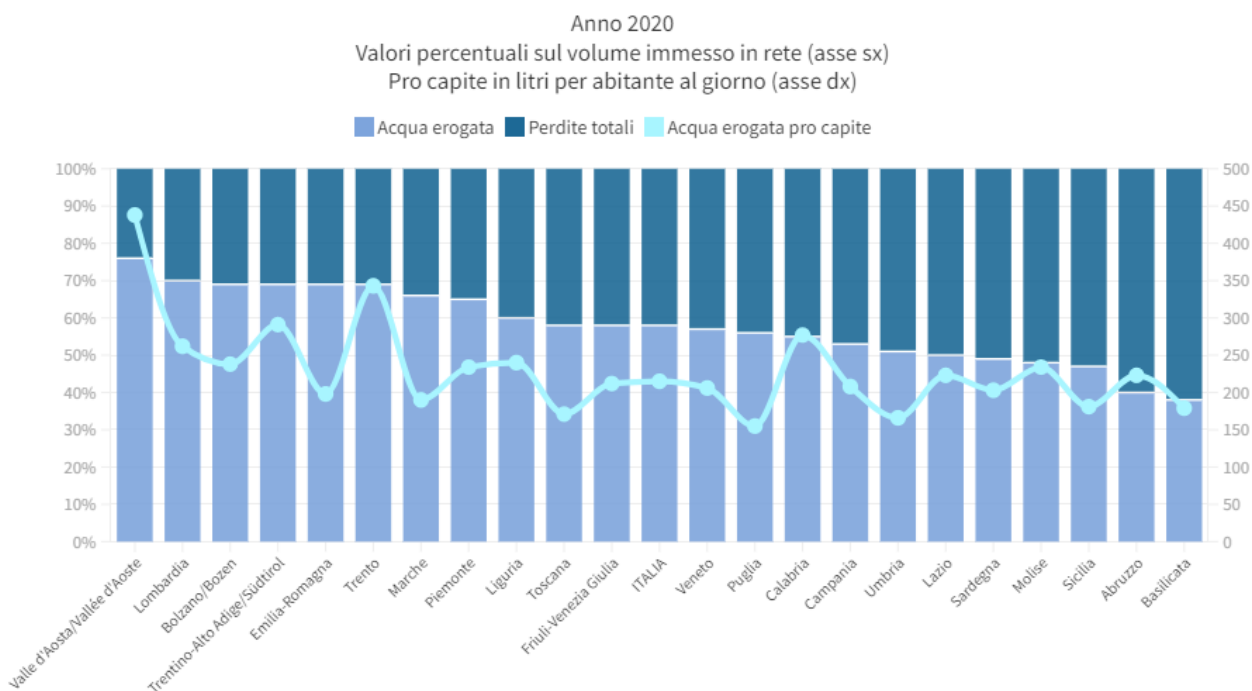
A tremare, in attesa di stabilire il nuovo valore di un litro d'acqua e di ridefinire i diritti di uso, sono contadini e allevatori.

Primi fra tutti, ai piedi delle montagne, i produttori di fragole, riso, soia e mais. "Se lassù non c'è più neve da sciogliere - dice Matteo Scandola, coltivatore di piccoli frutti a Zevio, nel Veronese - i nostri pozzi non si

riempiono. Le fragole esigono acqua filtrata, prelevata dal primo strato non potabile a 8-10 metri di profondità. I pozzi sono alimentati dalle falde, che in primavera si alzano grazie all'irrigazione per scorrimento derivata dai fiumi.

Se siccità, surriscaldamento ed eccesso di domanda la fanno mancare, le nostre aziende possono chiudere". Il razionamento è già una realtà: decine le colture destinate a cambiare, le semine modificate, i sistemi di coltivazione rivoluzionati.

Acqua erogata e perdite idriche totali nelle reti di distribuzione per Regione



Fonte: [Istat](#) • Censimento delle acque per uso civile

Il dilemma per le risaie

"Tra un mese - dice Luca Melotti, risicoltore e presidente di Coldiretti a Isola della Scala - seminare si deve. Possiamo però rinviare a fine maggio l'inondazione delle risaie, rinunciando poi il più possibile agli svuotamenti. Nel 2022 la produzione, causa siccità, è scesa del 20%.

Quest'anno la carenza di acqua costringerà a tagliare altri 8 mila ettari di risaie: l'Italia è il primo produttore europeo, ma si fermerà a 211 mila ettari coltivati, la superficie più bassa da trent'anni. I contadini possono risparmiare ogni goccia, ma senza un piano-invasi e una capillare raccolta dell'acqua piovana, oggi ferma all'11%, il destino del riso nazionale è segnato".

Tra Alpi e pianure parlare di esuli climatici nel Sud Europa non è più un tabù. In montagna oggi si vive di turismo e agricoltura. Nella fascia pedemontana 20 milioni di persone dipendono da campagne e industrie fondate su una storica e certa abbondanza di risorse idriche.

L'agonia del ciclo dell'acqua, in assenza di grandi opere per conservare precipitazioni non più stagionali, minaccia uno dei territori più popolati e ricchi del continente: presto, a migrare, potrebbero essere non solo i giovani colletti bianchi cresciuti in città.

Per capire la dimensione reale della sfida contemporanea dell'acqua nel Nord Italia bisogna spingersi fino a Bressanvido, nel Vicentino.

Qui, oltre mille anni fa, i monaci benedettini hanno affinato il sistema idraulico delle risorgive. L'acqua delle Alpi scende fino alla pianura scorrendo sulle rocce, infiltrandosi su detritici terreni glaciali, o incanalandosi nei fiumi. Bloccata nel sottosuolo da un muro roccioso esteso dalla Francia alla Slovenia, grazie a strati di ghiaia riemerge in superficie a 15 chilometri del piede dei monti.

Il paesaggio stravolto

Le risorgive, alimentate dalle falde, diventano a loro volta sorgenti di altri fiumi, dal Bacchiglione al Sile. Sono le vene di questo organismo ad essere oggi dissanguate da cambiamenti climatici, cementificazione, impermeabilizzazione del suolo, abbassamento degli alvei fluviali, eccesso e abuso di prelievi.

"Da una risorgiva - dice Giustino Mezzalira, forestale e direttore ricerca di Veneto Agricoltura - sgorgavano fino a 300 litri d'acqua al secondo. Oggi siamo a 4-5 litri, ma in molti casi si scende a zero. Le sonde spesso non arrivano più al livello dell'acqua nelle falde.

Il lago sotterraneo sopra il quale si è sviluppata l'urbanizzata Pedemontania, il Guangdong italiano, è vuoto e il troppo pieno non affiora più. Micro-invasi diffusi, qualche diga dove resta spazio, recupero dell'acqua piovana, nuovi acquedotti, rilevatori di umidità del terreno e irrigazioni di precisione possono mitigare gli effetti di un cataclisma mai seriamente affrontato. Il problema cruciale per la vita però resta ed è ricaricare le falde per avere acqua".

La desalinizzazione del mare, evocata da Zaia, costa una voragine di energia e di soldi: può servire qualche località balneare, come finge di sperare Jesolo, ma non disseta la pianura Padana. Intubare tutta l'acqua che resta, riservandola a industrie e irrigazione a goccia, contribuisce a resistere nell'emergenza, ma pure ad aggravare la crisi. "Il 50% della pioggia deriva dall'evaporazione - dice Mezzalira - e questa nasce dalla dispersione.

Lo scenario saudita

Se il grosso dei terreni sono aridi lo scenario è in effetti quello israeliano, o saudita: poche oasi in un deserto. Per questo su Alpi e pianura del Nord va immaginato subito un nuovo sistema idraulico misto, privilegiando vaste fasce di ricarica naturale.

Si chiamano aree forestali di infiltrazione: ogni ettaro incolto può ospitare 1,2 chilometri di micro-canali che disperdono la pioggia stagionale, restituendo 400 mila metri cubi d'acqua tra aprile ottobre, quando più serve. In anni umidi si può salire fino a 1,2 milioni all'anno: l'equivalente di un ghiacciaio alto 100 metri sopra ogni ettaro".

Una simile "strategia della genesi", guidata da alberi, siepi e prati stabili, presenta un limite: tra il lago di Resia vuoto e il delta del Polesine sommerso dal mare, costa poco perché non impone progetti decennali e gigantesche opere pubbliche governate dai partiti. In Italia, come noto, ogni catastrofe è benedetta solo se partorisce appalti: l'euforia da opportunità di spesa supera già il Monte Bianco, tetto dell'Europa azionista di maggioranza del Pnrr.

Sequestrare l'acqua quando manca acqua può far sopravvivere l'umanità oggi, ma non aiuta a vivere il pianeta da domani. Dal ghiacciaio sopra il rifugio Mandron, tra i più profondi delle Alpi a quota 2449 metri nel Gruppo dell'Adamello, nei giorni più tersi si vede la laguna di Venezia e si può seguire il lungo viaggio di un fiocco di neve, fuso in goccia, tra la montagna, le pianure e il mare. "Il lago Scuro - dice il gestore Davide Galazzini - si è abbassato di 15 metri, solo un generatore a gasolio mi permette di pompare acqua per bere. Non sono più fossil free: il millenario viaggio dell'acqua alpina, come la civiltà che abbiamo conosciuto, sta per finire".

Ventotene fa pace con il dissalatore: "Ora uno più grande" di Elena Dusi

Sarà il carattere degli isolani, sempre così guardingo.

Ma quando al porto di Ventotene si presentarono le prime navi con il materiale per costruire il dissalatore, trovarono una barriera di barche a bloccarle. Era il 2015 e gli abitanti dell'isola non volevano saperne.

"Da allora abbiamo affrontato ricorsi e difficoltà a non finire, poi il dissalatore è entrato in azione alla fine del 2019" ricordano l'amministratore delegato di Acqualatina Marco Lombardi e il direttore tecnico Ennio Cima.



In questi anni i dissapori fra isola e impianto si sono in buona parte appianati. Dapprima c'era il mix fra acqua dissalata e tubature vecchie, che produceva detriti e faceva uscire dai rubinetti un liquido rossastro imbevibile.

Oggi, spiega Carmine Caputo, sindaco da meno di un anno e con una visione più benevola del suo agguerrito predecessore, "il dissalatore va bene, ma non basta a coprire le esigenze dell'isola. D'inverno ci sono circa trecento abitanti, d'estate arriviamo a 4-5mila. Abbiamo bisogno di un impianto più grande".

Quello attuale produce 1.500 metri cubi al giorno (250 litri ad abitante), 14 litri al secondo. "Va a gasolio perché i fondi per le rinnovabili del progetto Isole Verdi stanno arrivando solo ora" sembra scusarsi il sindaco. Il dissalatore è costato 4 milioni e occupa 150 metri quadri accanto al porto.

Alla sua dicitura si accompagna in effetti l'aggettivo "temporaneo". Caputo, per far posto al dissalatore definitivo, previsto per un futuro indeterminato, ha anche sacrificato parte del campo sportivo.

"A Ventotene vivono 12 ragazzi in tutto, a che serviva un campo da calcio regolamentare? Al suo posto ne prevediamo due da calcetto e due da padel, con uno spazio anche per il dissalatore nuovo".



Il percorso non è stato più liscio nella vicina Ponza. "I progetti sono iniziati contemporaneamente a Ventotene, ma i lavori stanno partendo solo ora. Anche lì non sono mancati ricorsi e difficoltà" racconta Lombardi. Le resistenze hanno contagiato l'isola d'Elba, dove una delegazione di deputati e cittadini

un mese fa ha elencato i danni del dissalatore in via di realizzazione al Ministro dell'Ambiente Gilberto Pichetto Fratin. Alle Eolie alcuni amministratori sono finiti sotto inchiesta per aver continuato ad approvvigionarsi con le navi cisterna nonostante l'esistenza degli impianti.

Si fa presto a dire dissalatori, insomma. Alla vigilia di una seconda estate siccitosa addolcire il mare è la soluzione invocata da molti amministratori locali e politici della maggioranza, incluso Pichetto Fratin. Acquedotto Pugliese ha già approvato una gara da 100 milioni (in parte forniti dal Pnrr) per realizzare il più grande impianto d'Italia e il primo pubblico sulla terraferma. Oltre a diverse isole, oggi i dissalatori esistono in una manciata di grandi complessi industriali: petrolchimico o acciaierie.

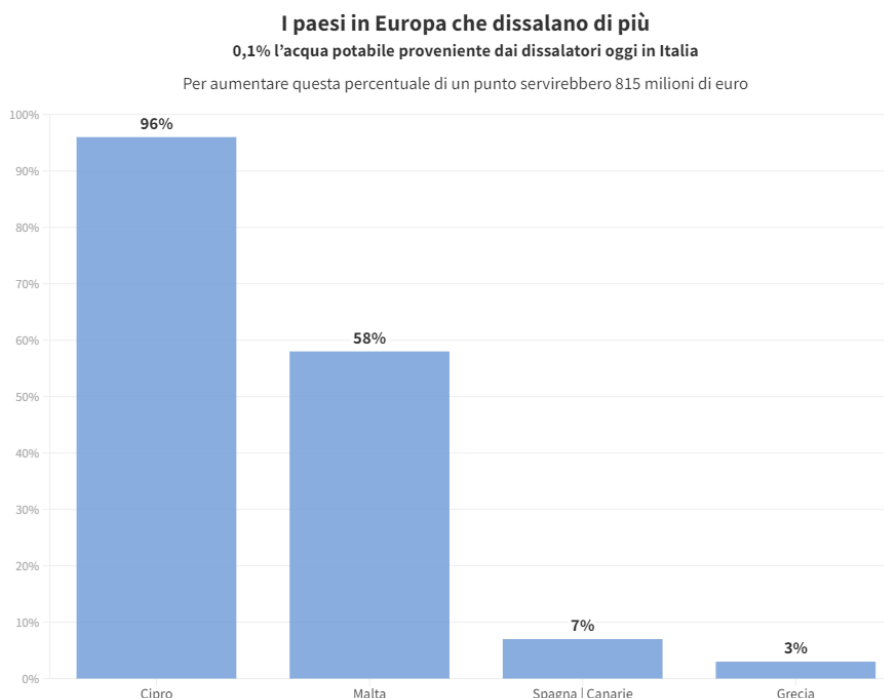
Ventotene, il progetto del dissalatore

Nel caso di Ventotene l'acqua del mare viene prelevata all'imboccatura del porto (scelta non scevra da critiche), sottoposta a un primo trattamento di depurazione e poi inviata nel dissalatore. Il processo che ormai va per la maggiore perché più economico è l'osmosi inversa: l'acqua sottoposta a pressione attraversa una serie di membrane che trattengono i sali. Ne esce come acqua distillata: H2O pura e semplice. "Se parto da un litro di acqua di mare, il 45% diventa acqua dissalata, il resto viene restituito al mare", spiega Cima.

Ottenere acqua dissalata da un lato e di scarto dall'altro non segna la fine dei problemi. Anzi. La prima non ha sali e deve essere remineralizzata per essere bevuta. La seconda ne ha troppi, diventa "salamoia" e potrebbe disturbare la vita del mare quando viene sversata. "Ci muoviamo fra norme in continua evoluzione" dice Cima. "La dissalazione per l'Italia è un tema talmente nuovo che non esistono riferimenti precise".

La legge 60 del 2022 (Salvamare) richiede al momento che ogni progetto riceva una valutazione di impatto ambientale da parte dello Stato. Difficilmente, se si vuole usare questa tecnologia su larga scala, si potrà far sopravvivere un obbligo così impegnativo.

"A Ventotene siamo inoltre in un'area marina protetta" prosegue Cima. "Abbiamo condotto diversi anni prove con il Dipartimento di biologia marina dell'università Sapienza e oggi con loro stiliamo un rapporto ogni sei mesi sulla salute delle praterie di posidonia dove sversiamo la salamoia, al di là del molo frangiflutti del porto". L'università di Napoli, che si occupa del monitoraggio delle Eolie, ha notato in passato una rarefazione della flora sottomarina in quelle isole.



E poi c'è la questione dell'acqua da bere. Se è troppo dolce, cioè povera di sali, corrode le tubature, che a Ventotene erano di rame, vecchie di decenni. Per mesi, dopo l'inaugurazione dell'impianto a novembre del 2019, dai rubinetti degli isolani sono usciti detriti rossastri. "Questo non ha aiutato il rapporto con la popolazione" ammette Cima. "Abbiamo allora aumentato la durezza dell'acqua da 4 a 15, facendola passare attraverso dei silos pieni di roccia dolomia, ricca di minerali".

Nel frattempo si stanno sostituendo tutte le vecchie tubature. "Oggi l'acqua che esce dal rubinetto è forse un po' insipida, ma è pulita e la bevo senza problemi" racconta il sindaco, eletto in una lista civica, che si definisce "democratico cristiano, se ancora si può dire", mentre il suo predecessore, acerrimo nemico del dissalatore, "apparteneva più alla sinistra".

Le bettoline, cioè le navi cisterna, oggi in effetti non fanno più la spola con Gaeta o Napoli (in estate anche 3-4 volte a settimana), gli abitanti non restano all'asciutto quando il mare è grosso e il costo di un metro cubo d'acqua è crollato da 12,89 euro a 3,7, che per tutta Ventotene vuol dire passare da 1,6 milioni all'anno a 460mila euro. In Italia però un litro d'acqua costa in media un euro e mezzo: due volte e mezzo meno di quella presa dal mare. Per passare dall'attuale 0,1% di acqua dissalata in Italia all'1%, calcola Utilitalia, la federazione che riunisce le aziende di fornitura dell'acqua, "servono investimenti per 800 milioni di euro". I conti dei dissalatori tornano se siamo su un'isola. Ma non è detto che facciano lo stesso anche sulla terraferma.

https://www.repubblica.it/cronaca/2023/03/26/news/siccita_effetto_serra_scioglimento_ghiacciai_dissalatore_acqua-393368785/?ref=RHLF-BG-P9-S1-T1

quotidianosanita.it

Come finanziare la sanità in questo periodo di crisi? Cesare Fassari, Quotidiano Sanità

La ricetta Ocse: "Spending review, rivedere il 'paniere' pubblico e, a lungo termine, anche nuovo equilibrio tra pubblico e privato"

Con il Covid la spesa sanitaria nell'area Ocse è aumentata in media dell'1% del Pil pre-pandemia. Per garantire sistemi sanitari più resilienti a nuovi shock sanitari e per rispondere ai bisogni crescenti di salute servirebbe un ulteriore e costante incremento massiccio dei finanziamenti pubblici. Tuttavia le incertezze del quadro geo politico rendono questa via molto difficile soprattutto per quei paesi con forte inflazione e forte indebitamento. Ma qualcosa si può e deve fare.

19 FEB - A seguito della pandemia Covid la spesa sanitaria nei paesi dell'area Ocse la spesa sanitaria è aumentata in media di quasi l'1% del Pil pre pandemia.

Il dato è contenuto in un draft dell'Ocse che si interroga su come poter garantire il mantenimento di livelli adeguati di risorse per la sanità in vista di possibili nuove emergenze sanitarie ma anche per far fronte alle liste d'attesa accumulate per prestazioni sanitarie non Covid, a fronte dell'attuale situazione di incertezza economica caratterizzata da una forte inflazione e dalle incertezze conseguenti al perdurare della guerra in Ucraina.

L'Ocse sottolinea come la crisi sanitaria provocata dal Covid abbia evidenziato la necessità di ulteriori investimenti per rafforzare il sistema sanitario per far fronte a possibili nuovi shock con investimenti pari almeno all'1,4% del PIL pre-pandemia. Tuttavia, secondo l'Ocse, le prospettive economiche limitano le opzioni per aumentare la spesa complessiva per la salute, oggi in media pari a un'incidenza del 15% sul totale della spesa pubblica, e che, secondo l'Ocse, dovrebbe aumentare almeno del 5% entro il 2040 per soddisfare i nuovi bisogni di salute.

I sistemi sanitari stanno registrando un aumento significativo dei costi per la fornitura di servizi

L'aumento dei costi per gas, carburante ed elettricità è tra le prime cause di incremento dei costi considerando che il settore della salute è comunque caratterizzato da un alto consumo energetico.

Ad incidere sono poi l'incremento dei salari e del costo del lavoro registrato in molti paesi con effetti a catena su un'ampia gamma di beni e servizi.

L'aumento dell'inflazione e il rallentamento economico influiranno sulle risorse per finanziare la sanità

Inizialmente, tuttavia, rileva l'Ocse, gli aumenti dei prezzi e dei salari porteranno a una crescita del gettito fiscale totale e correlato al reddito, aumentando così potenzialmente le risorse per la spesa sanitaria pubblica (almeno in termini nominali). Ad esempio, in tutta l'Ocse, la crescita dei salari nominali in tutti i settori è stata intorno al 6-7% nel 2021 e dovrebbe raggiungere un livello simile nel 2022-23.

D'altra parte, però, rimarca l'Ocse, un rallentamento economico prolungato può essere associato a un aumento della disoccupazione e di riduzione dei profitti, con riduzione del gettito fiscale e dei contributi previdenziali. Insieme all'inflazione elevata tutto ciò riduce il reddito familiare disponibile (e quindi la capacità di famiglie per l'acquisto di servizi sanitari). Di contro, ancora, va comunque evidenziato che il tasso di disoccupazione attesi si attesta al 5% nel 2022 e nel 2023, il più basso registrato nell'ultimo decennio, confermano tra l'altro la persistente carenza di lavoratori qualificati in molti paesi.

Mantenere la priorità della salute nei bilanci pubblici sarà una sfida

La guerra della Russia contro l'Ucraina, la crisi energetica e le pressioni inflazionistiche, sottolinea l'Ocse, hanno fatto scendere la sanità nella scala delle priorità nel dibattito pubblico.

La salute è infatti in competizione con una varietà di nuove priorità di spesa, anche più elevate, come quelle per la difesa, per l'aumento dei costi diretti dell'energia, per gli investimenti nella transizione ambientale e, soprattutto, per il sostegno a famiglie e imprese per proteggerle (parzialmente) dall'aumento dei costi.

Quali opzioni rimangono aperte ai governi per finanziare la futura spesa sanitaria?

Con l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei redditi, il progresso tecnologico e altri fattori, la spesa sanitaria è destinata a crescere. Anche senza considerare la necessità di investire ulteriormente nella resilienza dei sistemi sanitari per far fronte alle crisi future, l'Ocse prevede che una parte crescente delle entrate dovrebbe comunque essere destinata a finanziare la sanità. Tuttavia, con una spesa sanitaria che già oggi rappresenta in media il 15% della spesa pubblica, la questione di come finanziare tali aumenti diventerà sempre più pressante.

Finora, riassume l'Ocse, nel dibattito pubblico sono state avanzate varie ipotesi di soluzioni, non sempre alternative tra loro:

- aumentare la spesa sanitaria senza incidere su altri comparti di spesa, facendo quindi aumentare l'onere complessiva della spesa pubblica;
- mantenere costante la spesa pubblica complessiva ma aumentare solo la dotazione per la sanità;
- rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata;
- avviare politiche di spending review tagliando le spese inutili.

Un aumento generale della spesa pubblica è un'opzione difficile per molti Paesi

L'ipotesi di un aumento della spesa sanitaria senza intaccare gli altri settori di spesa pubblica con un incremento delle imposte o del debito è considerata dall'Ocse una strada non percorribile per molti Paesi con un debito e una spesa pubblica già elevati.

Più investimenti in sanità ma tagliare spese inutili e inefficienze

Secondo l'Ocse questa è una delle vie da intraprendere in tempi di turbolenze politiche ed economiche, coinvolgendo l'opinione pubblica e i decisori politici in una strategia che colleghi i progetti di investimento su quelle aree essenziali per garantire una maggiore resilienza dei sistemi sanitari a politiche efficaci per tagliare la spesa sanitaria inutile o inappropriata.

Rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata ma a lungo termine, oggi troppi rischi di disuguaglianze

In caso di mancata disponibilità di ulteriori risorse pubbliche per far fronte alle future esigenze di spesa sanitaria, l'Ocse indica anche la via alternativa di far fronte a parte dei servizi con la spesa privata.

In quasi tutti i paesi, sottolinea l'Ocse, la quota spesa sanitaria pubblica è aumentata con l'inizio della pandemia. Molti paesi hanno esteso i servizi finanziati con fondi pubblici, ad esempio fornendo l'accesso universale ai pazienti con sintomi COVID-19, fornendo mascherine o test gratuiti. Tuttavia, rimarca l'Ocse, la questione su "cosa finanziare" con le risorse pubbliche non si limita al contesto della pandemia.

Per l'Ocse si tratta infatti di "una questione più ampia" che dovrebbe considerare la stessa ridefinizione del "paniere" di prestazioni e servizi "rimuovendo quelli non più appropriati o che non aggiungo valore".

L'Ocse segnala poi che ormai in molti paesi è aperto il dibattito per introdurre o aumentare il ricorso alla compartecipazione alla spesa per attività sanitarie specifiche e che sono sempre più frequenti i casi in cui i pazienti scelgono di autofinanziarsi le cure piuttosto che rimanere nelle lunghe liste di attesa causate dal COVID-19. Tuttavia, rileva l'Ocse, qualsiasi taglio sul paniere di prestazioni e servizi sarebbe politicamente impegnativo nel clima attuale anche perché potenzialmente si andrebbero a colpire più duramente quei gruppi di popolazione già alle prese con bollette energetiche elevate e più colpiti dall'aumento del costo della vita.

Anche eventuali ticket diretti aggiuntivi possono rappresentare un onere finanziario eccessivo portando a un ulteriore impoverimento o a un aumento del bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria, che potrebbe aggravare ulteriormente disuguaglianze. Ma, detto questo, alla lunga, afferma l'Ocse, "un dibattito sulla rivalutazione dei confini tra pubblico e privato in sanità sarà inevitabile avviarlo in molti paesi" perché in presenza di budget limitati non tutti gli interventi potranno continuare a essere finanziati dalla spesa pubblica e una "discussione strategica" su quali debbano essere le cose comunque da garantire rispetto a quelle non indispensabili sarà prima o poi inevitabile.

Identificare e tagliare le spese inutili dovrebbe tornare ad essere una priorità

Piuttosto che aumentare gli investimenti, le tendenze attuali sembrano spingere nella direzione di “fare più o meno lo stesso con meno” ma, secondo l’Ocse, ciò non rappresenterebbe altro che la constatazione del fatto che i responsabili politici non hanno più le leve giuste per influenzare la spesa sanitaria con politiche di efficienza e selezione appropriate. E invece, osserva l’Ocse, “dovrebbe esserci ancora spazio per tagliare la spesa che “non produce risultati migliori o che è troppo dispendiosa”.

La possibilità di farlo è già stata evidenziata in [un report Ocse del 2017](#), evidenziando i vantaggi per tutto il sistema sanitario e per tutti gli attori: pazienti, medici, manager e autorità di regolamentazione che hanno un ruolo importante da svolgere.

La riduzione degli sprechi dovrebbe essere una priorità: come affrontare gli errori medici che sono in gran parte prevenibili, l'uso inappropriato di antimicrobici e il non rispetto delle linee guida nella pratica medica, sono solo degli esempi. L’Ocse richiama poi approcci collaudati per aumentare la produttività che includono politiche sul personale sanitario, il settore farmaceutico e le nuove tecnologie.

Ad esempio, attuando leggi e regolamenti che estendano l'ambito delle competenze per i “non medici” e che possono produrre risparmi sui costi senza effetti negativi sulla qualità dell'assistenza. Oppure intervenendo sul prezzo dei prodotti farmaceutici e sulle normative per l'ingresso nel mercato e sulla prescrizione che, dove attuate, hanno contribuito ad aumentare la penetrazione dei farmaci generici nel mercato risparmiando sui costi.

E ancora, implementando le valutazioni delle tecnologie sanitarie (HTA) che hanno il potenziale per garantire che non siano introdotte tecnologie inefficaci e che siano eliminate quelle presenti ma ormai obsolete e non più efficaci. E poi lo sviluppo della digitalizzazione che può supportare nuovi metodi di erogazione delle cure, in particolare sotto forma di telemedicina (che tra l’altro, osserva l’Ocse, si è espansa rapidamente in molti paesi a causa della pandemia), accanto all’introduzione di strumenti robotici per migliorare alcune procedure; nonché ovviamente l’implementazione della qualità e della gestione dei dati sanitari.

Inoltre, è essenziale attuare i cambiamenti organizzativi necessari nella gestione delle risorse di terapia intensiva e dei protocolli sviluppati durante la pandemia che stanno portando a un uso più efficiente delle risorse ospedaliere. Senza dimenticare la promozione di stili di vita più sani che richiede un'azione sia all'interno che all'esterno del settore sanitario. E infine l’Ocse rimarca che prove emergenti dalla gestione della pandemia di COVID-19 suggeriscono anche che, col senno di poi, le risorse avrebbero potuto essere utilizzate meglio, sebbene l'urgenza della crisi presentasse considerevoli sfide ai governi per garantire sempre e comunque un buon "rapporto qualità-prezzo".

Nell'attuale clima economico, le opzioni politiche rimangono limitate

In conclusione l’Ocse sottolinea comunque che l'attuale situazione economica rappresenta una sfida per i responsabili delle politiche sanitarie.

Le risorse pubbliche sono scarse e il sistema sanitario ha invece bisogno di risorse crescenti.

Le opzioni su come coniugare le due realtà sono limitate poiché mobilitare risorse governative aggiuntive per la salute può diventare sempre più difficile, ma gli investimenti nella salute, su questo l’Ocse non ha dubbi, devono rimanere una priorità elevata, anche tra le altre emergenze.

La via principe è quella del recupero di efficienza e di ottimizzazione della spesa in tutte le aree del sistema sanitario anche perché, data l'attuale crisi del costo della vita, spostare tout court sul privato alcune prestazioni non è auspicabile, anche se rivalutare i confini tra privato e pubblico resta un'opzione da considerare in alcuni paesi nel lungo periodo.

“Una delle lezioni dalla risposta alla pandemia dovrebbe essere quella di ottenere valore per ogni euro investito nella salute e dovrebbe rimanere una priorità assoluta per i ministri della salute. E ciò è ancora più vero nell'attuale clima economico”, conclude l’Ocse.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111179

Rapporto shock dell'OCSE: "Se non si investe in sanità a rischio benessere e tenuta sociali". Cesare Fassari. Quotidiano Sanità

Per salvarsi la spesa dovrebbe aumentare dell'1,4% del Pil rispetto al 2019: che per l'Italia vorrebbe dire 25 miliardi in più all'anno

Queste le conclusioni di un lungo report dell'Ocse dal titolo "[Pronto per la prossima crisi? Investire nella resilienza del sistema sanitario](#)" che delinea uno scenario potenzialmente catastrofico se non si attueranno presto politiche di riforma e investimento nella sanità in tutti i Paesi Ocse. E per farlo bisogna partire dalle lezioni apprese durante la pandemia e investire soprattutto in tre settori chiave: personale sanitario, prevenzione primaria e secondaria, vaccinazioni comprese, e dotazioni strutturali e tecnologiche e sistemi di raccolta dati e monitoraggio

"La pandemia di COVID-19 è una tragedia": è lapidario l'incipit dell'ultimo dossier dell'Ocse dal titolo "Pronto per la prossima crisi? Investire nella resilienza del sistema sanitario", che cerca di trarre alcune lezioni utili da quanto accaduto e da quanto sta ancora accadendo nel Mondo travolto da una crisi sanitaria senza precedenti per evitare di trovarci nuovamente impreparati di fronte a una possibile prossima crisi.

In pandemia ancora in corso, seppur con effetti molto meno evidenti e drammatici, l'Ocse traccia un primo bilancio a partire dalle vite perdute: i dati "ufficiali" parlano di almeno 6,8 milioni di morti a far data gennaio 2023 ma l'analisi dell'eccesso di mortalità suggerisce che ben 18 milioni di persone potrebbero essere morte in tutto il mondo a causa della pandemia entro la fine del 2021.

Anche l'aspettativa di vita è diminuita in molti paesi OCSE in 2020 e 2021 e si è verificato un diffuso sconvolgimento della società e dell'istruzione con il PIL diminuito del 4,7% nel 2020 nei Paesi OCSE.

In questo quadro, avverte l'Ocse, all'orizzonte si affacciano nuove crisi, a prescindere dal rischio di un'ulteriore pandemia, che potrebbero mettere a dura prova la comunità globale: resistenza antimicrobica; conflitti armati; cambiamento climatico; crisi finanziaria; minacce biologiche, chimiche, informatiche e nucleari; disastri ambientali e disordini sociali.

A tutto ciò si aggiungono fattori di stress cronici, come l'invecchiamento e il cambiamento demografico che mettono e metteranno sempre più alla prova i sistemi sanitari e aggraveranno l'impatto delle crisi.

Per questo, secondo l'Ocse, "costruire la resilienza dei nostri sistemi sanitari non è mai stato così urgente". Ma la resilienza "implica molto di più che pianificare una crisi", essa, spiega l'Ocse, "aiuta ad assorbire gli shock e accelera il recupero". A partire dai sistemi sanitari, che possono e devono migliorare la loro resilienza traendo lezione da quanto è accaduto con il Covid, ma, avverte l'Ocse, "farlo ora è fondamentale per affrontare le minacce di domani".

E dal Covid possiamo trarre molte lezioni anche su ciò che ha funzionato.

Come le politiche che hanno introdotto nuove misure di contenimento e mitigazione, o la velocità con cui si è riusciti ad aumentare la capacità di risposta per la presa in carico delle criticità assistenziale aumentando mediamente dell'8% i letti di terapia intensiva già nel 2020, riuscendo contestualmente a riprogrammare la chirurgia elettiva.

La disponibilità e la tempestività dei dati sanitari sono migliorate, la flessibilità e la disponibilità ad assumere nuove competenze da parte del personale sanitario hanno poi facilitato nuovi modelli di assistenza e l'incremento di attività cruciali come l'assistenza critica e la vaccinazione. La telemedicina è stata implementata con un incredibile aumento della proporzione di adulti che hanno avuto un consulto medico online o per telefono (all'inizio del 2021, quasi un adulto su due ha consultato il proprio medico a distanza in 22 paesi OCSE).

Tuttavia, sottolinea l'Ocse, le popolazioni e i sistemi sanitari in molti paesi stanno ancora lottando per riprendersi completamente dalla pandemia. Le interruzioni dell'assistenza, le infezioni da COVID-19 e la sfida della sindrome post-COVID-19 o "Long Covid" continuano infatti a gravare sui sistemi sanitari, tant'è che "l'eredità della pandemia potrebbe durare per decenni".

Per l'Ocse sono tre le principali vulnerabilità che hanno indebolito la resilienza del sistema sanitario.

I sistemi sanitari erano impreparati.

La spesa per la prevenzione rappresentava solo il 2,7% della spesa sanitaria totale nei paesi OCSE nel 2019. Oltre all'età, l'obesità e le malattie croniche come il diabete erano fattori di rischio per gravi impatti sulla salute e morte per COVID-19. Più di un terzo (35%) della popolazione di età superiore ai 16 anni nei paesi OCSE aveva malattie croniche di lunga data o problemi di salute prima della pandemia.

La prevalenza era ancora più alta (43%) tra le persone con redditi più bassi. I pazienti con multimorbidità erano anche più vulnerabili alle interruzioni dell'assistenza, che portavano a gravi conseguenze e complicazioni a lungo termine.

La povertà, la disoccupazione e lo svantaggio socio-economico erano fortemente associati a scarsi risultati di salute: basti pensare che nel primo anno della pandemia, il rischio relativo di morte per COVID-19 è raddoppiato per coloro che vivevano nelle aree socialmente più svantaggiate e per le minoranze etniche. I sintomi della depressione sono raddoppiati tra i giovani in diversi paesi OCSE nel 2020-2021, rispetto al 2019.

I sistemi sanitari erano già a corto di personale.

La pandemia ha lasciato gli operatori sanitari sovraccarichi ed esausti, con una crescente preoccupazione di un esodo massiccio anticipato di molti operatori.

Prima della pandemia c'era un'ampia variazione all'interno dell'OCSE nella densità di medici e infermieri, che andavano da meno di 5 per 1.000 persone a oltre 20 per 1.000 persone con una media di 12,4 per 1.000 in tutta l'OCSE nel 2019. Nel 2020 sono state effettuate 11 milioni di prestazioni in meno rispetto al 2019, provocando un enorme arretrato assistenziale che richiede una disponibilità ancor maggiore di personale pena il mancato assorbimento dell'arretrato sanitario.

I sistemi sanitari hanno sofferto di investimenti insufficienti.

Una spending review accorta sarà essenziale, avverte l'Ocse, per rafforzare la sanità pubblica e la prevenzione, potenziare il personale, accumulare scorte di emergenza, aumentare la disponibilità di letti di terapia intensiva e utilizzare i dati per migliorare il processo decisionale, la sorveglianza e la ricerca.

Ma non basta. Più risorse serviranno comunque e se è vero che molti paesi hanno in realtà aumentato i loro investimenti in forza lavoro, infrastrutture digitali e attrezzature in risposta alla pandemia, ora questo sforzo dovrà ora essere mantenuto. E per l'Ocse per rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari è necessario un investimento annuo mirato di almeno l'1,4% del PIL nei paesi OCSE, rispetto a quanto si spendeva nel 2019, con un intervallo tra i paesi compreso tra lo 0,6% e il 2,5%, a seconda di quanto un paese sta già spendendo per la salute. E l'investimento principale, circa la metà, dovrebbe riguardare il personale sanitario. Con questo surplus di investimenti la media di incidenza delle spese sanitarie sul Pil dei Paesi Ocse raggiungerebbe il 10,1%, rispetto alla media effettiva di riferimento dell'8,8% nel 2019. Questo aumento equivale al 9% della spesa sanitaria totale dei paesi dell'OCSE, ovvero 627 miliardi di dollari (USD 460 pro capite)

Una cifra che in valori assoluti per l'Italia vorrebbe dire un'iniezione di liquidità nel sistema sanitario pari a circa 25 miliardi l'anno, prendendo a riferimento il Pil 2021.

Nell'attuale contesto di finanze pubbliche ristrette nella maggior parte dei paesi OCSE, per arrivare a tali cifre l'unica via appare quella di una "combinazione di spese mirate e misure per ridurre le spese inutili" come del resto l'Ocse ha già segnalato [in un suo recente draft di cui abbiamo parlato pochi giorni fa](#).

Ma l'investimento va fatto in ogni caso, secondo l'Ocse, anche perché nel medio periodo è molto probabile che il ritorno in termini di vantaggi economici di questi investimenti mirati nel sistema sanitario superi notevolmente i costi.

Ad esempio, sottolinea l'Ocse, efficaci interventi di prevenzione finirebbero per ridurre la necessità di assistenza sanitaria, con conseguenti risparmi sui costi di cura e assistenza, ma comunque la via è segnata: solo con questa forte iniezione finanziaria si potrà evitare che i sistemi sanitari vengano "sopraffatti" dalla crescita di domanda e dalle ricadute delle diverse crisi che ci attendono.

Inoltre, ricorda infine l'Ocse, al di là del settore sanitario, tali investimenti daranno impulso all'economia anche perché un sistema sanitario più forte e più resiliente aiuta a ridurre il rigore delle misure di

contenimento e mitigazione. Rafforza il capitale umano sia ora, attraverso una forza lavoro più sana e più produttiva, sia in futuro, attraverso un'istruzione meno interrotta.

Ma dove andrebbero spesi questi soldi?

Come abbiamo visto circa la metà dovrebbe andare per reclutare nuovo personale sanitario, mentre la restante parte dovrebbe essere impiegata per incrementare le azioni e le iniziative di prevenzione primaria e secondaria, vaccinazioni comprese, e poi per migliorare le dotazioni strutturali e tecnologiche e il sistemi di raccolta dati e monitoraggio dei sistemi sanitari.

Ma l'Ocse non si è fermato qui, nel suo rapporto si spinge avanti e propone “sei raccomandazioni politiche” per migliorare la resilienza del sistema sanitario.

Queste raccomandazioni mirano a ridurre l'impatto di futuri shock sulle società e sulle economie e non solo sui sistemi sanitari: “le riforme da attuare conclude l'Ocse, devono essere coerenti e lungimiranti. Non dovrebbero solo affrontare le questioni attuali, ma anche anticipare le sfide future garantendo la presenza di risorse fisiche, dati, governance e nuovi accordi finanziari”.

1. Promuovere la salute della popolazione: le popolazioni vulnerabili rendono vulnerabili i sistemi sanitari

Massimizzare la salute delle persone prima di una crisi minimizza i danni alla popolazione, riducendo il rischio di morte e problemi di salute a lungo termine. Può anche ridurre la domanda di servizi sanitari per acuti durante uno shock, a vantaggio di tutti. Promuovere stili di vita più sani e affrontare i determinanti più ampi della cattiva salute, tra cui la povertà e la disoccupazione, sono fondamentali per mitigare l'impatto dei futuri shock sui sistemi sanitari.

Un forte sistema di cure primarie che offra una copertura sanitaria universale aiuta a migliorare la salute prima di una crisi. Includere considerazioni sulla salute mentale nella preparazione alle crisi e nella pianificazione della risposta dovrebbe essere una routine.

Migliorare la salute della popolazione è conveniente e questi investimenti miglioreranno sia il benessere della società che la resilienza.

2. Promuovere la permanenza e il reclutamento della forza lavoro: il personale è la chiave per rendere resilienti i sistemi

La carenza di forza lavoro rappresenta una delle maggiori minacce per i sistemi sanitari resilienti. Nel contesto della pandemia, le limitazioni della forza lavoro si sono rivelate un ostacolo ancor più stringente rispetto alla disponibilità di posti letto ospedalieri.

La pandemia ha anche evidenziato l'importanza di valorizzare i lavoratori in prima linea, in particolare infermieri e operatori sanitari, per rivitalizzare i sistemi sanitari.

In Austria, Canada, Italia, Lettonia, Portogallo, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti, la carenza di personale sanitario è stata un problema diffuso che ha interessato una vasta gamma di categorie di operatori sanitari, tra cui medici ospedalieri e medici generici, infermieri negli ospedali e nelle case di cura, e assistenti sanitari. Nonostante il numero elevato di operatori sanitari nei paesi OCSE, potrebbero essere necessari oltre 3 milioni in più di operatori sanitari e di assistenza a lungo termine per migliorare la resilienza. I maggiori investimenti nel mantenimento e nel reclutamento renderanno la ripresa meno onerosa e miglioreranno la flessibilità della forza lavoro per far fronte agli shock futuri.

3. Promuovere la raccolta e l'utilizzo dei dati: senza i dati giusti, i decisori volano alla cieca

Sebbene non si sappia quale forma assumerà la prossima crisi, i dati saranno fondamentali per affrontarla. Un migliore utilizzo dei dati e degli strumenti per convertirli in informazioni fruibili è fondamentale per la sorveglianza delle nuove minacce e per fornire un quadro migliore della salute.

Prima della pandemia, l'infrastruttura digitale era frammentata. Secondo un'indagine effettuata dall'Ocse (l'Italia non è compresa), solo 14 paesi dell'OCSE sono stati in grado di collegare i dati tra più contesti all'interno dell'assistenza sanitaria. Le informazioni chiave per la gestione del sistema sanitario non erano disponibili in tempo reale e solo due paesi hanno segnalato la disponibilità di dati settimanali sulla mortalità prima della pandemia.

Ora, sottolinea l'OCSE, i dati in rete e la tempestività dei dati sanitari sono notevolmente migliorati in risposta alla pandemia.

Tutti i paesi dell'OCSE hanno infatti riportato una migliore comunicazione dei dati e quasi tutti hanno migliorato la tempestività dei dati per informare le scelte politiche e promuovere un uso più efficiente delle risorse.

Investire nelle infrastrutture digitali migliorerà anche le prestazioni del sistema sanitario tra le crisi. Per le crisi future, i dati dovranno essere raccolti e collegati al di là del sistema sanitario, tenendo conto delle interdipendenze che sorgono durante una crisi.

Ad esempio, pochi uffici statistici nazionali o ministeri dell'istruzione hanno intrapreso raccolte di dati speciali relativi alla pandemia di COVID-19 e ai suoi effetti sull'istruzione (compresa la chiusura delle scuole)

.4. Promuovere la cooperazione internazionale: a una crisi si risponde meglio insieme che da soli

La mobilità globale e la connessione hanno vantaggi significativi ma possono amplificare gli shock. Il processo decisionale internazionale è stato messo in discussione all'inizio della pandemia e la velocità della risposta è stata compromessa.

Un sistema di sorveglianza internazionale più forte con la raccolta continua di informazioni, la valutazione dei rischi e un rapido coordinamento delle risposte avrebbe facilitato una risposta più rapida.

Il successo e la velocità senza precedenti dello sviluppo del vaccino COVID-19 hanno salvato milioni di vite. Sono stati forniti massicci finanziamenti del settore pubblico per la ricerca, lo sviluppo e la capacità produttiva, ma la distribuzione dei vaccini è stata iniqua.

Il fallimento nel completare lo sviluppo di vaccini contro i precedenti focolai di coronavirus (sindrome respiratoria acuta grave nel 2003 e sindrome respiratoria mediorientale nel 2015) è stata un'occasione persa. Dare priorità all'innovazione attraverso il sostegno pubblico alla ricerca e allo sviluppo ed esplorare nuovi incentivi aiuterebbe a preparare la comunità globale a una serie di minacce, come la resistenza antimicrobica, i cambiamenti climatici e le pandemie.

Sono necessari approcci coordinati a livello internazionale per il trasferimento tecnologico e la gestione della proprietà intellettuale per le tecnologie sanitarie essenziali attualmente sotto prodotte.

Quadri di governance credibili, meccanismi di impegno esecutivi e finanziamenti stabili a lungo termine faciliterebbero l'equa distribuzione e l'uso di prodotti essenziali, come dispositivi di protezione individuale e vaccini e beni pubblici globali come la sorveglianza.

Si stanno sviluppando strumenti globali per le pandemie: gli obiettivi delle iniziative dell'Organizzazione mondiale della sanità e del Fondo pandemico per promuovere questa cooperazione dovrebbero essere sostenuti.

Tuttavia, le iniziative dovranno andare oltre le pandemie per affrontare una gamma più ampia di rischi. Senza progresso, le sfide globali si tradurranno in maggiori sconvolgimenti e disuguaglianze.

5. Promuovere la resilienza della catena di approvvigionamento: ottenere prodotti e servizi quando e dove sono necessari

La fornitura di prodotti medici ha ostacolato la risposta iniziale alla pandemia. Quasi tutti i paesi OCSE hanno segnalato difficoltà nell'ottenere dispositivi di protezione individuale (92%), nonché materiali di prova (83%) e ventilatori (68%).

La mancanza di dispositivi di protezione individuale è stata devastante. Il commercio internazionale ha sostenuto un forte aumento della disponibilità di vaccini e dispositivi medici essenziali, ma le barriere al commercio hanno ostacolato la distribuzione. La difficoltà nell'individuare gli approvvigionamenti nei paesi coinvolti nelle filiere ha compromesso la valutazione del rischio. Sono necessarie informazioni più dettagliate su forniture, fornitori e paesi di origine dei prodotti finiti e input chiave per valutare meglio i rischi e prepararsi alle crisi.

Avere un numero limitato di fornitori per i prodotti essenziali è una vulnerabilità fondamentale. Sebbene i paesi stiano diversificando le loro catene di approvvigionamento per tali prodotti, i rischi permangono. La cooperazione internazionale per lo stoccaggio e la distribuzione dei prodotti più carenti promuoverebbe risposte più eque ed efficaci. Per quelle tecnologie che sono utili in caso di crisi, la garanzia dell'esistenza di una capacità produttiva sufficiente dovrebbe essere combinata con l'impegno dei fornitori per garantire l'accesso dove la necessità è maggiore.

Investire in catene di approvvigionamento più resilienti non solo migliorerà i risultati durante le crisi, ma incoraggerà anche la prevedibilità e l'affidabilità tra i periodi di interruzione.

6. Promuovere la governance e la fiducia: senza fiducia, le risposte dell'intera società sono meno efficaci

Le strutture di governance devono riflettere la realtà che l'intera società è coinvolta nell'affrontare grandi shock. Esistono interdipendenze tra il settore sanitario e il resto della società.

Un esempio nel contesto della pandemia è stato il settore dell'assistenza a lungo termine, che è stato duramente colpito.

Ad aprile 2022, un terzo (34%) di tutti i decessi cumulativi di COVID-19 in 25 paesi OCSE riguardava residenti in strutture di assistenza a lungo termine. Circa il 20% delle persone anziane che hanno ricevuto assistenza personale da professionisti o parenti (che vivono al di fuori) hanno regolarmente segnalato la rinuncia o il rinvio delle cure nel 2021 in 23 paesi OCSE. Una maggiore integrazione dell'assistenza a lungo termine con la salute e l'inclusione esplicita nella pianificazione della crisi migliorerebbero i risultati per il prossimo shock.

La fiducia nelle istituzioni è necessaria per le risposte dell'intera società. La cattiva informazione e la disinformazione hanno il potenziale per minare le risposte della società.

È fondamentale contrastare attivamente questo problema e anche promuovere un processo decisionale legittimo e trasparente: 19 paesi OCSE su 23 hanno riferito di essersi impegnati con i media per combattere la cattiva informazione e la disinformazione alla fine del 2021.

Coinvolgere tempestivamente le parti interessate e comunicare le prove delle decisioni è importante per legittimità. Ciò è particolarmente vero quando le risposte alle crisi implicano misure restrittive della libertà e l'alterazione degli standard abituali di assistenza sanitaria. In queste circostanze, è necessaria una leadership ai massimi livelli per prendere decisioni rapide di fronte all'incertezza. Con uno scenario ancora oscuro per il 2023 e le molteplici crisi in corso come la guerra della Russia contro l'Ucraina, le pressioni inflazionistiche e l'insicurezza energetica, i governi devono affrontare scelte politiche difficili. Tuttavia, investimenti intelligenti e mirati nella resilienza del sistema sanitario andranno a vantaggio delle società, garantendo che gli elementi costitutivi siano presenti e pronti per la prossima crisi.

Senza tali investimenti, i costi saranno maggiori e l'impatto sulle persone maggiore.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111400

quotidianosanita.it

Se la ricetta Ocse è forse più utile degli anatemi quotidiani. Claudio Maria Maffei.

Quotidiano Sanità

Si tratta, per rimanere nella espressione del titolo, di una ricetta difficile da preparare, ma che ci riporta al duro e artigianale lavoro della cucina e quindi, per venire alla crisi diffusa dei sistemi sanitari compreso il nostro, allo studio e alla analisi dei tanti determinanti che influenzano questa crisi e alla conseguente formulazione di proposte correttive o "contenitive".

Ieri ho trovato con molto piacere pubblicata su Qs col commento di Cesare Fassari (che saluto e ringrazio ancora una volta) quella che è stata chiamata nel titolo [la ricetta OCSE per finanziare la sanità in questo periodo di crisi](#). Si tratta, per rimanere nella espressione del titolo, di una ricetta difficile da preparare, ma che ci riporta al duro e artigianale lavoro della cucina e quindi, per venire alla crisi diffusa dei sistemi sanitari compreso il nostro, allo studio e alla analisi dei tanti determinanti che influenzano questa crisi e alla conseguente formulazione di proposte correttive o "contenitive". Trascrivo dalla [Treccani online](#) che una ricetta può essere definita come "Indicazione degli ingredienti, delle dosi e delle modalità di confezione, con cui preparare pietanze, dolci, conserve, bibite e bevande varie, o anche prodotti non alimentari".

Questa definizione della Treccani viene molto utile per sottolineare come gli ingredienti della ricetta Ocse debbano essere poi adattati alle realtà dei singoli sistemi sanitari nazionali, e quindi anche del nostro Servizio Sanitario Nazionale, in termini di dosi e di modalità di confezione.

Rimando alla lettura del [documento originale dell'Ocse](#) per un approfondimento, ma intanto prendo la efficace sintesi fatta da Cesare Fassari per ricordare che il principale ingrediente della ricetta OCSE è in questa fase identificare e tagliare le spese inutili, azione, o meglio complesso di azioni, che l'Ocse suggerisce di tornare a considerare una priorità.

Allo scopo l'Ocse rimanda ad [un suo precedente documento del 2017](#) e indica alcune possibili misure per tagliare la spesa che “non produce risultati migliori o che è troppo dispendiosa” quali: la riduzione degli sprechi collegati alla pratica medica; la introduzione di approcci collaudati per aumentare la produttività; la previsione di leggi e regolamenti che estendano l'ambito delle competenze per i “non medici” e che possono produrre risparmi sui costi senza effetti negativi sulla qualità dell'assistenza; la effettuazione di interventi sul prezzo dei prodotti farmaceutici; il maggiore spazio alle valutazioni delle tecnologie sanitarie (HTA) e allo sviluppo della digitalizzazione; la migliore qualità e il migliore utilizzo dei dati sanitari; la introduzione dei cambiamenti e dei protocolli sviluppati durante la pandemia; la promozione di stili di vita più sani.

Ovviamente il documento dell'Ocse è criticabilissimo sia nel merito delle azioni proposte per la riqualificazione della spesa sanitaria pubblica che nel suo impianto generale che prevede a lungo termine anche la rivalutazione dei confini tra spesa pubblica e privata, ma mi convince l'indicazione di lavorare nel dettaglio sulle misure da adottare per gestire la attuale crisi dei sistemi sanitari nazionali compreso il nostro. E' questo del resto il senso del [recente intervento di Filippo Palumbo qui su Qs](#) in cui dopo una ricostruzione della storia e degli effetti del sottofinanziamento della sanità in Italia è stata elencata una serie di aree di intervento cui dare priorità in questa fase.

Palumbo ne identifica 10 e nel merito di ognuna si deve aprire un confronto, così come altre se ne possono aggiungere come, sono una mia “fissa”, la qualificazione della attività centrale di monitoraggio dei LEA e la revisione del rapporto pubblico/privato con misure puntuali come quella della modifica del DM 70/2015 nella parte che lo riguarda.

Ma sono stati anche altri i contributi riportati qui su QS che propongono un approccio di sistema alla gestione della attuale crisi del Ssn (vedi ad esempio [l'ultimo Rapporto GIMBE](#)), una crisi che trova corrispondenza nella crisi di altri sistemi sanitari nazionali come [quello inglese](#), tanto per fare un nobile esempio, o quello [spagnolo](#), più vicino a noi.

Ecco credo che siano contributi come quelli che ho citato ad essere più utili in questa fase o comunque contributi che entrano nel dettaglio dei punti specifici dentro un quadro di riferimento complessivo

Ritengo invece e meno utili gli interventi che qui su QS adottano un approccio “ad anatema” in cui si propone la messa al bando di qualcosa o qualcuno che eserciterebbe un insopportabile peso sul Ssn.

Il principale bersaglio di questi anatemi è sicuramente il privato, definito da [Cavicchi](#) “la grande marchetta”, espressione che è piaciuta molto anche a [Rosario De Falco](#) che la identifica però nei “costi nella Sanità della politica nazionale e dei politici del territorio”.

Questi anatemi hanno una grande efficacia comunicativa, ma non mi sembrano altrettanto utili. Parere mio, ovviamente.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111207

PNRR e sua implementazione



PNRR e riordino del territorio. Il Sole 24 ore

per l'UPB nodi risorse, MMG e ruolo del distretto. E dopo il 2026 serviranno almeno 1,24 mld in più per Adi e ospedali di comunità

Dubbi sulla valutazione delle risorse correnti necessarie a rendere operative le nuove strutture e, una volta che il PNRR sarà "scaduto", l'esigenza di mettere in conto almeno 1,24 miliardi in più per continuare a erogare l'Assistenza domiciliare integrata e remunerare il personale degli ospedali di comunità.

Il tutto a fronte di un "ridimensionamento" del rapporto spesa sanitaria pubblica/Pil a partire dal 2023 e a fronte, ancora, della difficoltà di reperire personale.

Dubbi, in secondo luogo, rispetto al coinvolgimento della Medicina generale che "richiederebbe una chiara regolazione delle forme e dei modi della partecipazione alle varie strutture e una revisione dei percorsi formativi per rafforzarli e adeguarli alla nuova impostazione delle cure primarie sul territorio", mentre l'idea di trasformare il rapporto di lavoro da convenzionato a dipendente appare non più in agenda mentre il Ccnl va al ralenti. Riflettori puntati, infine, sulle "molte soluzioni" lasciate aperte dal Dm 77 per le scelte regionali, rispetto alle quali programmare e attuare un ruolo forte per il distretto anche in vista dell'equità di accesso alle cure avrà una valenza cruciale.

Sono questi i tre rilievi formulati dall'Ufficio parlamentare di bilancio nel Focus sulla prima componente della Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), dal titolo "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e che prevede investimenti per 7 miliardi, incrementati di 500 milioni con un contributo del Fondo complementare.

La sintesi

Dall'esame della riforma della sanità territoriale e del sistema di prevenzione, contenuta nel Dm 77/2022, emergono tre principali criticità:

1. Rimangono alcuni dubbi sulla valutazione delle risorse correnti necessarie a rendere operative le nuove strutture di assistenza sanitaria territoriale. Inoltre, quando le risorse del PNRR saranno esaurite, si dovrà rinvenire nei finanziamenti al Ssn più di un miliardo per dare continuità ai servizi di assistenza domiciliare e quando gli ospedali di comunità saranno disponibili si dovranno reperire 239 milioni per il relativo personale. Peraltro, la programmazione finanziaria per il triennio iniziato nel 2023 implica un ridimensionamento della quota del prodotto allocata alla sanità pubblica, che renderebbe difficile potenziarne i servizi, anche in presenza di una riorganizzazione degli stessi. Plausibilmente emergerà quindi l'esigenza di destinare ulteriori finanziamenti all'assistenza sanitaria territoriale; tra l'altro il Governo si è impegnato con le Regioni a reperire ulteriori risorse ove si rendessero necessarie, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica. Con riguardo al necessario potenziamento delle risorse umane, la difficoltà di reperire il personale e la perdita di attrattività del Ssn stanno diventando un'emergenza, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri e alcune categorie di medici, da affrontare con una adeguata programmazione del personale, l'incremento dell'offerta formativa, l'adozione di misure volte a restituire attrattività al lavoro nel Ssn in termini di riconoscimento sociale ed economico.

2. Il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) nell'attuazione della riforma richiederebbe una chiara regolazione delle forme e dei modi della partecipazione alle varie strutture e una revisione dei percorsi formativi per rafforzarli e adeguarli alla nuova impostazione delle cure primarie sul territorio. L'ipotesi di trasformare i medici di base da liberi professionisti convenzionati in dipendenti del Ssn al momento sembra

essere stata accantonata. L'Atto di indirizzo per la convenzione con i MMG 2019-21 enfatizza il ruolo delle aggregazioni dei medici di base più di quello delle Case della comunità e si limita a presupporre che la riorganizzazione emersa dai precedenti accordi sia già coerente con le previsioni del PNRR e adattabile al nuovo Regolamento contenente gli standard dell'assistenza territoriale (DM 77/2022). Il ritardo nella contrattazione nazionale – la convenzione oggi in discussione è riferita a un periodo ormai scaduto – finisce per essere causa ed effetto delle difficoltà a introdurre, e finanziare, innovazioni più rilevanti, pure necessarie nell'ottica della riforma.

3. Il nuovo Regolamento dell'assistenza sanitaria territoriale rappresenta lo strumento per assicurare standard uniformi su tutto il territorio nazionale, ma le innovazioni istituzionali dovranno essere calate nei singoli modelli regionali. Il Dm 77/2022, nella cui versione finale la parte prescrittiva è stata meglio individuata, ma anche delimitata, lascia aperte molte soluzioni, anche riguardo al ruolo del mercato privato, che potrà trovare spazi di espansione piuttosto ampi a seconda delle scelte attuative delle Regioni. A maggiore ragione, per assicurare priorità alla funzione di programmazione, mantenendo da un lato il controllo sulla spesa e dall'altro lato l'impegno per l'appropriatezza e l'equità nell'erogazione delle prestazioni, appare rilevante il ruolo che assumerà il Distretto, enfatizzato nella parte descrittiva del Regolamento e rafforzato da recenti provvedimenti.

Va infine osservato che alcuni aspetti importanti della riforma, quali ad esempio il meccanismo di integrazione con i servizi sociali gestiti dagli ambiti territoriali sociali (Ats), il cui personale dovrà essere presente nelle Case della comunità, e tra il Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici, istituito con il DI 36/2022, e il Sistema di protezione dell'ambiente sono ancora in fase di definizione. Quest'ultimo aspetto rileva anche in considerazione della recente riforma costituzionale, che introduce la tutela dell'ambiente e prevede limiti all'attività economica privata in relazione allo stesso ambiente e alla salute.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2023-03-13/recovery-plan-e-riordino-cure-territorio-l-upb-vanno-restano-nodi-risorse-MMG-e-ruolo-distretto-e-il-2026-serviranno-almeno-124-mlt-piu-adi-e-ospedali-comunita-161354.php?uuid=AENvRX3C&cmpid=nlqf>

CORTE DEI CONTI - CCC - CCC - 0000294 - Interno - 16/03/2023 - 11:01



Deliberazione n.
9/2023/CCC

REPUBBLICA ITALIANA
CORTE DEI CONTI
COLLEGIO DEL CONTROLLO CONCOMITANTE
PRESSO LA SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO SULLA GESTIONE
DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO
composta dai magistrati

| | |
|-------------------------|----------------------|
| Massimiliano Minerva | Presidente |
| Federico Pepe | Consigliere |
| Maria Nicoletta Quarato | Consigliere |
| Alessandro Forlani | Consigliere Relatore |
| Giuseppina Veccia | Consigliere |
| Raimondo Nocerino | Referendario |
| Gaspere Rappa | Referendario |

Camera di consiglio del 14 marzo 2023

Assegno giù a 375 euro per gli occupabili.

Il progetto di riforma al Ministero del Lavoro e al Tesoro: si limano i dettagli sulle cifre. Prevista la divisione nelle due platee di famiglie che hanno minori, disabili o anziani e non. Scende il tetto Isee per accedere, aumentano i controlli. Dubbi sul decalage del sostegno, spinto dalla Lega. Più coinvolte le Agenzie per il lavoro

Un assegno massimo da 500 euro per le famiglie caratterizzate dall'assenza di "occupabili"; in caso questi ultimi ci siano, bonus da 375 euro. Durata del sostegno tagliata, con un meccanismo a calare, così come i tetti reddituali per accedere. Coinvolgimento delle agenzie per il lavoro private, controlli per evitare i furbetti e conciliazione con i redditi da lavoro per evitare la tentazione del disimpegno.

Ecco i cardini del nuovo Reddito di cittadinanza, in lavorazione tra Ministero del Lavoro e Tesoro dove si stanno limando ancora le cifre in considerazione delle risorse disponibili: già la legge di Bilancio ha tagliato la spesa di 1 miliardo, l'obiettivo è di andare a risparmiarne 2-3 a regime. Cambierà anche il nome, diventerà Mia che sta per Misura di inclusione attiva.

Reddito e pensione di cittadinanza, i numeri

Personae beneficiarie totali delle due misure e assegno medio per anno

| | Beneficiari | Assegno medio |
|------|-------------|---------------|
| 2019 | 2.710.015 | 492,17 |
| 2020 | 3.701.089 | 530,75 |
| 2021 | 3.957.050 | 546,18 |
| 2022 | 3.666.885 | 551,02 |
| 2023 | 2.468.895 | 562,78 |

Fonte: Inps • [Scaricare i dati](#) • [Incorpora](#) • [Scaricare immagine](#) • Creato con [Datawrapper](#)

Più limiti per le famiglie "occupabili"

La Legge di Bilancio ha dato tempo sette mesi al [Reddito di Cittadinanza](#), poi scatta la tagliola. Nel mirino sono soprattutto i 440mila beneficiari che sono considerati "occupabili" ovvero non hanno figli minori, non sono disabili o anziani. Per loro, in manovra, l'esecutivo aveva inserito sei mesi di formazione obbligatoria, una offerta di lavoro unica da accettare e l'obbligo di terminare la scuola dell'obbligo per non perdere il sussidio. Ora si prefigura un percorso di sostegno anche per loro, oltre che per chi non è considerato occupabile, ma con forti limiti.

Le due platee della Mia

L'obiettivo della ministra Calderone è di portare in Cdm la riforma e al tavolo dei sindacati. La Mia dovrebbe partire, poi, da dopo l'estate. La divisione fondamentale sarà tra famiglie povere di occupabili e non: queste ultime hanno almeno un minore, un over 60 o un disabile. Sono invece occupabili i nuclei senza queste tipologie soggetti e con almeno una persona tra 18 e 60 anni.

Reddito e pensione di cittadinanza: i numeri

| Anno | Rdc / Nuclei | Rdc / Persone | Rdc / Importo medio mensile | Pdc / Nuclei | Pdc / Persone | Pdc / Importo medio mensile | Totale / Nuclei | Totale / Persone | Totale / Importo medio mensile |
|------|--------------|---------------|-----------------------------|--------------|---------------|-----------------------------|-----------------|------------------|--------------------------------|
| 2019 | 975.134 | 2.559.362 | 530,02 | 132.460 | 150.653 | 221,28 | 1.107.594 | 2.710.015 | 492,17 |
| 2020 | 1.421.100 | 3.523.482 | 566,57 | 156.255 | 177.607 | 251,9 | 1.577.355 | 3.701.089 | 530,75 |
| 2021 | 1.602.528 | 3.765.177 | 577,6 | 169.409 | 191.873 | 277,35 | 1.771.937 | 3.957.050 | 546,18 |
| 2022 | 1.530.356 | 3.487.781 | 581,86 | 157.482 | 179.104 | 287,94 | 1.687.838 | 3.666.885 | 551,02 |
| 2023 | 1.039.687 | 2.332.107 | 592,32 | 121.027 | 136.788 | 309,02 | 1.160.714 | 2.468.895 | 562,78 |

Il requisito reddituale per entrare nel sostegno, ovvero l'Isce, dovrebbe essere tagliato di oltre 2mila euro per arrivare a 7.200 euro, con una più generosa scala di equivalenza per aiutare maggiormente le famiglie di più componenti. Tra le famiglie di occupabili e non cambieranno tempi del sostegno e valore dell'assegno. Per gli occupabili - che al momento hanno assicurato il Rdc solo per sette mesi del 2023 - l'assegno di base (per un single) va verso una riduzione a 375 euro (per quanto, come detto, sulle cifre non ci sia ancora il punto di caduta finale) e la durata massima verso i 12 mesi.

Per le altre famiglie, quella senza gli occupabili, l'importo base dovrebbe restare di 500 euro con durata confermata a 18 mesi.

Il dubbio del decalage

Sul tavolo è stata messa anche l'idea di un decalage del beneficio, ovvero il taglio agli orizzonti dei rinnovi, che però non sarebbe inserita nel piano di riforma del Ministero del Lavoro. Una opzione che la Lega caldeggia è quella di tagliare, per i non occupabili, la Mia dalla seconda domanda da 18 a 12 mesi, con almeno un mese di stacco tra un ciclo di benefici e l'altro (già previsto oggi). Ancor più aggressiva sarebbe la revisione della seconda tranche per gli occupabili, di durata dimezzata a sei mesi e la previsione di 18 mesi d'attesa prima di presentare la terza domanda.

Offerte irrifutabili

Su questo versante la riforma prevede il coinvolgimento delle Agenzie per il lavoro al fianco dei Cpi: insieme lavoreranno sugli occupabili, con una piattaforma online dedicata all'incrocio di domanda e offerta. L'iscrizione sarà obbligatoria e i beneficiari della Mia - una volta fatti tutti i controlli del caso per evitare irregolarità - perderanno l'assegno anche in presenza di un solo rifiuto a una offerta di lavoro congrua (sarà tale se proveniente dalla propria provincia o da quelle confinanti). Per i non occupabili, invece, resta il percorso di inclusione sociale dei servizi del proprio Comune.

La Mia - che prevede un rafforzamento dei controlli - sarà in un certo senso cumulabile con un reddito: si allargheranno infatti le maglie della norma che già oggi consente ai percettori di Rdc di ricevere fino a 3mila euro come stagionale o intermittente. Si includeranno infatti tutti i tipi di lavoro dipendente tra quelli ammessi anche in presenza della Mia e nel caso di redditi superiori sarà previsto un congelamento dell'assegno Mia per la durata del contratto, ma poi il beneficio ripartirà.

https://www.repubblica.it/economia/2023/03/06/news/reddito_cittadinanza_2023_cosa_cam_bia_mia-390737619/?ref=RHLF-BG-I390741346-P2-S1-T1

PNRR: Confesercenti, con ritardi attuazione già bruciati 7,6 miliardi nel 2022. Luciano Cerasa. Rivista online FiscoEquo

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/>

Gli introvabili, mancano quattro lavoratori su dieci così l'Italia perde 15 miliardi di Pil. Valentina Conte. La Repubblica

Calo demografico, giovani in fuga all'estero alla ricerca di stipendi migliori, altri che non studiano e non lavorano, formazione allo sbando, ecco perché 2 milioni di posti disponibili sono difficili da coprire

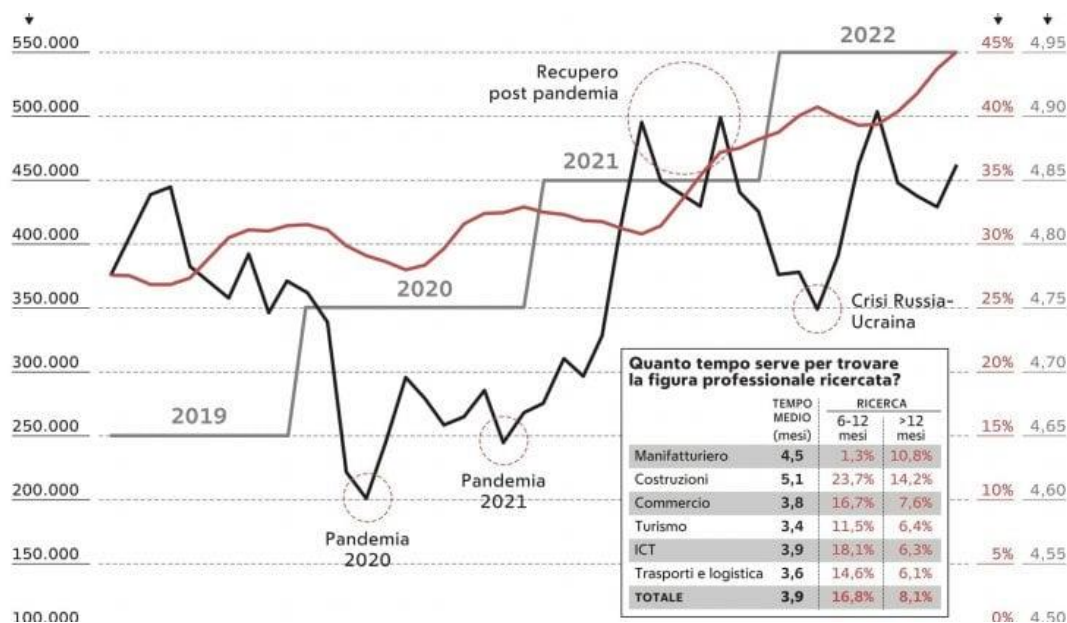
In Italia non si trovano i lavoratori che si cercano. Il fenomeno si chiama mismatch. Non è nuovo, riguarda tutte le economie avanzate. Ma da noi, dopo la pandemia, registra un cambio di passo, un balzo inatteso. Certificato dal record dello scorso anno: due milioni di posti quasi impossibili da coprire.

Nonostante due milioni di disoccupati. E altri due milioni di giovani Neet, un quarto di quelli tra 15 e 29 anni che non studiano, non si formano, non lavorano. Gli esperti parlano di "tempesta perfetta". Il mismatch, la domanda che non incrocia l'offerta, da fenomeno transitorio legato ai cicli economici si sta configurando come "strutturale e multifattoriale".

Capirne le ragioni è quanto mai importante, ora che una pioggia di miliardi del Pnrr sta piovendo sull'economia del Paese: 235,6 miliardi, il 13% del Pil, tra Recovery, ReactEu e fondo complementare.

Già Bankitalia, in uno studio pubblicato a febbraio, lancia l'allarme: il potenziale bacino occupazionale da 375 mila posti extra che quei soldi possono creare con un picco nel 2024, soprattutto nelle costruzioni e nel digitale, può essere messo in crisi dall'incapacità di coprirli.

Tra le ragioni, Via Nazionale ne indica due: la scarsità di profili adeguati con competenze analitiche e le tendenze demografiche in atto sulla popolazione attiva. Entro il 2026 l'Italia avrà 630 mila persone in meno in età di lavoro.



A Berlino, da Amazon

La torta in cui cercare talenti si sta rimpicciolendo, dunque. L'inverno demografico, l'Italia che fa meno figli e invecchia - calcola l'Ufficio parlamentare di bilancio - può portare il debito pubblico al 166,5% rispetto al Pil in vent'anni, perché gonfia i costi previdenziali, sanitari e di assistenza sociale.

| | ENTRATE DI DIFFICILE REPERIMENTO E QUOTA % SUL TOTALE ENTRATE | |
|--|---|--------------------------|
| | 2022 | 2019 |
| DIRIGENTI | 6.160 (55,3%) | 4.580 (49,4%) |
| PROFESSIONI INTELLETTUALI, SCIENTIFICHE E SPECIALIZZATE | 160.360 (47,2%) | 104.420 (38,2%) |
| PROFESSIONI TECNICHE | 340.200 (48,7%) | 238.780 (37,6%) |
| IMPIEGATI | 124.520 (28,9%) | 82.120 (19,2%) |
| PROFESSIONI QUALIFICATE NELLE ATTIVITÀ COMMERCIALI E NEI SERVIZI | 537.090 (37,9%) | 304.560 (23,0%) |
| OPERAI SPECIALIZZATI | 420.360 (55,4%) | 241.660 (37,2%) |
| CONDUTTORI DI IMPIANTI E OPERAI DI MACCHINARI FISSI E MOBILI | 306.760 (43,2%) | 161.640 (26,2%) |
| PROFESSIONI NON QUALIFICATE | 202.940 (25,0%) | 79.630 (11,6%) |
| TOTALE | 2.098.390 (40,5%) | 1.217.390 (24,5%) |

Fonte: UNIONCAMERE-ANPAL, SISTEMA INFORMATIVO EXCELSIOR, 2022

Nel decennio 2012-2022 i giovani occupati italiani (15-34 anni) sono calati del 7,6% mentre i senior (50-64 anni) lievitati del 40,8%, dice il Censis. La stretta sulle politiche migratorie di questi anni - che non a caso il governo Meloni vuole rivedere ampliando i flussi in entrata - non ha aiutato.

Con il risultato che Bankitalia invoca il ricorso agli stranieri per coprire anche le vacancy qualificate. Non solo quindi per la raccolta dei pomodori e la bassa manovalanza.

E qui c'è l'altro aspetto del nodo mismatch. Sempre meno figli significano anche sempre meno laureati e dottorati.

E quelli che arrivano al top scappano dall'Italia.

"Uno dei miei più brillanti giovani ricercatori - racconta Stefano Buscaglia, direttore generale della Fondazione LINKS, nata da un accordo tra Compagnia di San Paolo e Politecnico di Torino - un giorno mi ha detto: "Vado a Berlino, farò il data scientist per Amazon".



Come dargli torto? È passato da uno stipendio di 32-33 mila euro a 80 mila euro annui. In questo momento trovare persone che vogliono fare ricerca applicata in Italia anziché farsi assumere dai colossi è davvero dura". Buscaglia racconta che non riesce a coprire 20 posizioni, il 10-15% del suo centro di ricerca che si occupa di informatica e tecnologia avanzata. "E abbiamo 50 proposte di tesi di dottorato - su blockchain, cybersecurity, IA - finanziate dal Pnrr che non hanno candidati".

Un giovane su due vuole lasciare

Per certi mestieri - quelli nuovi, legati alla transizione digitale, ricercatissimi: data scientist, data architect, cloud architect, cyber expert, etc - la competizione è tutta al rialzo e crea bolle negli stipendi perché le aziende se li contendono e il bacino è ristretto. Molto spesso vince l'estero che offre di più, anche in termini di welfare. "La cultura del lavoro è cambiata", dice ancora Buscaglia. "Il giovane oggi non cerca la carriera che parte dalla gavetta e dura una vita, fatta di cartellini da timbrare. Ma vuole una professionalità, stipendi adeguati, qualità della vita alta, smart working, tempo libero per coltivare interessi".

Anche questo è uno dei fattori del mismatch. Da non sottovalutare, se come dice il Censis, il 46,7% degli occupati italiani lascerebbe l'attuale lavoro: il 50,4% dei giovani, il 58,6% degli operai, ma solo il 26,9% dei manager. Molti l'hanno fatto: l'Italia non ha mai conosciuto un livello così alto di dimissioni volontarie come negli ultimi due anni ("great dimission").

La zavorra della precarietà

Ma anche un crescente disagio per condizioni di lavoro sempre meno sopportabili: precarietà diffusa (il 21% degli occupati è a termine, 3 milioni), bassi salari (gli unici ad essere calati in trent'anni tra i Paesi Ocse), part-time involontario per il 17% delle donne, difficoltà di carriera.

Chi non lascia, molla: è il "quiet quitting", il fare meno possibile.

Declino demografico, flussi migratori, livelli retributivi, cambiamenti culturali: tutto questo è alla base del mismatch da record dei due milioni di posti non coperti o coperti a fatica, registrato dal rapporto Unioncamere-Anpal presentato il primo marzo in un convegno al Cnel.

Politiche poco attive

C'è un problema ovviamente anche di politiche attive che non funzionano, di orientamento scolastico e universitario ancora troppo timido, di raccordo mancante tra istruzione e lavoro. Solo il 9-10% delle imprese si rivolge a Centri per l'impiego o Agenzie del lavoro privato per trovare competenze. Appena l'11% usa i canali digitali. Il resto si affida a quelli informali, al passaparola. Il 41% delle aziende, soprattutto medio-grandi, risolve formando all'interno i candidati meno adatti. In Italia oramai ci sono 160 Academy aziendali, più 49% in due anni, secondi dopo la Germania.

Colpisce però un dato: solo il 16% delle aziende italiane, nonostante un colossale mismatch, sceglie di offrire salari più alti. Una quota in crescita, però dice Unioncamere. Anche questo un nodo da sciogliere.

https://www.repubblica.it/economia/affari-e-finanza/2023/03/06/news/introvabili_lavoratori_italia_pil_occupazione-390386410/?ref=RHLF-BG-I390732732-P4-S1-T1

la Repubblica

Allarme Pnrr, il Grande Piano s'è inceppato l'Italia rischia il naufragio. Giuseppe Colombo. La Repubblica

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.

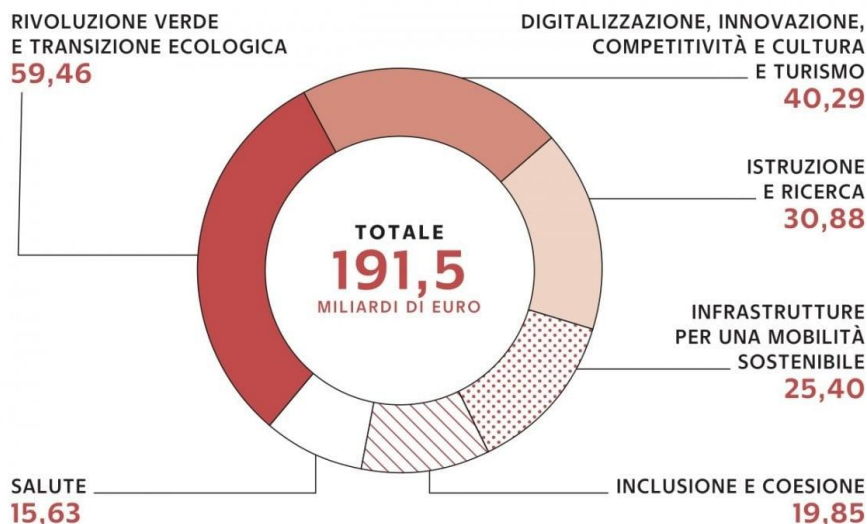
Sarà la vecchia macchina a occuparsi della programmazione e del coordinamento dei progetti finché non sarà pronto l'avvicendamento, ma la staffetta non risponde al problema che è destinato a maturare a breve: i nuovi tecnici dovranno prendere confidenza con un sistema che è inedito per sua natura.

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.



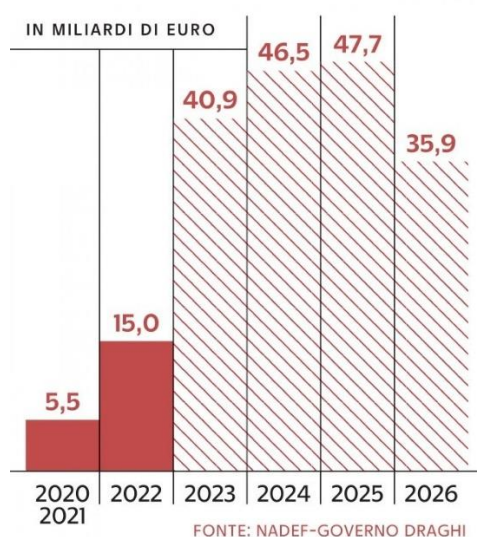
La questione spesa

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_incappato_litalia_rischia_il_naufragio-393524604/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S3-T1

Giornata nazionale del personale sanitario. Ester Maragò. Quotidiano Sanità

“Uniti per sostenere Ssn”. Schillaci: “Il capitale umano è la leva principale dei servizi sanitari. Pronti a dare al più presto risposte concrete”

Le 11 Federazioni e Consigli nazionali degli Ordini delle Professioni sociosanitarie - medici e odontoiatri, infermieri, farmacisti, medici veterinari, professionisti dell'area tecnica, della riabilitazione e della prevenzione, ostetriche, chimici e fisici, fisioterapisti, psicologi, biologi, assistenti sociali - hanno celebrato oggi la Giornata alla presenza del Ministro della Salute Orazio Schillaci e del Vice Presidente del Senato Maurizio Gasparri.“

“Noi, professionisti sanitari e socio-sanitari, dedichiamo questa giornata a chi ha sofferto, a chi soffre e a tutte le persone che, con la loro attenzione e partecipazione, hanno aiutato ad arginare la pandemia con comportamenti coscienti e virtuosi. Siamo rimasti uniti, come lo siamo oggi per celebrare ‘insieme’ questa Giornata. E insieme è l’avverbio scelto per caratterizzare la comunicazione di questo evento, perché riteniamo che sostenere, nella sua interezza e complessità, il nostro Sistema salute, e garantire il nostro Servizio sanitario nazionale sia possibile solo con un impegno costante, competente, multidisciplinare e sinergico”.

È stata scelta una donna, **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Fnopi, per dare voce alle 11 Federazioni e Consigli nazionali degli Ordini delle Professioni sociosanitarie che hanno celebrato insieme, a Roma, la **Giornata nazionale del personale sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale**, alla presenza del Ministro della Salute **Orazio Schillaci** e del Vice Presidente del Senato **Maurizio Gasparri**.

Una scelta non casuale, ma nata dalla volontà di “rappresentare la componente femminile del Ssn, ormai maggioritaria all’interno dello scenario socio-assistenziale italiano”, ha sottolineato la presidente aprendo le celebrazioni della terza edizione di questa Giornata, voluta per onorare la dedizione il lavoro, l’impegno, di tutto il personale e del volontariato nel corso della pandemia, alla quale non ha potuto partecipare il Presidente della Repubblica **Sergio Mattarella** a causa di un impedimento della ultim'ora.

La giornata del “grazie”, del “ricordo” e delle “professioni”

“Per noi – ha detto Mangiacavalli [nel suo discorso](#) di apertura – è il giorno del ‘grazie’ per il lavoro quotidiano delle nostre colleghe e dei nostri colleghi, che non si è mai fermato, prima, durante e dopo l’ondata pandemica. È il giorno del ‘ricordo’ di chi, nelle prime fasi della lotta al Covid-19, ha messo il bene comune e la salute pubblica davanti al proprio interesse personale, prima dei suoi affetti più cari, talvolta sacrificando la vita. E usiamo non a caso la parola ricordo al posto di memoria, perché è qualcosa che ancora ‘ci tocca’”. Soprattutto, ha aggiunto la Presidente Fnopi, questa è la Giornata delle professioni “un termine che deriva dal latino professus, vale a dire la persona che ha dichiarato apertamente, e si connette al verbo profiteor, che rimanda a concetti quali dichiarare, riconoscere, confessare, impegnarsi, offrire, insegnare, esercitare”.

E tutelare queste professionalità, per il ministro Schillaci, è una priorità.

“Il capitale umano è la leva principale dei servizi sanitari – ha detto il ministro [nel suo intervento](#) – e il lavoro dei professionisti sanitari e socio-sanitari è essenziale per la piena tutela del diritto fondamentale alla salute, sancito dalla nostra Costituzione.

Riconoscere i meriti e l’importanza degli operatori sanitari e sociosanitari vuol dire attivarsi per valorizzare al meglio la loro professionalità, dando risposte concrete a tutte le urgenze oggi più che mai attuali. E questa è una mia priorità”.

Per Schillaci, bisogna quindi affrontare la criticità della carenza di personale “emergenza nazionale”, restituendo attrattività al Ssn, che è uno dei migliori al mondo. Le leve sulle quali agire, sono “la rivalutazione

del trattamento economico di chi ogni giorno è impegnato nel servizio sanitario pubblico”, i vincoli di spesa per il personale, per “permettere alle Regioni di potenziare gli organici e rafforzare i servizi sanitari regionali”. Ma bisogna anche investire su formazione e sviluppo delle competenze “sia specialistiche, che trasversali, legate a nuovi modelli di organizzazione del lavoro multidisciplinare e integrato”. Ecco perché, ha aggiunto il ministro, “occorre aumentare il numero di iscritti nelle Università e colmare la carenza di figure specialistiche”.

L’esperienza della pandemia, ha poi aggiunto, ha insegnato a tutti noi quanto “la salute pubblica sia cruciale, ha fatto emergere le eccellenze delle professionalità impegnate nel servizio sanitario nazionale ma, ha acceso un faro sulle criticità del sistema, da affrontare con la massima determinazione e urgenza”.

Non bisogna dimenticare, questo il monito.

“L’emergenza non è stata solo con il Covid, per voi l’emergenza è ogni giorno e il personale sanitario non può essere omaggiato solo nei momenti rituali” ha detto il vicepresidente del Senato **Maurizio Gasparri** ricordato che l’attività della scienza è fondamentale: “Anche se non è più a livello di due o tre anni fa la Pandemia c’è ancora. Le vaccinazioni devono proseguire – ha sottolineato – e ringrazio quanti si sono presi cura di tutti noi, come le farmacie che con la loro presenza capillare sul territorio hanno garantito vicinanza ai cittadini”.

“Attenti all’Alzheimer culturale”, ha ammonito monsignor **Francesco Savino** Vicepresidente della CEI. “Fare memoria consente di raccogliere il senso della storia e porgersi con maggiore responsabilità di fronte al futuro - ha aggiunto - la salute è un bene inviolabile per la Chiesa e per la società tutta”.

Soprattutto, ha detto rivolgendosi al ministro Schillaci e alle istituzioni “è indispensabile allocare maggiori risorse per la salute di tutti”. Per Vicepresidente della CEI sono tre le direzioni verso le quali procedere: potenziare in alcune Regioni la rete ospedaliera per dare a tutti la possibilità di accedere all’alta qualità delle cure; riequilibrare l’ospedale e la medicina di prossimità in particolare con i servizi domiciliari alla persona e infine potenziare l’offerta di servizi e strutture a carattere socio assistenziale in favore delle persone più fragili, rimettendo in particolare al centro la figura degli anziani.

No alla violenza contro gli operatori sanitari

Questa terza giornata delle personale sanitario è stata anche un’occasione per puntare i riflettori sulle aggressioni che i professionisti della sanità continuano a subire. Un tema sul quale si è soffermato il ministro Schillaci: “Considero indifferibile mettere in atto tutte le iniziative necessarie a tutelare l’incolumità del personale sanitario e sociosanitario, alla luce degli episodi di aggressione fisica e verbale che si ripetono con sconcertante frequenza, in particolare contro le donne. Da subito mi sono attivato per efficientare le attività di monitoraggio e prevenzione dell’Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie e a breve – ha annunciato – partirà anche il tavolo dedicato al pronto soccorso, dove si verificano con più frequenza i casi di aggressioni”.

“A tutte le professioni sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e del volontariato rivolgo la mia vicinanza e profonda gratitudine – ha concluso il Ministro – mai come adesso prenderci cura di chi si prende cura di noi è una priorità assoluta, nella consapevolezza che la salvaguardia e la valorizzazione di chi lavora in sanità è essenziale per assicurare a ogni persona le migliori condizioni di prevenzione, cura e assistenza”.

E sulle aggressioni al personale sanitario, ancora una volta, i Presidenti hanno voluto mettere al primo posto le donne.

Durante la mattinata, infatti, le letture di brevi testi di scienziate e scienziati, poeti e poetesse si sono alternate con esecuzioni musicali della Red Shoes Women Orchestra, diretta dal Maestro **Dominga Damato** e composta da sole musiciste donne. “La scelta di privilegiare un’orchestra al femminile – hanno ricordato i presidenti delle 11 Federazioni – nasce dalla comune volontà di lanciare un segnale di attenzione per contrastare la violenza e gli episodi che la cronaca continua a registrare e che, purtroppo, sempre più spesso sono perpetrati, in particolare contro le donne e contro i professionisti sociosanitari a prescindere dal genere”.

“Insieme per garantire la salute di tutti” è stato lo slogan scelto per la giornata di oggi, come hanno testimoniato i presidenti delle Federazioni degli Ordini professionali.

“Il benessere della psiche non è un ‘interesse della collettività’? Sempre più cittadini si pongono questa domanda dopo una pandemia che ha amplificato i problemi ma anche le sensibilità. Creare servizi e strategie nuove per questi bisogni, potenziare le capacità del sistema di avere uno sguardo più integrato alle persone e non solo ai loro corpi è importante non solo per gli psicologi ma per la qualità del lavoro complessivo di tutte le professioni della salute. Che sempre più vogliono e cercano di lavorare insieme” ha sostenuto **David Lazzari**, Presidente del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (Cnop).

“Insieme le professioni hanno sfilato il 2 giugno in occasione della Festa della Repubblica e insieme hanno scelto di camminare fianco a fianco: oggi ribadiamo quanto sia importante il reciproco dialogo e la collaborazione” ha affermato **Nausicaa Orlandi** Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici (Fnch) sottolineando la necessità che il paese investa nella prevenzione e nella tutela della salute “avvalendosi di tutti i professionisti formati e delle loro competenze”.

“Spesso i nostri iscritti operano nell’ombra e questa giornata serve ad accendere un faro sulla loro caparbia dedizione al lavoro” ha sottolineato **Pasquale Piscopo**, presidente Federazione Ordini dei Biologi (Fnob) ricordando in particolare alle tre biologhe che, tra le prime in Europa, hanno isolato il virus del Covid-19 nel laboratorio dell’Istituto Spallanzani, Rosaria Capobianchi, Francesca Colavita e Concetta Castilletti. “Due sono i valori importantissimi che vengono ad essere sublimati in questo giorno: l’essere umano e la salute dei cittadini. Oggi qui, insieme, convintamente, riaffermiamo il diritto del cittadino alla salute, intesa come “stato di benessere psico-fisico”: un diritto primario e, non certo a caso, diritto per il quale la Carta Costituzionale riserva l’aggettivo ‘fondamentale’.

Se lo Stato non riconosce e non garantisce il diritto alla salute per tutti i cittadini, senza alcuna distinzione, non c’è libertà, non c’è democrazia, non c’è Stato di Diritto” ha detto **Piero Ferrante** Presidente della Federazione Nazionale Ordini Fisioterapisti (Fnovi).

“Le professioni emergono sempre di più come fondamentali, ma dobbiamo fare un cambio di passo importante sostenere il Ssn e le sue strutture: bisogna invertire il paradigma puntando sulle professioni sanitarie” ha detto **Filippo Anelli** Presidente Fnomceo, ringraziando il presidente Mattarella per la vicinanza dimostrata in questi anni.

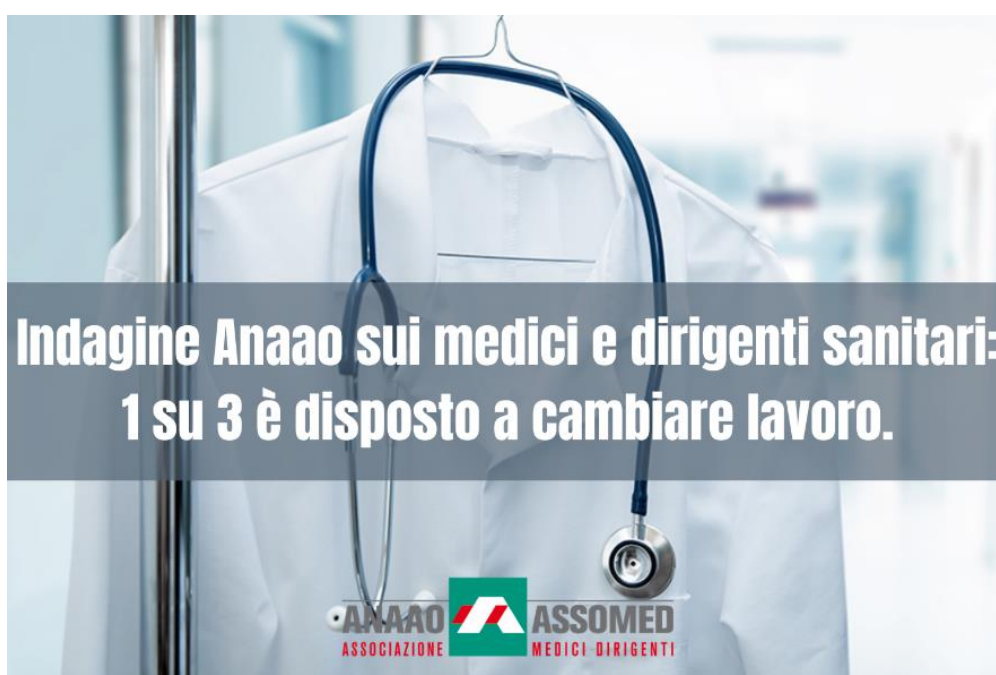
“È necessario un nuovo approccio al sistema salute, abbiamo appreso che non c’è più spazio per ricerche semplicistiche, servono risposte concrete. La salute dei cittadini non può essere di appannaggio delle singole professioni ma di tutte. La multiprofessionalità è necessaria e in questi tre anni tutti abbiamo operato sinergicamente e nessuno di noi ormai potrebbe tornare indietro” Un agire interconnesso” ha affermato **Barbara Mangiacavalli** Presidente Fnopi, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche

“Crediamo realmente che stare insieme sia strategico” ha sostenuto **Teresa Calandra** Presidente Fno Tsrn e Pstrp, Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, che ha ringraziato tutte le professioni sanitarie, tutte le anime che compongono la Federazione Fno Tsrn e Pstrp, e anche l’ex ministro Speranza “per la vicinanza al personale sanitario durante la pandemia”.

“Una giornata per ricordare questi 3 anni in cui la sanità ha avuto un ruolo determinante. Senza salute non c’è libertà, non c’è socialità. Una giornata particolare in cui ovviamente ricordiamo tutte le vittime che hanno dato la loro vita per curare i malati. Ma anche una giornata per capire cosa fare per rimettere in moto il Ssn: potenziare gli ospedali, riformare l’assistenza territoriale nella quale i farmacisti sono stati protagonisti come lo sono stati in ospedale” ha affermato il presidente della Fofi, **Andrea Mandelli** che ha voluto ringraziare tutte le farmaciste e i farmacisti e gli operatori sanitari che in questi tre anni “hanno dimenticato loro stessi e le loro famiglie per essere da parte di chi ha bisogno e degli ammalati”

“Mi piace pensare che le nostre professioni possano ritrovarsi il 20 febbraio del 2024 per parlare dell’universalità dei nostri valori e della accessibilità alle cure per tutti. Il diritto alla salute non è declinabile localmente, come non lo sono i nostri contratti di lavoro” ha detto **Gaetano Penocchio** Presidente della Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani (Fnovi) ricordando che la salute è unica: “Quella degli animali e degli esseri umani è strettamente interconnessa e lo spillover insegna. Tra medicina animale e umana non ci sono linee di demarcazione esiste un solo sistema dove tutti siamo immersi”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=111203



Indagine sui medici e dirigenti sanitari: 1 su 3 è disposto a cambiare lavoro. Anaao Assomed

Sul podio delle richieste: più tempo libero e stipendi più alti. La fascia di età più in crisi tra i 45 e i 55 anni.

I risultati della survey Anaao Assomed (Dati raccolti dal 30 gennaio al 10 febbraio 2023)

Più della metà (56,1%) tra medici e dirigenti sanitari è insoddisfatta delle condizioni del proprio lavoro e 1 su 4 (26,1%) anche della qualità della propria vita di relazione o familiare. Un sintomo inequivocabile di quanto il lavoro ospedaliero sia divenuto causa di sofferenza e di alienazione. Una insoddisfazione che cresce con l’aumentare della anzianità di servizio e delle responsabilità, tanto che i giovani medici in formazione (24,6%) si dichiarano meno insoddisfatti dei colleghi di età più avanzata (36,5%), tra i quali si raggiunge l’apice nella fascia di età tra i 45 e i 55 anni, un periodo della vita lavorativa in cui si aspetta quel riconoscimento professionale che il nostro sistema, però, non riesce a garantire.

Questi i principali risultati della survey condotta dall’Anaao Assomed cui hanno risposto 2130 tra medici e dirigenti sanitari.

Possono sembrare risultati scontati, ma oggi più che mai è importante controllare e misurare la temperatura dell’insoddisfazione che serpeggia nelle corsie ospedaliere fra i colleghi riguardo alle condizioni del loro lavoro, anche perchè dal CCNL ai nastri di partenza attendiamo risposte alle necessità e alle aspirazioni dei

medici e dirigenti sanitari del nostro Paese. Comprendere i motivi di un disagio diffuso, e prospettare possibili soluzioni, può contribuire a rallentare l'esodo dei medici ospedalieri verso il settore convenzionato o privato o verso l'estero, nonché a evitare forme di 'uberizzazione' dell'attività medica che contribuisce a generare contratti a cottimo tanto ricchi quanto poco chiari sulle norme e sulla sicurezza.

Per quanto riguarda i cambiamenti desiderati nel lavoro, il podio è occupato da incrementi delle retribuzioni con il 63,9 % delle risposte, e da una maggiore disponibilità di tempo con il 55,2%, con una prevalenza del fattore tempo per le donne (39,5%) sugli uomini (47,56%) che invece mirano, in maggiore misura, a retribuzioni più adeguate. Si evidenzia anche come per gli over 65 (15,8%) sia prioritaria una maggiore sicurezza rispetto ai colleghi più giovani (6,3%). Al contrario, l'esigenza dei giovani di una maggior disponibilità di tempo per la famiglia e il tempo libero è più alta (37,9 %) rispetto ai colleghi con maggior anzianità di servizio (27,6%). In generale aumento delle retribuzioni e del tempo libero hanno un peso maggiore nelle aspettative rispetto alla progressione di carriera.

La domanda finale sul futuro del proprio lavoro registra risposte che rappresentano il segnale più inquietante della crisi della più antica professione di cura. Il 36%, ovvero quasi 1 su 3, specie nelle classi di età tra i 45 e i 55 anni, appare disposta a cambiare il lavoro attuale. Il 20% degli intervistati si dichiara ancora indeciso, segno del fatto che almeno una volta si è interrogato sul futuro della professione e sul suo ruolo all'interno del sistema. Forte è il rischio che, procedendo la sanità pubblica per la impervia strada del definanziamento e della privatizzazione, vadano ad accrescere le fila delle migliaia di desaparecidos che già oggi abbandonano la professione in cerca di altri lidi o, perché no, di altri lavori.

Se guardiamo alla collocazione geografica, non sorprende che la crisi della professione sia più sentita al sud rispetto al nord: si va dal 53,6% del nord, passando al 56,3% del Centro per finire al Sud e Isole con ben il 64,2% di insoddisfatti. Ma il dato appare talmente diffuso da configurare quasi una patologia endemica con la quale convivere e per la quale non esiste vaccino o terapia.

Invece la terapia esiste, e non è solo di carattere economico, anche se pesa il fatto che l'Italia spenda solo il 6.1% del Pil per la sanità, la cifra più bassa tra i paesi del G7, ben al di sotto della media europea di 11.3% con il costo della sanità privata pari al 2.3%, poco sopra la media europea. Per recuperare il gap accumulato con le altre nazioni occorrerebbe un incremento annuo del FSN di 10 miliardi di euro. Ma pesano anche questioni di organizzazione e di scelte politiche, se il sistema di cure universalistico non appare in grado, per come oggi è, di reggere l'onda d'urto di nuove patologie infettive o della epidemia delle patologie croniche che accompagnano il sensibile aumento della aspettativa di vita.

Occorre immaginare un nuovo modello che tenga nella dovuta attenzione la presa in carico del paziente, sia cronico che in acuzie, aumentando posti letto e personale, e implementando quella medicina di prossimità che appare oggi sempre più teorica, liberando i professionisti dalla medicina di carta che sottrae tempo alla cura. Ma, soffrire, e morire, sul lavoro non è un destino, tantomeno stare male può essere accettato come fatto "normale". Per uscire dalla attuale crisi professionale, il lavoro deve essere vissuto come fattore di cambiamento, mezzo per recuperare la autonomia nel leggere le necessità del paziente, evitando la riduzione a macchina ubbidiente. Al quale riconoscere un diverso valore, sociale e salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema **campando sul**

lavoro altrui, a decidere sulle necessità del malato.

Serve una profonda riprogrammazione strategica delle politiche sanitarie, un cambio di paradigma che realizzi un netto investimento sul lavoro professionale, che nella sanità pubblica rappresenta il capitale più prezioso. Altrimenti anche il Pnrr rappresenterà la ennesima occasione perduta.

<https://www.anaao.it/content.php?cont=36984>

C'è il rischio di una mutazione antropologica di una parte dei medici? Claudio Maria Maffei. Quotidiano Sanità

L'impressione è che ci sia ormai in un numero crescente dei medici anche altro oltre alla disaffezione nei confronti del lavoro pubblico.

I dati pubblicati di recente qui su QS dall'ANAAO sulla [fuga dei medici dalle Scuole di Specializzazione](#) sono stati pubblicati quasi contemporaneamente a un [ricordo su Salute Internazionale di un libro pubblicato nel 1982 dal titolo "La Buona Medicina" di Massimo Gaglio](#).

I due interventi mi hanno fatto venire in mente a proposito dei medici l'espressione "mutazione antropologica" usata da Pier Paolo Pasolini il 10 giugno 1974 per descrivere "il piegamento della società verso il mondo omologante del consumismo", come è stato ricostruito [qui](#).

Nel caso dei medici la mutazione consisterebbe nel rischio della adesione di una quantità crescente di medici a una medicina orientata al profitto e governata dalle logiche di mercato. Proprio quella medicina che il libro di Massimo Gaglio metteva radicalmente in discussione.

"La Buona Medicina" venne pubblicato nella Collana Medicina e Potere della casa editrice Feltrinelli, collana la cui storia è benissimo raccontata nel sito della Fondazione Giangioacomo Feltrinelli in un [intervento dedicato alla figura di Giulio Alfredo Maccacaro](#) che di quella Collana fu il curatore. Il primo libro fu "La medicina del capitale" di Jean-Claude Polack, pubblicato nel 1972 e introdotto da una celebre Lettera al Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano e Provincia dello stesso Maccacaro.

Chi scrive ha studiato Medicina e si è laureato in quegli anni e il ricordo di una medicina che voleva essere militante rimane vivo, così come vivo rimane il ricordo di una relativamente grande quantità di laureati in Medicina che andava a lavorare nelle realtà e in quelle discipline in cui quel tipo di medicina poteva esprimersi.

E quindi ad esempio il grande appeal delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, in Medicina del Lavoro e in Psichiatria e il notevole richiamo esercitato da Regioni come l'Emilia-Romagna.

40 anni dopo la pubblicazione di "La Buona Medicina" e quasi 50 dopo la pubblicazione del primo Volume della Collana Medicina e Potere, assistiamo a fenomeni diametralmente opposti a quelli appena descritti.

Si tratta di quelli che meritoriamente e per prima l'ANAAO ha messo in evidenza e cioè la fuga dei medici sia dalle strutture pubbliche che dalle specializzazioni a maggior valenza di sanità pubblica (come quelle dell'area dell'emergenza) da una parte e dall'altra il diffondersi della piaga (perché piaga è) dei medici a gettone, l'appeal esercitato dalle Specializzazioni con maggior mercato libero-professionale (dermatologia, oculistica, chirurgia plastica e cardiologia ad esempio) e il sempre più frequente orientamento a lavorare nelle strutture private o comunque in regime privato.

L'impressione è che ci sia ormai in un numero crescente dei medici anche altro oltre alla disaffezione nei confronti del lavoro pubblico, disaffezione di cui ha parlato in modi molto condivisibili [Polillo](#) ieri qui su QS. Qualcosa che rischia di avere a che fare con la forte spinta alla ricerca del profitto in sanità, la cui pericolosità è stata denunciata per gli Stati Uniti da Donald W. Berwick in un suo [recente intervento su JAMA del 30 gennaio](#), intervento dal titolo "Salve Lucrum: The Existential Threat of Greed in US Health Care). L'articolo è già stato [citato qui su QS da Ivan Cavicchi](#) in un interessante intervento che non mi permetto di sintetizzare. Il "salve lucrum" (salute guadagno) del titolo sta scritto sul pavimento di una abitazione di Pompei con tessere musive bianche ed è così commentato in un [post su Facebook](#) del 21 maggio nella pagina del Parco Archeologico di Pompei: "Dunque, il proprietario dell'abitazione, Vedio Sirico, della famiglia dei Vedi, certamente ricco, e forse commerciante, invece di rivolgere il rituale saluto all'ospite che entrava nella sua domus ecco che saluta... chi? Il guadagno.

Volendo certamente indicare che tutto quanto serviva a far entrare soldi nella casa, era il benvenuto. E, lo fa non in maniera ampollosa ma in modo umile e micagnoso, puntando a risparmiare qualche soldarello anche nella scrittura: le tessere musive più grandi costavano sicuramente qualche asse in più..." Commenta nel suo articolo Berwick che quel mosaico starebbe benissimo oggi nell'atrio di molte strutture sanitarie, ma prima

di questo commento ricorda un po' velenosamente che l'atrio della scritta originaria di Pompei è finito sotto sedici piedi (quasi 5 metri) di cenere vulcanica.

Non so come, ma il rischio di quella mutazione antropologica del titolo va in tutti i modi contrastata. Sono già troppi gli atri anche da noi in cui si comincia a intravedere quella scritta che tanto male portò al povero Vedio Sirico.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111383

quotidiano**sanita**.it

Le vere cause della disaffezione dei medici al lavoro pubblico. Roberto Polillo. Quotidiano Sanità

Un problema che nasce da un lato dalla diretta esperienza di chi già opera da tempo nelle strutture del SSN e dall'altro dalla certezza dei neo laureati che il lavoro nelle nostre strutture pubbliche, laddove iniziasse, non sarebbe appagante; e per tali motivi le giovani leve cercano all'estero prospettive di carriera che siano in grado di remunerare professionalmente ed economicamente gli sforzi fatti nel lungo e oneroso percorso di studio.

23 FEB - La recente [indagine](#) del sindacato ANAAO sulla disaffezione degli operatori sanitari medici e non medici nei confronti del proprio lavoro e sul loro desiderio di abbandonare il SSN fa il paio con il dato altrettanto allarmante della fuga dei giovani medici dal nostro paese di cui ha parlato il presidente della FNOMCEO Filippo Anelli. Un problema dunque che nasce da un lato dalla diretta esperienza di chi già opera da tempo nelle strutture del SSN e dall'altro dalla certezza dei neo laureati che il lavoro nelle nostre strutture pubbliche, laddove iniziasse, non sarebbe appagante; e per tali motivi le giovani leve cercano all'estero prospettive di carriera che siano in grado di remunerare professionalmente ed economicamente gli sforzi fatti nel lungo e oneroso percorso di studio.

Dunque un processo di fuga intergenerazionale che dimostra come sia definitivamente interrotto il filo che legava i giovani medici con i medici anziani; una relazione che era trasmissione di saperi e soprattutto addestramento nell'acquisire la capacità di integrare tra loro i dati clinici, discernendo quelli essenziali da quelli di scarso significato. Un lavoro epistemico indispensabile per pervenire a formulare il sospetto diagnostico con una certa dose di certezza. Un processo lungo di apprendistato che rendeva straordinariamente attrattivo il lavoro nelle corsie specie se a dirigerle si trovava un "maestro".

Sono questi i motivi per cui non sarò mai sufficientemente grato ai dottori Cicala, Venanzi, Colombini del Santo Spirito di Roma che mi hanno insegnato con il ragionamento clinico a inserire criticamente i dati clinici visibili in quel quadro generale di corrispondenza alle "forme" cliniche nosologicamente definite dando senso e significato a quanto mostrato dal paziente

Perché dunque si fugge dagli ospedali e nessuno desidera dedicarsi a tale attività?

Una domanda semplice a cui tuttavia nessuno vuole fornire risposte chiare e dirette a partire dallo stesso Presidente Anelli. Il primo motivo a mio giudizio è la perdita di Status del medico del nostro paese.

Una perdita di status sia nei confronti della componente manageriale e sia nei confronti dei pazienti.

L'aziendalizzazione della sanità è stata un fallimento. Nata per portare i conti delle ASL in equilibrio non è riuscita ad impedire il fallimento delle metà delle regioni italiane costrette, poi per ripianare i debiti, a lunghi e dolorosi piani di rientro. I direttori generali, nella stragrande maggioranza dei casi, non sono minimamente riusciti a coniugare efficienza economica e implementazione della qualità.

I conti delle aziende sono restati quasi sempre paurosamente in rosso e i servizi sono progressivamente divenuti più poveri e meno distribuiti. In compenso le aziende hanno adottato un modello gestionale top down che per governare l'incertezza ha adottato un metodo governamentale asseverativo e non scevro di autoritarismo

I medici sono diventati operati specializzati in processi imposti dall'alto in cui non hanno alcun potere decisionale. Un quadro che crea frustrazione, disaffezione e giusta voglia di fuggire.

A questo si aggiunge poi il problema degli eccessivi carichi di lavoro e la trasformazione del lavoro di equipe che ho conosciuto al Santo Spirito in un lavoro a cottimo in cui si misurano ore lavorate e prestazioni al di là di ogni valutazione qualitativa del servizio svolto

Il secondo aspetto è il rapporto con i pazienti diventato un sempre più conflittuale. Anche qui per una doppia componente: il razionamento implicito delle prestazioni indotte dai tagli delle strutture con conseguente esasperazione dei pazienti che esprimono bisogni sanitari che non riescono a soddisfare e che, frustrati dalle lunghe attese, se la prendono con gli operatori; dall'altro il mercato del contenzioso medico legale portato avanti con spregiudicatezza da studi di avvocati specialisti del settore che spingono i pazienti ad adire vie legali anche per futili motivi e in mancanza di norme che puniscano il contenzioso immotivato

Il secondo motivo di disaffezione è di natura economica. Qualche bontempone perde ancora tempo ad accusare la legge Bindi di avere privatizzato la sanità o di avere penalizzato i medici. Una vera bestialità su cui sono già intervenuto.

Voglio ancora una volta ricordare che con il CCNL che derivò da quella legge i medici e gli ex assistenti furono sanati uscendo da una situazione di vera mortificazione professionale e che gli aumenti di salario furono ricompresi tra il 30 e il 50 per cento! Un aumento unico nella storia dei medici dipendenti che mai è stato replicato essendo stati quelli successivi nell'ordine di pochi punti percentuali.

Se si fosse continuato ad investire sulla risorsa umana come si fece nel 2000 oggi i medici non cercherebbero fortuna all'estero e resterebbero nel paese dove hanno studiato

Sono questi i temi di cui pochi parlano perché la loro risoluzione passa attraverso una profonda riforma delle strutture sanitarie che scontenterebbe in primis tutti i "bocconiani" che governano le strutture sanitarie (organi di rappresentanza compresi) e non solo; una nuova aristocrazia che è fortemente legata alla politica in quanto scelti in modo fiduciario dagli assessori e dai presidenti di regione. Un circolo di fiducia da parte dei decisori politici e attesa generazione di consenso nel corpo sociale a cui i politici di professione, per vocazione e necessità, riescono a rinunciare solo a fatica.

Ridare dignità al lavoro medico, dunque, significa compiere scelte politiche che mettano al primo posto la partecipazione dei professionisti e dei cittadini alla programmazione e alla valutazione dei servizi.

Significa rompere con il potere monocratico del direttore generale istituendo un organo di indirizzo dell'azienda di tipo collegiale aperto ai contributi dei diversi soggetti portatori di legittimi interessi

Significa farla finita con il centralismo regionale dando potere effettivo ai comuni singoli o associati che conoscono bene le necessità dei cittadini e dei loro territori e che oggi sono muti.

Significa dare un ruolo al Ministero della salute, oggi nel rango di regolatore di una pura e inutilizzabile "medicina di carta" e all'Agenas per creare delle reti cliniche che rendano uniforme i servizi nei diversi ambiti regionali superando nei fatti e non a parole le mostruose differenze oggi esistenti tra nord e sud del paese.

Un processo che implica anche sottrarre al ministero dell'economia la gestione delle risorse finanziarie impedendo che i risparmi sulla sanità servano per fare cassa.

In conclusione, il dibattito in corso è viziato da una serie di omissioni e di non detti che sono duri da pronunciare perché romperebbero equilibri col tempo costruiti.

Un silenzio che finora ha fatto comodo a molti ma che oggi non è più consentito per l'evidente rischio di collasso dell'intero sistema.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111328

L'ospedale che cambia ...

quotidiano**sanita.it**

Ospedali. In Italia persi quasi 80mila posti letto in venti anni. Cesari Fassari. Quotidiano Sanità

Ma tutta Europa taglia (con poche eccezioni): dal 2000 al 2020 via 486mila letti

I dati li fornisce Eurostat con un'analisi che abbraccia il periodo che va dal 2000 al 2020. Se nel 2000 potevamo contare su 4,7 letti ogni 1.000 abitanti, nel 2020 dovevamo fare i conti con soli 3,18 letti ogni 1.000 residenti in Italia. E nel resto dell'Unione Europea che è successo? A vedere le serie storiche di Eurostat anche gli altri partner hanno sforbiciato con lena con un taglio complessivo di ben 486mila letti. Ma Paesi come Germania e Francia mantengono indice di posti letto per abitante molto elevati

18 MAR – Nel 2000 secondo i dati di Eurostat in Italia c'erano 268mila posti letto ospedalieri, nel 2020 (ultimo anno censito al momento dall'istituto di statistiche europee) non si arrivava a 190mila. Un taglio progressivo di quasi 80 mila letti in venti anni con un andamento abbastanza costante che, anno dopo anno, ha visto progressivamente sparire quasi un letto su tre di quelli in dotazione. Se nel 2000 potevamo contare su 4,7 letti ogni 1.000 abitanti, nel 2020 dovevamo fare i conti con soli 3,18 letti ogni 1.000 residenti in Italia.

E nel resto dell'Unione Europea che è successo? A vedere le serie storiche di Eurostat anche gli altri partner hanno sforbiciato con lena e così si è passati dai 2,842milioni di letti ospedalieri nel 2000, ai 2,356milioni del 2020 con un taglio complessivo di ben 486mila letti.

Numero posti letti ospedalieri nella UE a 27. Anni 2000-2020

| IT X | TIME | 2000 ↓ | 2005 ↓ | 2010 ↓ | 2015 ↓ | 2020 ↓ |
|--|------|------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| GEO ↓ | | | | | | |
| European Union - 27 countries (from 2020) | | : | 2 664 852.00 | 2 526 582.00 | 2 438 924.00 | 2 356 123 (e) |
| Belgium | | 68 983.00 | 67 430.00 | 66 645.00 | 65 753.00 | 63 847.00 |
| Bulgaria | | 68 552.00 | 49 626.00 | 48 934.00 | 51 933.00 | 54 216.00 |
| Czechia | | 79 985 (b) | 77 309.00 | 76 413 (b) | 78 313.00 | 69 490.00 |
| Denmark | | 22 927.00 | 20 902.00 | 19 485.00 | : | 15 889.00 |
| Germany (until 1990 former territory of the FRG) | | 749 473.00 | 698 303.00 | 674 473.00 | 664 364.00 | 650 167.00 |
| Estonia | | 9 828.00 | 7 292.00 | 7 822.00 | 6 342.00 | 5 934.00 |
| Ireland | | : | : | 12 434.00 | 13 730 (b) | 14 412.00 |
| Greece | | 51 580.00 | 52 511.00 | 49 828 (b) | 45 945.00 | : |
| Spain | | 148 081.00 | 145 863.00 | 144 951 (b) | 138 368.00 | 139 933 (p) |
| France | | 484 279.00 | 455 175.00 | 416 710.00 | 408 245.00 | 386 918.00 |
| Croatia | | 26 955.00 | 24 220.00 | 24 831.00 | 23 489.00 | 22 923.00 |
| Italy | | 268 057.00 | 234 375.00 | 215 980.00 | 194 065.00 | 189 351.00 |
| Cyprus | | : | : | : | : | : |
| Latvia | | 20 773 (b) | 17 696.00 | 11 920.00 | 11 261.00 | 10 845.00 |
| Lithuania | | 30 912.00 | 24 200.00 | 22 190.00 | 20 236.00 | 16 802.00 |
| Luxembourg | | : | 2 691.00 | 2 721.00 | 2 825.00 | 2 644.00 |
| Hungary | | 83 271.00 | 79 834.00 | 71 818.00 | 68 843.00 | 65 886.00 |
| Malta | | 2 113.00 | 3 007.00 | 1 874.00 | 2 041.00 | 2 259.00 |
| Netherlands | | 78 373.00 | 72 441.00 | 68 450.00 | 59 117 (b) | 50 777 (p) |
| Austria | | 63 674.00 | 63 248.00 | 64 008.00 | 65 138.00 | 62 873.00 |
| Poland | | : | 248 060.00 | 251 456.00 | 252 029.00 | 234 617.00 |
| Portugal | | 38 165.00 | 37 372.00 | 35 646.00 | 34 890.00 | 36 332.00 |
| Romania | | 172 656.00 | 146 529.00 | 134 736.00 | 134 572.00 | 137 191.00 |
| Slovenia | | 10 745.00 | 9 666.00 | 9 367.00 | 9 315.00 | 8 994.00 |
| Slovakia | | 42 333.00 | 36 471.00 | 34 850.00 | 31 172.00 | 31 016.00 |
| Finland | | 39 027.00 | 37 000.00 | 31 418.00 | 23 469.00 | 15 626.00 |
| Sweden | | 31 765.00 | 26 478.00 | 25 566.00 | 23 984.00 | 21 217.00 |

Special value:
(c) not available

Available flags:
(b) break in time series
(p) provisional

(e) estimated

Ma, se lasciamo le medie e vediamo ai singoli Paesi, il quadro della dotazione ospedaliera della UE a 27 è molto vario. In Germania, che con una dotazione di oltre 650mila letti ha il numero più elevato di posti letto nella UE, ma che proprio in questi mesi è alla prova di una drastica riforma ospedaliera che ha tra gli altri proprio l'obiettivo di razionalizzare l'attuale strutturazione della rete, ci sono ancora 7,8 letti ogni 10mila abitanti poco di meno di quanti erano nel 2000 (9,1).

In Francia, altro grande Paese con molti posti letto (poco meno di 387mila), abbiamo tuttora un indice di 5,7 letti per 1.000 abitanti, pur con una riduzione più marcata della Germania rispetto al 2000 quando i francesi potevano contare su una disponibilità di 7,9 letti ogni 1.000 residenti.

Ma ad avere pochi letti, comunque, non siamo solo noi: sotto la soglia del 3 x mille troviamo ad esempio Paesi come la Svezia, la Finlandia, la Danimarca e i Paesi Bassi. Mentre su soglie superiori a 6 letti per mille troviamo un mix di Paesi tra i quali Austria (7 per mille), Ungheria (6,7) e Romania (7,1).

Numero posti letto ospedalieri per 100.000 abitanti nella UE a 27. Anni 2000-2020

| ↑ | ⌵ | TIME | 2000 ↓ | 2005 ↓ | 2010 ↓ | 2015 ↓ | 2020 ↓ |
|---|---|--|------------|--------|------------|------------|------------|
| | | GEO ↓ | | | | | |
| | | European Union - 27 countries (from 2020) | : | 612.26 | 573.83 | 549.02 | : |
| | | Belgium | 672.14 | 643.50 | 610.29 | 583.22 | 553.06 |
| | | Bulgaria | 741.13 | 647.95 | 661.66 | 723.50 | 781.88 |
| | | Czechia | 779.96 (b) | 757.10 | 729.52 (b) | 666.72 | 649.57 |
| | | Denmark | 429.38 | 385.69 | 349.79 | : | 258.75 |
| | | Germany (until 1990 former territory of the FRG) | 911.64 | 846.74 | 832.56 | 813.31 | 781.82 |
| | | Estonia | 703.52 | 538.24 | 527.39 | 482.10 | 446.33 |
| | | Ireland | : | : | 272.67 | 292.01 (b) | 289.07 |
| | | Greece | 476.60 | 477.92 | 448.04 (b) | 424.60 | : |
| | | Spain | 365.02 | 334.14 | 311.21 (b) | 297.92 | 295.45 (p) |
| | | France | 797.01 | 722.49 | 642.88 | 613.46 | 574.23 |
| | | Croatia | 613.09 | 561.73 | 577.96 | 556.30 | 566.38 |
| | | Italy | 470.75 | 404.31 | 364.35 | 319.55 | 318.51 |
| | | Cyprus | : | : | : | : | : |
| | | Latvia | 877.41 (b) | 790.42 | 568.28 | 569.45 | 528.56 |
| | | Lithuania | 883.32 | 728.36 | 716.43 | 696.61 | 601.17 |
| | | Luxembourg | : | 578.51 | 536.74 | 495.96 | 419.40 |
| | | Hungary | 815.51 | 791.45 | 718.18 | 699.41 | 675.74 |
| | | Malta | 541.67 | 744.61 | 452.10 | 458.60 | 438.36 |
| | | Netherlands | 492.12 | 443.88 | 411.97 | 348.98 (b) | 291.13 (p) |
| | | Austria | 794.78 | 768.71 | 765.33 | 753.68 | 705.10 |
| | | Poland | : | 652.06 | 660.98 | 663.47 | 619.06 |
| | | Portugal | 370.90 | 355.81 | 337.14 | 336.84 | 352.84 |
| | | Romania | 769.31 | 687.29 | 665.47 | 679.12 | 712.40 |
| | | Slovenia | 540.24 | 483.19 | 457.24 | 451.41 | 427.79 |
| | | Slovakia | 785.59 | 678.81 | 646.40 | 574.73 | 568.18 |
| | | Finland | 753.97 | 705.29 | 585.79 | 428.30 | 282.59 |
| | | Sweden | 358.03 | 293.24 | 272.61 | 243.94 | 204.93 |

Special value:
(:) not available

Available flags:
(b) break in time series

(p) provisional

[A questo link il set di dati completi.](#)

Personale Ssn. Nel 2021 (+6mila unità) con oltre 670mila addetti si torna vicino ai livelli 2012. Il 68,7% è donna. Retribuzioni "frenano". Giulio Nisi. Quotidiano Sanità

I dati del conto annuale della Ragioneria generale dello Stato. Guardando indietro negli anni la riduzione più significativa del personale si è avuta tra il 2012 e il 2018, quando si passa da 673.416 dipendenti a 648.502 con una perdita di quasi 25mila unità. Poi con l'allentamento dei tetti e il Covid si è tornati ad assumere ed ora siamo vicini ai 673mila addetti del 2012.

21 MAR - La buona notizia è che nel 2021 rispetto al 2020 aumentano ancora gli organici del Ssn, anche se solo dello 0,92% (+6.097 unità in totale, di cui 6.574 donne, mentre gli uomini registrano il segno meno con -477).

In tutto, sempre nel 2021, siamo a quota 670.566 unità, di cui 460.858 donne, pari al 68,7% del totale.

| Occupazione 2021, 2020 e differenza 2021-2020 | | | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|--------------|
| Categoria | 2.021 | | | 2.020 | | | Differenza 2021-2020 | | |
| | Tot Uomini | Tot Donne | Totale | Tot Uomini | Tot Donne | Totale | Tot Uomini | Tot Donne | Totale |
| Totale generale Ssn | 209.708 | 460.858 | 670.566 | 210.185 | 454.284 | 664.469 | -477 | 6.574 | 6.097 |
| Totale medici | 59.249 | 68.175 | 127.424 | 60.813 | 65.782 | 126.595 | -1.564 | 2.393 | 829 |
| Medici | 52.720 | 55.530 | 108.250 | 54.115 | 53.868 | 107.983 | -1.395 | 1.662 | 267 |
| Veterinari | 3.292 | 1.633 | 4.925 | 3.512 | 1.440 | 4.952 | -220 | 193 | -27 |
| Odontoiatri | 91 | 46 | 137 | 86 | 36 | 122 | 5 | 10 | 15 |
| Dirigenti sanitari non medici | 2.897 | 10.577 | 13.474 | 2.882 | 10.085 | 12.967 | 15 | 492 | 507 |
| Dirigenti professioni sanitarie | 249 | 389 | 638 | 218 | 353 | 571 | 31 | 36 | 67 |
| Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi | 2.507 | 2.328 | 4.835 | 2.445 | 2.143 | 4.588 | 62 | 185 | 247 |
| Totale personale non dirigente | 147.361 | 390.089 | 537.450 | 146.294 | 386.115 | 532.409 | 1.067 | 3.974 | 5.041 |
| Personale infermieristico | 62.460 | 217.377 | 279.837 | 61.760 | 215.358 | 277.118 | 700 | 2.019 | 2.719 |
| Personale tecnico sanitario | 13.004 | 24.419 | 37.423 | 12.776 | 23.701 | 36.477 | 228 | 718 | 946 |
| Personale vigilanza e ispezione | 5.692 | 5.060 | 10.752 | 5.907 | 4.997 | 10.904 | -215 | 63 | -152 |
| Personale funzioni riabilitative | 3.840 | 17.083 | 20.923 | 3.689 | 16.616 | 20.305 | 151 | 467 | 618 |
| Ruolo professionale | 230 | 32 | 262 | 233 | 31 | 264 | -3 | 1 | -2 |
| Ruolo tecnico | 44.564 | 78.579 | 123.143 | 44.293 | 77.697 | 121.990 | 271 | 882 | 1.153 |
| Ruolo ricerca sanitaria | 299 | 1.067 | 1.366 | 332 | 1.168 | 1.500 | -33 | -101 | -134 |
| Ruolo amministrativo | 17.272 | 46.472 | 63.744 | 17.304 | 46.547 | 63.851 | -32 | -75 | -107 |
| Altro personale | 591 | 266 | 857 | 633 | 244 | 877 | -42 | 22 | -20 |

Detto questo però gli altri risultati che mostra il Conto annuale 2021 della Ragioneria generale dello Stato, appena pubblicato, non sono incoraggianti.

Aumentano i precari: il tempo determinato fa registrare un +39% nel 2021 rispetto al 2020 (ma si riduce il lavoro interinale anche se solo del 3% circa in media). Per i lavori socialmente utili e la formazione lavoro nel Ssn si tratta solo di poche decine di unità che non influiscono sul dato generale e, comunque, sono in calo nel 2021 rispetto al 2020.

| Lavori flessibili 2021 e differenza 2021-2020 | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| Categoria | 2021 | | | | Differenza 2021-2020 | | | |
| | Tempo Determinato Uomini | Tempo Determinato Donne | Interinale Uomini | Interinale Donne | Tempo Determinato Uomini | Tempo Determinato Donne | Interinale Uomini | Interinale Donne |
| Totale Ssn | 16.578 | 37.591 | 2.503 | 5.748 | 4.605 | 10.672 | - 88 | - 177 |
| Personale contrattista | 95 | 81 | 60 | 74 | 39 | 0 | 60 | 73 |
| Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi | 187 | 195 | 76 | 195 | - 27 | 10 | - 22 | 21 |
| Totale dirigenti sanitari | 3.524 | 6.416 | 47 | 158 | 707 | 1.525 | 36 | 148 |
| Dirigenti sanitari non medici | 689 | 2.321 | 15 | 65 | 436 | 1.348 | 15 | 65 |
| Dirigenti professioni sanitarie | 34 | 75 | 16 | 80 | 14 | 33 | 11 | 69 |
| Medici | 2.618 | 3.857 | 16 | 14 | 222 | 130 | 10 | 14 |
| Odontoiatri | 8 | 5 | - | - | 2 | 1 | - | - |
| Veterinari | 174 | 158 | - | - | 33 | 12 | - | - |
| Totale personale non dirigente | 12.772 | 30.899 | 2.321 | 5.320 | 3.886 | 9.137 | - 162 | - 419 |
| Profili ruolo amministrativo | 1.177 | 3.274 | 434 | 1.226 | 409 | 1.107 | 136 | 332 |
| Profili ruolo professionale | 93 | 157 | 123 | 349 | 76 | 145 | 120 | 330 |
| Personale funzioni riabilitative | 585 | 1.643 | 97 | 132 | 321 | 537 | 70 | 16 |
| Personale infermieristico | 5.624 | 16.122 | 280 | 1.263 | 1.740 | 4.847 | - 356 | - 1.094 |
| Personale tecnico sanitario | 1.030 | 1.902 | 159 | 349 | 205 | 225 | - 88 | - 27 |
| Personale vigilanza e ispezione | 234 | 325 | 4 | 8 | 75 | - 23 | - 5 | - 27 |
| Profili ruolo tecnico | 4.029 | 7.477 | 1.224 | 1.994 | 1.062 | 2.298 | - 39 | 51 |

Le retribuzioni frenano e per alcune categorie, finito l'effetto degli arretrati per il contratto 2016-2018 regrediscono sensibilmente: in assoluto il calo generale è del -0,82% (-351 euro lordi l'anno pro-capite), ma per alcune categorie, del personale dirigente e per i dirigenti delle professioni sanitarie, il calo è più marcato e va dal -1,52 per i profili del ruolo tecnico al -11,12 per quelli del ruolo professionale.

| Retribuzioni medie annuali 2021, 2020 e differenza 2021-2020 | | | |
|--|------------------|------------------|-----------------|
| Categorie | 2021 | 2020 | Diff.2021-2020 |
| Media generale Ssn | 42.357,63 | 42.708,76 | - 351,13 |
| Media dirigenti non sanitari | 82.072,87 | 81.990,98 | 81,90 |
| Media dirigenti sanitari | 85.003,62 | 84.066,07 | 937,56 |
| Media dirigenti sanitari non medici | 77.150,00 | 72.888,11 | 4.261,89 |
| Dirigenti professioni sanitarie | 67.500,39 | 71.878,04 | - 4.377,65 |
| Medici | 86.254,59 | 85.212,76 | 1.041,83 |
| Odontoiatri | 72.549,74 | 72.208,23 | 341,51 |
| Veterinari | 90.646,30 | 89.527,06 | 1.119,24 |
| Media personale non dirigente | 31.622,80 | 32.224,64 | - 601,84 |
| Ruolo amministrativo | 28.651,46 | 28.772,96 | - 121,50 |
| Ruolo professionale | 30.670,53 | 34.508,80 | - 3.838,27 |
| Ruolo ricerca sanitaria | 30.529,98 | 29.668,12 | 861,86 |
| Personale funzioni riabilitative | 30.737,50 | 31.213,39 | - 475,88 |
| Personale infermieristico | 33.939,51 | 34.714,16 | - 774,65 |
| Personale tecnico sanitario | 33.606,49 | 34.308,14 | - 701,65 |
| Personale vigilanza e ispezione | 35.536,49 | 36.106,25 | - 569,76 |
| Profili ruolo tecnico | 27.106,22 | 27.630,16 | - 523,95 |

Nel ruolo sanitario il calo maggiore del -2,23% (775 euro annui lordi medi procapite) è degli infermieri, il minore del -1,53% (476 euro) dei profili della riabilitazione.

I dirigenti delle professioni sanitarie, che rappresentano la punta più avanzata con contratto della dirigenza delle categorie del comparto, registrano il -6,09% (-4.378 euro annui lordi medi procapite).

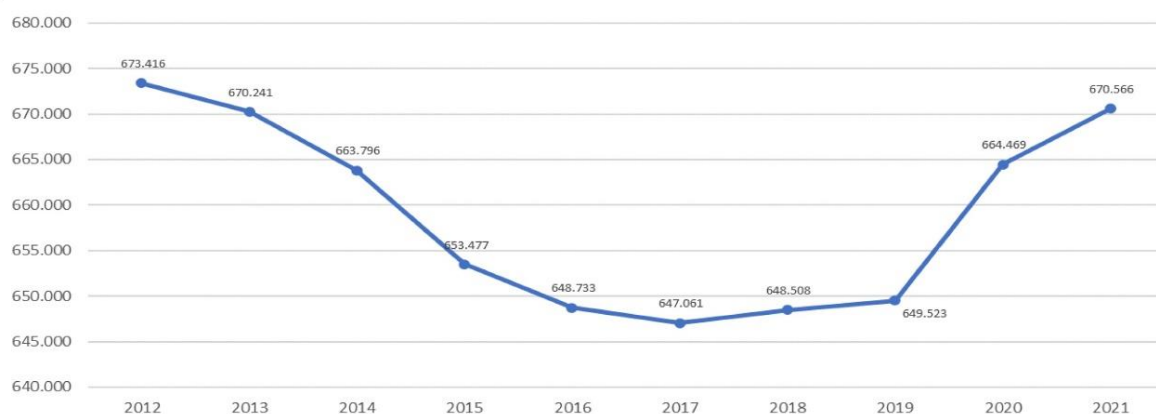
Al contrario, anche se con valori più contenuti, aumentano le retribuzioni della dirigenza.

In media del +1,12% (938 euro), con la crescita maggiore per i dirigenti sanitari non medici del +5,85% (4.262 euro) e quella minore degli odontoiatri con il +0,47% (342 euro).

Le retribuzioni dei medici aumentano del +1,22% (1.042 euro) e quelle dei veterinari del + 1,25% (1.119 euro).

Dal 2021 al 2018 perse quasi 25mila unità. Guardando indietro negli anni la riduzione più significativa del personale si è avuta tra il 2012 al 2018, quando si passa da 673.416 dipendenti a 648.502 con una perdita di quasi 25mila unità, che, come spiega la RGS, “è il risultato delle misure di contenimento della spesa di personale che si sono succedute a partire dal triennio 2005/2007 (L. 30/12/2004, n. 311, art.1, comma 98)”, poi modificate fino alla normativa attuale che, scrive sempre la RGS, “ha rivisto i limiti alla spesa di personale del SSN salvaguardando nel contempo l'equilibrio economico finanziario del sistema, nel quadro del rispetto degli adempimenti relativi all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e sta consentendo di superare la carenza di personale del Servizio sanitario nazionale, determinatasi nel corso degli anni a causa del blocco del turn-over e dei limiti di spesa previsti dalla previgente legislazione in materia assunzionale”.

Sistema sanitario nazionale: occupati
Valori assoluti, annualità 2012-2021



Fonte: Elaborazioni su Conto Annuale del Personale, IGOP - Ragioneria Generale dello Stato

Tornando al 2021, come abbiamo visto, sia per i progressivi “allentamenti” dei tetti e soprattutto per la spinta durante la pandemia siamo tornati a un totale di dipendenti del Ssn quasi in linea con il dato 2012 con variazioni complessive tra i vari profili professionali quasi sempre limitati tranne che per la categoria macrocategoria “dirigenti non medici” (biologi, chimici, farmacisti fisici e psicologi e dirigenti delle professioni sanitarie) e nella macrocategoria “altro personale” (direttori generali e personale contrattista) che hanno fatto registrare percentuali di riduzioni degli organici elevate:

Questo il quadro di sintesi dal 2012 al 2021 per grandi categorie:

- Nella macrocategoria “medici” (medici, odontoiatri e veterinari) – che dal 2020 confluiscono nella più ampia categoria dei “dirigenti sanitari” - si registra una diminuzione di 1.317 unità con una riduzione dell’1,15 per cento. Le unità passano. Da 114.640 nel 2012 a 113.323 unità nel 2021;
- Nella macrocategoria “personale non dirigente” il personale è diminuito da 537.712 unità del 2012 a 537.450 unità nel 2021, con una riduzione dello 0,05 per cento (262 unità);
- Nella macrocategoria “dirigenti non medici” (biologi, chimici, farmacisti fisici e psicologi e dirigenti delle professioni sanitarie) e nella macrocategoria
- “altro personale” (direttori generali e personale contrattista) si registrano decrementi maggiori (rispettivamente del 28,61 per cento e del 66,48 per cento).

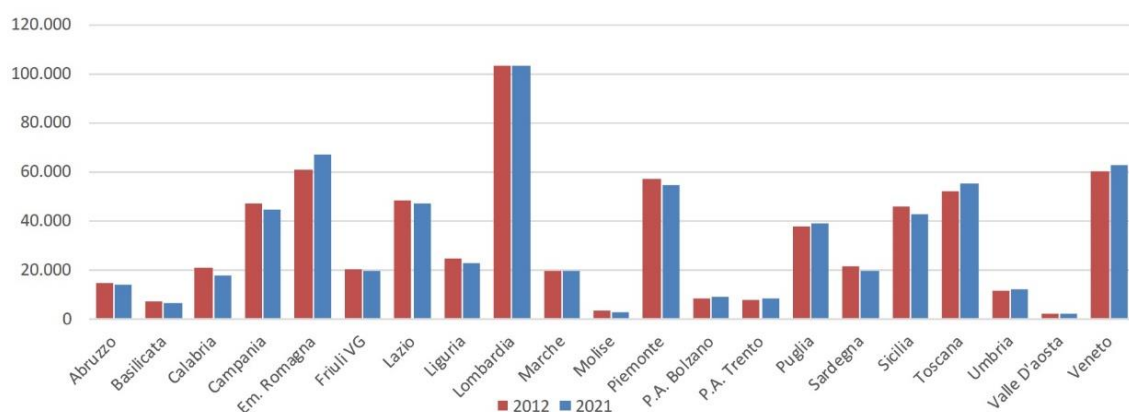
La relazione della RGS analizza anche il risultato 2012-2021 a livello regionale e le regioni dove si rileva una variazione percentuale negativa dell'occupazione sono il Molise, Calabria e Basilicata.

Viceversa, l'Emilia-Romagna, le Province Autonome di Bolzano e di Trento registrano un incremento del personale.

Altre regioni, quali ad esempio Lombardia, Lazio e Friuli-Venezia Giulia, presentano, invece, un andamento dell'occupazione in leggero calo.

Servizio sanitario nazionale: confronto dell'occupazione su base regionale

Annualità 2012-2021



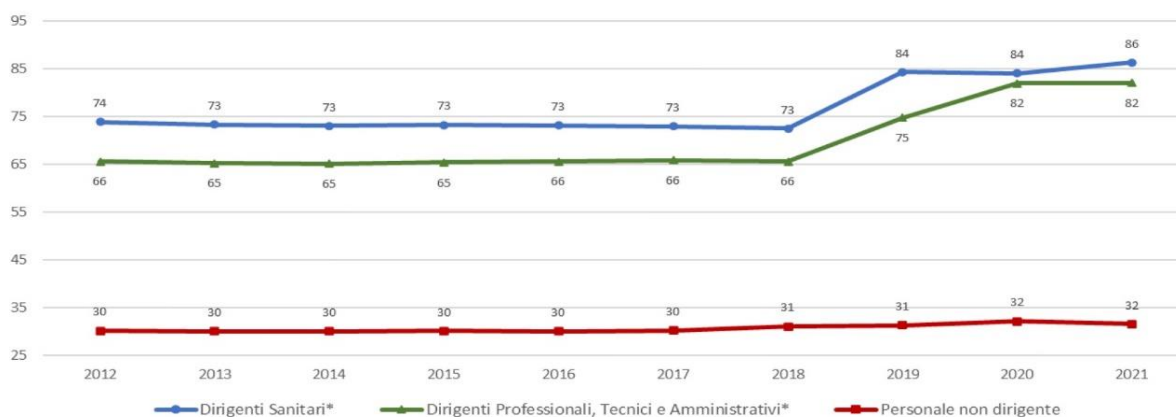
Fonte: Elaborazioni su Conto Annuale del Personale, IGOP - Ragioneria Generale dello Stato

Le retribuzioni.

Per quanto riguarda le retribuzioni, la RGS sottolinea che il valore della retribuzione media ha registrato un andamento costante anche per il blocco della contrattazione nel periodo 2010/2015, che ha lasciato invariate le retribuzioni del personale dipendente.

Sistema sanitario nazionale: andamento della retribuzione media per macrocategoria

Valori medi, annualità 2012-2021, importi in migliaia di euro, macrocategorie selezionate



Fonte: Elaborazioni su Conto Annuale del Personale, IGOP - Ragioneria Generale dello Stato

*Dirigenti sanitari: medici fino a 2019; *Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi: non medici fino a 2019

Le variazioni registrate nella retribuzione media dopo il 2012, sono da imputarsi alla diversa composizione del personale a seguito delle cessazioni dal servizio, solo in parte ricoperte da nuove assunzioni, per effetto delle limitazioni imposte al turn over.

Ad analoghe conclusioni si giunge analizzando i rapporti tra le retribuzioni nelle varie macrocategorie di personale, che appaiono costanti lungo tutto l'arco temporale considerato.

L'aumento della retribuzione media nel 2019 per i dirigenti medici e non medici (farmacisti, biologi, chimici...) è dovuto al rinnovo contrattuale triennio 2016-2018 sottoscritto a dicembre 2019, considerato che per gli enti del SSN la rilevazione del costo di personale avviene secondo il criterio della competenza economica. Dal grafico, comunque, si nota il leggero aumento tra il 2020 e 2021 per i dirigenti sanitari e lo stallo o la diminuzione per le altre categorie.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112218

quotidiano**sanita**.it

La "grande fuga" di medici e infermieri dall'Italia. Giulio Nisi. Quotidiano Sanità

Tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180mila professionisti

Di questi circa 131mila sono medici e circa 48mila infermieri. La meta preferita per gli infermieri è il Regno Unito, seguito dalla Svizzera e dalla Germania. I medici invece hanno concentrazioni minori in un singolo Stato, ma si sono distribuiti in numeri maggiori in più stati: Francia e Belgio in primis e poi Germania, Israele, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti.

07 MAR - Negli ultimi 20 anni tra medici e infermieri sono 'fuggiti' all'estero quasi in 180 mila. Secondo un'elaborazione dei dati contenuti nel Database Ocse, estratti e elaborati da Quotidiano Sanità, è questa una stima verosimile dei professionisti sanitari che nel nuovo millennio hanno scelto di lavorare fuori dall'Italia. I numeri non segnalano quanti poi siano tornati o quanti invece sono andati in pensione ma evidenziano in ogni caso come il fenomeno, soprattutto a partire dal 2009 con l'inizio del blocco del turnover e dei contratti, sia molto rilevante e abbia impattato sulla carenza di personale che oggi vive il Ssn.

La fuga durante gli anni della pandemia.

Secondo il database OCSE aggiornato nel 2022, negli ultimi tre anni disponibili – 2019, 2020 e 2021 - sono all'estero 15.109 infermieri (ma manca il dato della Germania dove, secondo altre stime, sono al lavoro circa 2.700 infermieri italiani) e 21.397 medici.

Una "fuga" oltre confine quindi di quasi 40mila laureati nelle università italiane nell'ultimo triennio che, oltre ad aggravare pesantemente le carenze di personale, hanno costi elevati e nessun ritorno: la formazione di un infermiere costa circa 22.500 euro sui cinque anni (13.500 sul triennio: circa 4.500 euro/anno) e quella di un medico 41.000 euro sui sei anni di laurea che con i costi per la specializzazione sale a circa 150-160.000 euro pro-capite. Questo si tradurrebbe negli ultimi anni in circa 3,5-3,6 miliardi "investiti" nella formazione di medici e infermieri che sono ormai patrimonio di altre nazioni.

C'è da dire che dopo l'emergenza Covid il flusso di medici e infermieri che hanno scelto di lavorare fuori dei confini italiani si è ridotto, probabilmente per la nuova politica di apertura del Ssn e per la ricerca di professionisti necessari a colmare le carenze messe in evidenza soprattutto con la pandemia.

Nel 2021 infatti risultavano all'estero poco più di 4mila medici contro circa il doppio degli anni precedenti, mentre sono "partiti" circa 3.800 infermieri contro i 6mila degli anni precedenti.

La somma è riferita agli ultimi tre anni, in quanto verosimilmente chi è partito è ancora all'estero (se fossero anche solo il 25% si tratterebbe di circa ulteriori 7.500 infermieri e 27.400 medici), ma andando indietro nel tempo (il database OCSE fornisce dati a partire dal 2000), si vede che la "fuga" è andata via via aumentando soprattutto negli anni subito successivi al blocco dei contratti e ai primi blocchi del turnover. Mentre infatti fino al 2009 compreso risultavano all'estero circa 350-400 infermieri italiani l'anno e 2-3000 medici l'anno, negli anni successivi il numero è aumentato raggiungendo per i medici il culmine di oltre 9.700 presenze all'estero nel 2016 e per gli infermieri di oltre 6.600 nello stesso anno.

La fuga tra il 2000 e il 2018.

| L'emigrazione di medici e infermieri all'estero | | | | |
|---|----------------|------------|----------------------|--------------------|
| Stati di destinazione | 2019-2020-2021 | | 2000/2018* | |
| | Medici | Infermieri | Medici | Infermieri |
| Austria | 111 | - | 500 | - |
| Belgio | 3.156 | 1.575 | 7.082 | 2.109 |
| Canada | 247 | 112 | 2.058 | 431 |
| Cile | 76 | 14 | 57 | 4 |
| Repubblica Ceca | 10 | - | 19 | - |
| Estonia | 3 | - | 21 | - |
| Finlandia | 132 | 6 | 469 | 51 |
| Francia | 3.368 | 718 | 9.872 | 4.036 |
| Grecia | - | - | - | 65 |
| Germania | 2.607 | 2.700** | 12.889 | 4.200** |
| Ungheria | 8 | - | 67 | 1 |
| Israele | 4.357 | 54 | 28.858 | 287 |
| Irlanda | 380 | - | 669 | - |
| Lettonia | - | - | 3 | - |
| Paesi Bassi | 150 | 57 | 609 | 51 |
| Nuova Zelanda | 73 | 16 | 229 | 8 |
| Norvegia | 133 | 40 | 359 | 120 |
| Polonia | 53 | - | 70 | - |
| Portogallo | - | - | - | 79 |
| Slovenia | 132 | 1 | 315 | - |
| Svezia | 216 | 39 | 2.269 | 169 |
| Svizzera | 2.526 | 2.342 | 8.416 | 9.145 |
| Regno Unito | 3.659 | 10.135 | 9.222 | 19.966 |
| Stati Uniti | - | - | 25.690 | - |
| Totale presenza attiva all'estero | 21.397 | 17.809 | 109.743 (25%=27.436) | 29.826 (25%=7.457) |
| * Il dato rappresenta il totale di professionisti che sono andati a lavorare nei vari Paesi, ma non il numero di quelli che ancora sono attivi nelle singole realtà | | | | |
| ** Il dato è stimato in base a quantificazioni di associazioni professionali e sindacati in quanto la Germania non ha comunicato il numero all'OCSE | | | | |
| Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati database OCSE 2022 | | | | |

Per quanto riguarda gli anni dal 2000 in poi, il database OCSE non riporta il numero di medici e infermieri che hanno fatto ritorno in patria, né quello di quanti all'estero sono andati in pensione o hanno abbandonato la professione attiva, ma comunque fino al 2018 erano andati all'estero nei vari anni quasi 37mila infermieri (manca sempre il dato della Germania per cui verosimilmente il numero sale a circa 43.000) e oltre 100mila medici. In totale quindi sommando i dati tra il 2000 e il 2022 si arriva a quasi 180 mila professionisti, di cui circa 131mila medici e circa 48mila infermieri.

Le mete preferite da medici e infermieri.

Per quanto riguarda le nazioni più ambite, per gli infermieri il numero maggiore di "italiani all'estero" è nel Regno Unito (da un minimo di 3.100 circa l'anno nel post pandemia a un massimo di 4.700 nel 2015, considerando solo gli ultimi anni), seguito dalla Svizzera (sempre intorno ai 1.100-1.200 l'anno) e, secondo altre stime, dalla Germania (intorno ai 1.000 l'anno), ma nelle altre nazioni la cifra raggiunge difficilmente i 100 l'anno. I medici invece hanno concentrazioni minori in un singolo Stato, ma si sono distribuiti in numeri maggiori in più stati: si va dai 1.500-1700 l'anno in Francia ai 1.000-1.050 in Belgio. Un numero comunque superiore a mille il database OCSE lo segnala in Germania, Israele, Svizzera e Regno Unito e fino al 2016 (successivamente non sono fornite rilevazioni) il dato è registrato anche oltreoceano con circa 2.200 medici italiani negli Stati Uniti che tuttavia non solo l'unica nazione extraeuropea dove si registrano presenze di laureati in Italia.

Il dato generale potrebbe essere comunque sottostimato perché, come nel caso della Germania per quanto riguarda gli infermieri ad esempio, non tutti i Paesi rispondono necessariamente alla domanda di dati dell'OCSE, anche se nella rilevazione disponibile sono comunque presenti i paesi principali dove è verosimile l'emigrazione.



eurostat

Posti letto ospedalieri per funzione e tipologia di cura

codice dati in linea: **HLTH_RS_BDS1** ultimo aggiornamento: **17/03/2023**

| It | TEMPO | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|-------|--------------|--------------|---------------|------------|
| GEO | | | | | |
| Unione Europea - 27 paesi (dal 2020) | | 2 402 238.00 | 2 376 324.00 | 2 356 123 (e) | : |
| Belgio | | 64 248.00 | 63 962 (b) | 63 847.00 | 63 634.00 |
| Bulgaria | | 53 173.00 | 53 997.00 | 54 216.00 | : |
| Cechia | | 70 351.00 | 70 225.00 | 69 490.00 | : |
| Danimarca | | 15 131.00 | 15 076.00 | 15 089.00 | 14 716 (p) |
| Germania (fino al 1990 ex territorio della RFG) | | 661 880.00 | 657 662.00 | 650 167.00 | : |
| Estonia | | 5 995.00 | 6 011.00 | 5 934.00 | : |
| Irlanda | | 14 475.00 | 14 213.00 | 14 412.00 | : |
| Grecia | | 45 053.00 | 44 817.00 | : | : |
| Spagna | | 139 061.00 | 138 861.00 | 139 933 (p) | : |
| Francia | | 395 670.00 | 392 593.00 | 386 918.00 | : |
| Croazia | | 22 960.00 | 23 040.00 | 22 923.00 | : |
| Italia | | 189 753.00 | 188 909.00 | 189 351.00 | : |
| Cipro | | 2 769.00 | 2 747.00 | : | : |
| Lettonia | | 10 587.00 | 10 379.00 | 10 045.00 | : |
| Lituania | | 18 025.00 | 17 733.00 | 16 802.00 | 17 116 (p) |
| Lussemburgo | | 2 740.00 | 2 644 (b) | 2 644.00 | 2 652.00 |
| Ungheria | | 67 947 (b) | 67 494.00 | 65 886.00 | 66 394 (p) |
| Malta | | 2 088.00 | 2 068.00 | 2 259.00 | : |
| Olanda | | 54 871.00 | 52 398.00 | 50 777 (p) | : |
| Austria | | 64 285.00 | 63 838.00 | 62 873.00 | : |
| Polonia | | 248 239.00 | 234 417 (b) | 234 617.00 | : |
| Portogallo | | 35 409.00 | 36 092.00 | 36 332.00 | : |
| Romania | | 135 691.00 | 136 715.00 | 137 191.00 | : |
| Slovenia | | 9 183.00 | 9 256.00 | 8 994.00 | : |
| Slovacchia | | 31 026 (b) | 31 422.00 | 31 016.00 | : |
| Finlandia | | 19 921.00 | 18 475.00 | 15 626.00 | : |
| Svezia | | 21 707.00 | 21 200.00 | 21 217.00 | : |
| Islanda | | 1 014.00 | 1 009.00 | 1 039.00 | : |
| Liechtenstein | | 39.00 | 56.00 | 89.00 | 89.00 |
| Norvegia | | 18 737.00 | 18 555.00 | 18 281.00 | : |
| Svizzera | | 39 401.00 | 39 390.00 | 38 705.00 | : |
| Montenegro | | 2 435.00 | 2 399.00 | 2 397.00 | : |
| Macedonia del Nord | | 8 754.00 | 8 853.00 | 8 909.00 | : |
| Albania | | : | : | : | : |
| Serbia | | 39 399.00 | 39 516.00 | 39 337.00 | : |
| Turkiye | | 231 913.00 | 237 504.00 | 251 182.00 | : |

quotidiano**sanita.it**

Sanità territoriale. Esaurite le risorse del Pnrr serviranno oltre 1,2 mld per far funzionare assistenza domiciliare e ospedali di comunità. Giovanni Rodriguez. Quotidiano Sanità

Da chiarire il ruolo dei Medici di famiglia. I dubbi dell'Ufficio parlamentare di bilancio

E tutto questo in un contesto di decrescita dei finanziamenti al Ssn. Si spiega quindi come, una volta esauriti gli oltre 7 miliardi di investimenti previsti, restano diversi dubbi su dove reperire quei fondi necessari a garantire la continuità di questi servizi: dall'assistenza domiciliare agli ospedali di comunità, fino al potenziamento di quelle risorse umane necessarie a garantire l'erogazione delle prestazioni. A mettere nero su bianco tutte queste criticità è l'Ufficio parlamentare di Bilancio (Upb) in un focus dedicato all'assistenza sanitaria territoriale.

14 MAR - Con i fondi del Pnrr l'Italia potrà contare su 7,5 miliardi di euro per riformare l'assistenza sul territorio. Un intervento ritenuto necessario dal momento che il ridimensionamento della capacità degli ospedali – peraltro già bassa rispetto ad altri paesi (il numero di posti letto per 1.000 abitanti è passato da 4 nel 2005 a 3,2 nel 2019, mentre la media europea è scesa da 6,1 a 5,3) – non è stato accompagnato da un adeguato rafforzamento della sanità territoriale, con carenze più evidenti in alcune Regioni.

Una volta esauriti questi investimenti, però, restano diversi dubbi su dove reperire quei fondi necessari a garantire la continuità di questi servizi: dall'assistenza domiciliare agli ospedali di comunità, fino al potenziamento di quelle risorse umane necessarie a garantire l'erogazione delle prestazioni. A mettere nero su bianco tutte queste criticità è l'Ufficio parlamentare di Bilancio (Upb) in un focus dedicato all'assistenza sanitaria territoriale.

Più nel dettaglio, dall'esame della riforma della sanità territoriale e del sistema di prevenzione, contenuta nel DM 77/2022, emergono tre principali criticità.

Innanzitutto, vengono sollevati alcuni dubbi sulla valutazione delle risorse correnti necessarie a rendere operative le nuove strutture di assistenza sanitaria territoriale.

Inoltre, quando le risorse del Pnrr saranno esaurite, "si dovrà rinvenire nei finanziamenti al Ssn più di un miliardo per dare continuità ai servizi di assistenza domiciliare e quando gli Ospedali di comunità saranno disponibili si dovranno reperire 239 milioni per il relativo personale. Peraltro, la programmazione finanziaria per il triennio iniziato nel 2023 implica un ridimensionamento della quota del prodotto allocata alla sanità pubblica, che renderebbe difficile potenziarne i servizi, anche in presenza di una riorganizzazione degli stessi", spiega l'Upb.

"Plausibilmente emergerà quindi - prosegue il focus - l'esigenza di destinare ulteriori finanziamenti all'assistenza sanitaria.

"Plausibilmente emergerà quindi - prosegue il focus - l'esigenza di destinare ulteriori finanziamenti all'assistenza sanitaria territoriale; tra l'altro il Governo si è impegnato con le Regioni a reperire ulteriori risorse ove si rendessero necessarie, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica. Con riguardo al necessario potenziamento delle risorse umane, la difficoltà di reperire il personale e la perdita di attrattività del Ssn stanno diventando un'emergenza, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri e alcune categorie di medici, da affrontare con una adeguata programmazione del personale, l'incremento dell'offerta formativa, l'adozione di misure volte a restituire attrattività al lavoro nel Ssn in termini di riconoscimento sociale ed economico".

Altro nodo che dovrà essere affrontato è quello che riguarda il coinvolgimento dei medici di medicina generale (Mmg) nell'attuazione della riforma. Questo richiederebbe una chiara regolazione delle forme e

dei modi della partecipazione alle varie strutture e una revisione dei percorsi formativi per rafforzarli e adeguarli alla nuova impostazione delle cure primarie sul territorio. "L'ipotesi di trasformare i medici di base da liberi professionisti convenzionati in dipendenti del Ssn al momento sembra essere stata accantonata. L'Atto di indirizzo per la convenzione con i Mmg 2019-21 enfatizza il ruolo delle aggregazioni dei medici di base più di quello delle Case della comunità e si limita a presupporre che la riorganizzazione emersa dai precedenti accordi sia già coerente con le previsioni del Pnrr e adattabile al nuovo Regolamento contenente gli standard dell'assistenza territoriale (DM 77/2022). Il ritardo nella contrattazione nazionale – la convenzione oggi in discussione è riferita a un periodo ormai scaduto – finisce per essere causa ed effetto delle difficoltà a introdurre, e finanziare, innovazioni più rilevanti, pure necessarie nell'ottica della riforma".

E ancora, si sottolinea come il nuovo Regolamento dell'assistenza sanitaria territoriale rappresenti lo strumento per assicurare standard uniformi su tutto il territorio nazionale, ma le innovazioni istituzionali dovranno essere calate nei singoli modelli regionali.

Il DM 77/2022, nella cui versione finale la parte prescrittiva è stata meglio individuata, ma anche delimitata, "lascia aperte molte soluzioni, anche riguardo al ruolo del mercato privato, che potrà trovare spazi di espansione piuttosto ampi a seconda delle scelte attuative delle Regioni. A maggiore ragione, per assicurare priorità alla funzione di programmazione, mantenendo da un lato il controllo sulla spesa e dall'altro lato l'impegno per l'appropriatezza e l'equità nell'erogazione delle prestazioni, appare rilevante il ruolo che assumerà il Distretto, enfatizzato nella parte descrittiva del Regolamento e rafforzato da recenti provvedimenti", spiega l'Upb.

Viene infine osservato che alcuni aspetti importanti della riforma, quali ad esempio il meccanismo di integrazione con i servizi sociali gestiti dagli ambiti territoriali sociali (Ats), il cui personale dovrà essere presente nelle Case della comunità, e tra il Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici, istituito con il DL 36/2022, e il Sistema di protezione dell'ambiente sono ancora in fase di definizione. "Quest'ultimo aspetto rileva anche in considerazione della recente riforma costituzionale, che introduce la tutela dell'ambiente e prevede limiti all'attività economica privata in relazione allo stesso ambiente e alla salute", conclude il focus.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=112007#:~:text=Inoltre%2C%20quando%20le%20risorse%20del,milioni%20per%20il%20relativo%20personale

la Repubblica

Stipendi, nel 2022 qualcosa si è mosso. Raffaele Ricciardi. La Repubblica

ma il +3,4% resta lontano dall'inflazione. Ecco dove si guadagna meglio

Tra rinnovi contrattuali e dimissioni, è tornata un po' di spinta. Ma il potere d'acquisto ha comunque ceduto oltre cinque punti. La classifica delle Regioni: Lombardia in vetta, ma considerando il mix di prezzi e buste paga è il Lazio a difendersi meglio.

MILANO - Qualcosa, nelle buste paga degli italiani, si è mosso. In media l'anno scorso i dipendenti del settore privato hanno guadagnato il 3,4% in più rispetto al 2021 per portarsi a quota 30.284 euro.

Il dato, che emerge da un'analisi in tempo pressoché reale dell'Osservatorio JobPricing, si presta alla classica lettura da bicchiere mezzo pieno e mezzo vuoto.

Da una parte torna un po' di dinamismo, se si considera che in tutto il periodo tra il 2015 e il 2021 i salari avevano messo insieme un incremento del solo 2,1%, ovvero lo 0,4% medio annuo.

| Stipendi, ecco come si sono mossi nel 2022 | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|--------------------|--------------------|
| RAL (FISSO) | 2015 | 2021 | 2022 | TREND 2021-2022 | TREND 2015-2022 |
| Dirigenti | 104.266 € | 101.649 € | 103.418 € | 1,7% | -0,8% |
| Quadri | 53.217 € | 54.519 € | 55.632 € | 2,0% | 4,5% |
| Impiegati | 30.624 € | 30.836 € | 32.174 € | 4,3% | 5,1% |
| Operai | 23.937 € | 24.787 € | 25.522 € | 3,0% | 6,6% |
| TOTALE | 28.693 € | 29.301 € | 30.284 € | 3,4% | 5,5% |

| RGA (FISSO + VARIABILE) | 2015 | 2021 | 2022 | TREND 2021-2022 | TREND 2015-2022 |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|--------------------|--------------------|
| Dirigenti | 116.048 € | 112.906 € | 114.438 € | 1,4% | -1,4% |
| Quadri | 56.128 € | 56.981 € | 57.985 € | 1,8% | 3,3% |
| Impiegati | 31.443 € | 31.329 € | 32.747 € | 4,5% | 4,1% |
| Operai | 24.525 € | 24.966 € | 25.688 € | 2,9% | 4,7% |
| TOTALE | 29.600 € | 29.840 € | 30.830 € | 3,3% | 4,2% |

Ma non si può guardare il fenomeno senza applicare [la lente dell'inflazione](#). Che, come sappiamo, è stata dell'8,1% nell'anno scorso, o addirittura all'8,7% se si prende il dato IpcA armonizzato tra i Paesi europei. Insomma, i redditi hanno sacrificato nell'ordine dei cinque punti percentuali di potere d'acquisto alla corsa dei prezzi trainata da energia e alimentari.

"Gli ultimi mesi sono stati caratterizzati da un dinamismo del mercato del lavoro dettato dal recupero occupazionale dopo il Covid e dal fenomeno di un [generale rimescolamento](#) che ha dato luogo alla [crescita delle dimissioni](#) per ricollocarsi in posizioni giudicate più consone e gratificanti", ragiona Federico Ferri, partner di JobPricing. "I dati reddituali sono coerenti con le osservazioni di lavoratori che non sono più disposti ad accettare condizioni economiche inadeguate o rinunciare all'equilibrio con la loro vita privata. Il 'tazzo di pane' non basta più".

Operai e donne salgono di più

Tra gli aspetti positivi c'è anche una sorta di effetto redistributivo dei redditi, con la crescita più forte per gli inquadramenti inferiori: +3% gli operai, +4,3% gli impiegati. Si scende invece al +2% per i quadri e al +1,7% tra i dirigenti. Dinamica confermata anche se si ragiona in termini di RGA, ovvero comprendendo la parte variabile. Anche in questo caso, però, se si guarda al potere d'acquisto c'è poco da stappare.

L'inflazione di questi mesi, derivante da energia e beni di prima necessità, ha picchiato più duro sui nuclei più fragili: si calcola sia stata superiore al 12% per le famiglie con minore capacità di spesa, e "solo" del 7,2% per quelle con portafoglio più capiente.

Stipendi: meglio le donne nel 2022

Valori in euro e variazioni percentuali

| GENERE | RAL 2022 | TREND 2021-2022 |
|--------|----------|-----------------|
| Uomini | 31,286 | 2,2% |
| Donne | 28,565 | 5,1% |
| TOTALE | 30,284 | 3,4% |

Tabella: Raffaele Ricciardi • Fonte: [Osservatorio JobPricing](#) • [Scaricare i dati](#) • [Incorpora](#) • Creato con [Datawrapper](#)

In parte, a favore di operai&Co. hanno giocato i rinnovi contrattuali: secondo i dati Istat, le retribuzioni base sono salite dell'1,1% l'anno scorso. "Tra i responsabili delle risorse umane si conferma un fermento per quel che riguarda gli inquadramenti inferiori", aggiunge Ferri. Non a caso, "cresce l'importanza data agli strumenti di welfare che sono inseriti ormai in tutte le ipotesi di rinnovo contrattuale".

Ma "è anche possibile che le imprese abbiano deciso di investire dove il problema sociale della corsa dei prezzi era più forte, e anche abbiano allentato i cordoni della borsa per frenare possibile fughe di personale". Questa dinamica spiegherebbe la dinamica settoriale e per genere. I salari delle donne sono saliti del 5,1% contro il 2,2% degli uomini.

"E proprio le donne sono maggiormente rappresentate nei settori che hanno registrato gli aumenti più consistenti, come l'horeca, il tessile o il turismo", rimarca Matteo Gallina, data manager e senior consultant di JobPricing. Ulteriore spia in questo senso, per certi versi inattesa: la dimensione aziendale non è stata quest'anno un problema, anzi le imprese minori sono quelle che hanno registrato gli incrementi più forti.

Le Regioni dove le buste paga salgono di più

Ultima annotazione, quella a livello territoriale. Liguria, Lazio e Veneto (con una crescita superiore al +4%) sono le Regioni che hanno visto una dinamica salariale più frizzante. Di contro Trentino Alto Adige (fanalino di coda al +1%), Campania e Valle d'Aosta sono rimaste al palo. Nel primo caso, la perdita di potere d'acquisto è da record e supera gli 8 punti percentuali. La Lombardia vince per distacco tra i valori assoluti, con un reddito medio sopra 32.500 euro contro i 25.710 della Basilicata.

| REGIONE | Ral 2022 | TREND 2021- 2022 (%) | INFLAZIONE MEDIA ANNUA 2022 (Nic, Istat, %) | DELTA STIPENDI/INFLAZIONE (punti percentuali) |
|-----------------------------|-------------|-------------------------------|---|---|
| Trentino- Alto Adige | 31.314 € | 1,0% | 9,4% | -8, |
| Sicilia | 27.101 € | 3,7% | 9,7% | -6, |
| Abruzzo | 28.405 € | 2,9% | 8,8% | -5, |
| Umbria | 28.068 € | 2,9% | 8,7% | -5, |
| Sardegna | 27.000 € | 3,3% | 9,1% | -5, |
| Campania | 27.352 € | 2,2% | 7,9% | -5, |
| Friuli Venezia Giulia | 30.406 € | 3,1% | 8,2% | -5 |
| Puglia | 27.035 € | 3,7% | 8,7% | -5, |
| TOTALE | 30.284 € | 3,4% | 8,1% | -4, |
| Lombardia | 32.534 € | 3,1% | 7,8% | -4, |
| Valle d'Aosta | 30.557 € | 2,3% | 6,9% | -4, |
| Emilia- Romagna | 30.896 € | 3,8% | 8,4% | -4, |
| Toscana | 29.478 € | 3,7% | 8,2% | -4, |
| Liguria | 31.592 € | 4,5% | 9,0% | -4, |
| Calabria | 26.367 € | 3,7% | 8,1% | -4, |
| Veneto | 30.409 € | 4,3% | 8,5% | -4, |
| Basilicata | 25.710 € | 3,0% | 7,1% | -4 |
| Piemonte | 30.830 € | 3,7% | 7,5% | -3, |
| Marche | 28.504 € | 3,9% | 7,6% | -3, |
| Lazio | 31.659 € | 4,5% | 7,7% | -3, |
| Molise | 27.169 € | 3,1% | nd | n |

Stipendi, i settori più dinamici nel 2022

Variazioni % della Ral rispetto al 2021





Grafico: Raffaele Ricciardi • Fonte: Osservatorio Jobpricing • Scaricare i dati • Incorpora • Creato con Datawrapper

https://www.repubblica.it/economia/2023/02/28/news/stipendi_2022_italia_regioni_inflazion_e-389786664/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S4-T1

Nursing Infermieri e il Covid19



Consensus Conference FNOPI: come sarà l'infermiere del futuro. FNOPI

Pubblicato: 22 febbraio 2023

Il futuro della professione infermieristica dei prossimi vent'anni si disegna ora.

E la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) che rappresenta in Italia 460mila infermieri iscritti all'Albo, lo fa – dopo aver raccolto le loro richieste attraverso la consultazione pubblica degli “Stati generali” – con un preciso elenco di impegni rivolti alle istituzioni e alla politica, raccolti e analizzati in un “documento di consenso” sui principali cardini su cui si articolerà lo sviluppo della professione nella cornice di un rinnovato Servizio Sanitario Nazionale.

I risultati finali della Consensus Conference promossa dalla FNOPI durante tutto il 2022, saranno ora trasmessi ai parlamentari delle Commissioni competenti in materia di Lavoro, Bilancio, Sanità e Istruzione di entrambi i rami del Parlamento e alle istituzioni.

Inserire le prestazioni infermieristiche nei livelli essenziali di assistenza, anche con indicatori per confrontare e misurare i risultati dell'assistenza infermieristica a livello nazionale. Superare l'esclusività degli infermieri dipendenti per ampliare l'offerta assistenziale al territorio, con la massima attenzione al mantenimento dell'equilibrio del sistema. Stop a modelli di assistenza basati su prestazioni limitate al caso specifico, sostituiti da modelli organizzativi per la presa in carico della persona e dei loro caregiver.

Prescrizione infermieristica di presidi sanitari utili nella pratica assistenziale, farmaci di uso comune e/o per garantire la continuità terapeutica nelle cronicità. E poi: un cambiamento radicale della formazione, con specializzazioni e percorsi universitari ad hoc in alcune aree: cure primarie e sanità pubblica; neonatologia e pediatria; salute mentale e dipendenze; intensiva e dell'emergenza; medica; chirurgica.

Sono queste alcune azioni che un panel di 46 stakeholder (23 infermieristici e 23 non), rappresentativi della sanità nazionale, hanno identificato, dopo l'analisi durata più di un anno condotta da tre gruppi di lavoro sui temi da affrontare per dare impulso alla professione infermieristica e all'assistenza sanitaria: le nuove esigenze del Ssn; le strade per l'evoluzione della professione; la revisione del suo assetto formativo.

Sedici esperti, riuniti in un Panel di Giuria, hanno poi analizzato e sintetizzato il lavoro dei gruppi e identificato una serie di azioni che ora saranno sottoposte alle istituzioni e alla politica perché possano essere previste e realizzate (*V. tabella di sintesi allegata*).

Tra queste, un ruolo fondamentale è quello della formazione: aumentarne la qualità e incrementare i docenti universitari infermieri di ruolo per garantire qualità e non impattare negativamente su altri corsi di laurea attivi. Garantire l'evoluzione di conoscenze e competenze manageriali per i ruoli di direzione con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale, come master o corsi di alta formazione e realizzare la laurea magistrale a indirizzo clinico abilitante per un profilo con competenze avanzate e funzioni e attività specifiche distinte dal laureato triennialista (es. possibilità prescrittiva).

Ancora, sempre sul versante della formazione, prevedere scuole di specialità interprofessionali quali ad esempio nell'ambito delle cure primarie e sanità pubblica, cure palliative, geriatria e così via.

Naturalmente è essenziale riconoscere nel sistema di remunerazione la specificità del ruolo agito dagli infermieri professionisti, visto che a oggi sono tra i meno pagati d'Europa e per far fronte da subito alla carenza di organici che mette a dura prova le strutture e a rischio la qualità dei servizi, formalizzare la figura e il ruolo di nuovi operatori sanitari, formati e gestiti dagli infermieri, da inserire nei setting assistenziali, certificati in un registro nazionale gestito dalla FNOPI, per tutelare i cittadini e le organizzazioni che fruiranno del loro intervento.

“il tradizionale modello organizzativo è ormai inefficace per rispondere alle esigenze di salute della popolazione – spiega Barbara Mangiacavalli, presidente FNOPI -. Il nuovo paradigma sanitario si fonda sulla costruzione di reti di prossimità territoriale, determinando uno spostamento dei setting assistenziali dai luoghi tradizionali di cura, come gli ospedali, verso strutture territoriali più sostenibili e accessibili che possano favorire l’integrazione sociosanitaria e la continuità dei percorsi”.

“Alla luce di queste considerazioni – ha aggiunto – si può comprendere come sia necessaria e naturale una evoluzione della professione infermieristica, dei relativi profili di competenza e dei ruoli agiti nelle diverse strutture sanitarie e dei percorsi formativi che possano accompagnare e stimolare questo cambiamento. L’obiettivo della Consensus Conference promossa dalla FNOPI è quello di promuovere una interlocuzione con i principali soggetti istituzionali coinvolti nei processi di riforma in atto, per raggiungere un accordo sulle tematiche sanitarie attuali particolarmente complesse inerenti al ruolo professionale infermieristico”.

A questo link il documento completo: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/02/FNOPI_Consensus-2023.pdf

| COME CAMBIARE LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA <i>Le azioni necessarie secondo gli esperti del Panel di Giuria*</i> |
|---|
| Nuove esigenze del Ssn. È necessario: |
| Individuare le prestazioni infermieristiche da inserire nei LEA (Livelli essenziali di assistenza) che definiscono l'elenco delle prestazioni erogabili e le rispettive codifiche |
| Riconoscere nel sistema di remunerazione la specificità del ruolo agito dagli infermieri professionisti nelle organizzazioni sanitarie |
| Prevedere la prescrizione infermieristica di presidi sanitari utili nella pratica assistenziale, farmaci di uso comune e/o per garantire la continuità terapeutica nelle cronicità |
| Superare il vincolo di esclusività degli infermieri dipendenti per potenziare la rete di erogazione, anche in ottica di estensione sul territorio, con attenzione alle necessità per mantenere l'equilibrio del sistema |
| Evoluzione della professione infermieristica. È necessario: |
| Un dirigente infermieristico con posizione di pari livello gerarchico col management direzionale, per partecipare alla direzione strategica dell'azienda e governare l'intero processo assistenziale |
| Un ruolo di coordinamento assunto da personale opportunamente formato (laurea magistrale) e con adeguata esperienza, superando il vincolo del master di primo livello |
| Abbandonare i modelli organizzativi assistenziali con logiche prestazionali/esecutive, a favore di modelli organizzativi a sostegno della presa in carico della persona e dei loro caregiver |
| Introdurre (e considerare) nella definizione degli organici assistenziali il concetto di rapporto infermiere /paziente |
| Coinvolgere Università e ricercatori infermieristici per definire un <i>Nursing Minimum Data Set</i> , per confrontare e misurare i risultati (<i>outcome</i>) dell'assistenza infermieristica a livello nazionale |
| Formalizzare figura e ruolo di un nuovo operatore sanitario, formato e gestito dagli infermieri, da inserire nei setting assistenziali |
| Inserire i nuovi assistenti all'infermieristica certificati in un registro nazionale gestito da FNOPI, per tutelare i cittadini e le organizzazioni che fruiranno del loro intervento |
| Revisione dell'assetto formativo infermieristico. È necessario: |
| Convertire il Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica in un percorso specialistico post base (infermiere con laurea magistrale in area pediatrico neonatologica) |
| Aumentare la qualità della formazione con un piano di assunzione per un incremento dei docenti universitari infermieri di ruolo per non impattare negativamente su altri corsi di laurea attivi |
| Sviluppare lauree magistrali a indirizzo clinico in alcuni aree: cure primarie e sanità pubblica; neonatologia e pediatria; salute mentale e dipendenze; intensiva e dell'emergenza; medica; chirurgica |
| Garantire l'evoluzione di conoscenze e competenze manageriali per i ruoli di direzione con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale, come master di II livello o corsi di alta formazione |
| Realizzare la laurea magistrale a indirizzo clinico abilitante per un profilo con competenze avanzate e funzioni e attività specifiche distinte dal laureato triennialista (es. possibilità prescrittiva) |
| Prevedere scuole di specialità interprofessionali quali ad esempio nell'ambito delle cure primarie e sanità pubblica, cure palliative, geriatria ecc.. |

<https://www.fnopi.it/2023/02/21/consensus-conference-docfine/>

Audrey Lyndon, Dána-Ain Davis, Anjana E Sharma Karen A Scott

Publicato il 2 febbraio 2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015573>

Un numero crescente di ricerche sulla comprensione e la concettualizzazione della sicurezza del paziente da parte di pazienti e famiglie solleva la questione di come e perché noi, nell'assistenza sanitaria e nel campo della sicurezza e della qualità del paziente, concettualizziamo la sicurezza del paziente come un dominio separato dalla centralità del paziente e l'esperienza del paziente. In questo numero, Archer et al contribuiscono a questo corpus di lavoro.

Gli autori hanno esplorato la concettualizzazione della sicurezza da parte dei pazienti in tre reparti specialistici ospedalieri universitari del Regno Unito in uno studio qualitativo con un campione mirato di 24 pazienti di lingua inglese, ciascuno dei reparti di geriatria (medicina per gli anziani), chirurgia elettiva e maternità (postparto).

Gli autori hanno scoperto che i pazienti nel loro studio concettualizzano la sicurezza come "sentirsi al sicuro" piuttosto che "essere al sicuro" e presentano un modello di azioni (eseguite, ricevute, condivise e osservate) a livello di sé (paziente), personale, familiare e amicale e l'organizzazione che contribuisce al "sentirsi al sicuro" dei pazienti. I risultati dello studio sono coerenti con studi precedenti che indicano che i pazienti concettualizzano la sicurezza in modo diverso dai medici e dal punto di vista dei pazienti e delle famiglie; "l'esperienza del paziente" e la "sicurezza del paziente" sono fondamentalmente intrecciate.

Archer et al sostengono lo sviluppo di un nuovo paradigma multistakeholder che includa una profonda comprensione di "ciò che conta per i pazienti per sentirsi al sicuro in ospedale", ovvero "sentirsi sicuri"; tuttavia mantengono una distinzione tra "sentirsi al sicuro" ed "essere al sicuro", dove solo "essere al sicuro" è caratterizzato dalla riduzione al minimo del rischio di danni al paziente.

Appoggiamo pienamente la necessità di cambiare il paradigma della sicurezza del paziente. Appoggiamo questa esigenza dalle nostre posizioni di esperti di sicurezza e qualità del paziente, di ricercatori, di operatori sanitari e di consumatori, vale a dire come pazienti, come persone care e come caregiver di persone che ricevono cure mediche che hanno subito mancanza di rispetto, licenziamento, razzismo medico, quasi-incidenti e danni al paziente.

Tuttavia, sosteniamo che limitare la concettualizzazione della prospettiva del paziente sulla sicurezza come "sentirsi al sicuro" pur mantenendo una distinzione tra "sentirsi al sicuro" ed "essere al sicuro" - che rimane la norma nella maggior parte dei programmi per la sicurezza e la qualità del paziente - presenta diversi problemi. In primo luogo, la differenziazione tra "sentirsi al sicuro", come definito attraverso l'esperienza del paziente, ed "essere al sicuro", come definito attraverso l'osservazione e la valutazione utilizzando risultati clinici selezionati da esperti di qualità e piani sanitari, crea un differenziale di potere e una dinamica che degrada il ruolo e valore delle esperienze dei pazienti come validi indicatori di sicurezza dei pazienti.

La caratterizzazione del "sentirsi al sicuro" può essere facilmente respinta - ed è stata respinta - in quanto non un "risultato reale" di interesse per i professionisti della sicurezza del paziente. In secondo luogo, questa inquadratura minimizza le prospettive dei pazienti sulla sicurezza come verità soggettiva (ad es. 'sensazione') non correlata alla sicurezza del paziente. Tuttavia, le prospettive dei pazienti sulla sicurezza sono generate dalla verità esperienziale della traiettoria del paziente e della famiglia di esperienze reali, di impatto e spesso dannose che navigano nei sistemi sanitari.

Queste prospettive appartengono quindi esattamente al dominio della sicurezza del paziente. In terzo luogo, la priorità del sistema sanitario di "essere al sicuro" rispetto al "sentirsi al sicuro" - nonostante un certo riconoscimento dei fattori ambientali - si presta a mantenere l'attenzione sulle responsabilità del paziente,

della diade paziente-clinico e del team sanitario immediato piuttosto che prestare a un focus e un approccio a livello di sistema. In quarto luogo, la concettualizzazione dell'"essere al sicuro" come limitazione della sicurezza all'assenza di danno fisico non riesce a caratterizzare il danno corrispondente che può verificarsi quando i pazienti "si sentono insicuri". Sia gli antecedenti che le conseguenze del sentirsi insicuri sono forme di danno emotivo. Non ultimo di queste conseguenze sono la paura, la sfiducia, il trauma medico, la perdita di fiducia nell'operatore sanitario e/o nel sistema sanitario e la diminuzione dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria. Ci sono ampie prove dei modi in cui i pazienti si sentono insicuri nell'assistenza sanitaria.

I pazienti sperimentano abitualmente mancanza di rispetto, la loro autonomia fisica può essere violata mentre si trovano in una posizione strutturalmente vulnerabile, le loro preoccupazioni vengono respinte ed essere soggetti ad abusi, razzismo, sessismo e classismo. Affermiamo che le violazioni dell'autonomia, il licenziamento delle preoccupazioni, l'abuso medico, il razzismo, il sessismo e il classismo nell'assistenza sanitaria dovrebbero essere considerati "never events", paragonabili agli esempi esistenti di never events, per comprendere meglio e colmare il divario tra "sentirsi al sicuro" ed "essere al sicuro".

Considerare i danni emotivi come "mai eventi" è un passo per affrontare le lacune create facendo affidamento su un paradigma di sicurezza del paziente che mina e ignora le espressioni e le esperienze del paziente di "sentirsi al sicuro". Allo stesso modo, l'espansione della terminologia e dei tipi di "never events" sposta la selezione delle misurazioni e le strategie di monitoraggio da focus e framework tradizionali, gerarchici, biomedici.

Ciò che otteniamo è un'esperienza e una valutazione della sicurezza più contemporanee, incentrate sul paziente e incentrate sull'uomo che valorizzano diagnosi errate, ritardi nelle cure, negazione dell'accesso, mancanza di rispetto, dolore non trattato e incapacità di riconoscere il deterioramento clinico come definito per, da, e con i pazienti e gli esperti della comunità. Tali eventi non si verificano nel vuoto, ma come parte di un sistema che funziona come previsto: per dare priorità all'esperienza medica, alla tecnologia, all'efficienza e alle entrate.

Una definizione più ampia e inclusiva di danno all'interno del paradigma esistente per la sicurezza del paziente deve riconoscere e agire in base alla realtà che il licenziamento, la mancanza di rispetto, l'abuso, il pregiudizio di classe, l'abilismo, il razzismo, il sessismo e la transfobia nell'assistenza sanitaria esemplificano tutti l'incapacità di vedere i pazienti nel loro insieme esseri umani esperti del proprio corpo e delle proprie esperienze, meritevoli di dignità e rispetto.

Il continuo fallimento dei sistemi sanitari nell'onorare l'umanità dei pazienti e delle comunità nella fornitura di servizi sanitari e umani parla dell'arroganza culturale incorporata nella progettazione, fornitura e valutazione dei sistemi sanitari che è fondamentalmente dannosa e deve essere affrontata.

L'esclusione strutturale e sistemica delle esperienze dei pazienti e della saggezza della comunità nello stabilire le norme e le narrazioni della sicurezza emotiva e culturale sminuisce la credibilità delle espressioni dei pazienti e delle esperienze di sicurezza nella definizione e valutazione della sicurezza del paziente. Ciò si traduce in due tipi di ingiustizia epistemica, che si verificano quando persone o gruppi subiscono un torto nella loro capacità di conoscerli.

L'ingiustizia testimoniale si verifica quando il pregiudizio combinato con la differenza di potere mina la credibilità percepita dei pazienti. L'ingiustizia ermeneutica si verifica quando ai pazienti e alle loro comunità di origine non viene concessa la piena partecipazione alla generazione di un significato condiviso e alla selezione delle misurazioni nell'arena della sicurezza e della qualità, rendendoli incapaci di dare un senso alle proprie esperienze e di farle comprendere agli altri. Attualmente, l'ingiustizia epistemica è profondamente incarnata e radicata nei punti focali normativi del campo della sicurezza del paziente.

I significati e le misure di sicurezza del paziente esistenti riflettono i modi strutturalmente e storicamente dominanti di essere, fare e pensare, mantenendo una gerarchia di valore della conoscenza basata sul potere differenziale tra i professionisti della qualità-sicurezza e il pubblico.

Nonostante il riconoscimento occasionale del potenziale danno psicologico, le operazionalizzazioni esistenti della sicurezza del paziente in gran parte non riescono a riconoscere la possibilità di violare la sicurezza emotiva di un paziente evitando danni fisici. L'incapacità di rendere operativa una definizione di sicurezza del paziente più ampia, più inclusiva e incentrata sulla comunità dei pazienti facilita l'ingiustizia testimoniale ed ermeneutica.

Pertanto, l'argomentazione secondo cui "essere al sicuro" come misura di esito definita come evitare il danno fisico sostituisce il "sentirsi al sicuro" come misura dell'esperienza limita il riconoscimento della dignità

umana e mina la capacità della selezione delle misurazioni e delle strategie di monitoraggio per fornire informazioni sia scientificamente che culturalmente rigorose sulla sicurezza delle cure fornite ai pazienti, in particolare ai pazienti strutturalmente minorizzati ed emarginati. Il razzismo ostetrico è un esempio.

Il razzismo ostetrico, come fenomeno e analitico, cattura al meglio le esperienze e le condizioni uniche delle madri nere e l'assistenza riproduttiva e perinatale delle persone durante la gravidanza, il travaglio e il parto all'intersezione della violenza ostetrica (dominio riproduttivo e controllo delle persone con capacità di gravidanza) e il razzismo medico (le risposte individuali, istituzionali e strutturali alla razza di un paziente influenzano le percezioni, i trattamenti e/o le decisioni diagnostiche dei professionisti medici). La capacità decisionale delle madri nere e delle persone che partoriscono con conseguente fornitura di valutazioni mediche, trattamenti e consulenza inaccurati e inappropriati basati sulla discriminazione razziale e di genere anti-nera e sugli stereotipi delle donne nere e delle persone che partoriscono.

Il razzismo ostetrico è un evento avverso che crea e facilita danni emotivi, socioculturali e fisici, violando la sicurezza del paziente. Il razzismo ostetrico funge anche da quadro analitico che collega il maltrattamento, l'abuso e l'abbandono delle madri nere e dei partorienti durante le cure ostetriche contemporanee all'oppressione legalizzata, alla disumanizzazione e al degrado dei neri durante la schiavitù e la colonizzazione. Il sentirsi al sicuro o insicuro deve essere sia determinato che misurato dai sistemi sanitari e dal linguaggio o dai comportamenti del personale sanitario che riproducono le sei dimensioni del razzismo ostetrico: cerimonie di degrado; coercizione; errori diagnostici; causare intenzionalmente dolore; abuso medico; e negligenza, spregio o mancanza di rispetto.

Rispondere ad atti di razzismo ostetrico con strategie di prevenzione e mitigazione richiede trasparenza strutturale e sistemica, verità e fiducia nelle segnalazioni di pazienti e comunità di sentirsi insicuri anche nel contesto del raggiungimento di ciò che i professionisti e gli esperti in il miglioramento della qualità e la scienza dell'implementazione definiscono la sicurezza del paziente, ovvero l'assenza di errori medici definiti e classi specifiche di lesioni fisiche risultanti.

Operazionalizzare il razzismo ostetrico come evento avverso e tradurre il razzismo ostetrico in una valida misura del razzismo ostetrico riferita dal paziente sposta il potere di conoscenza dai professionisti della qualità e della sicurezza alle madri nere e ai partorienti. Definire il razzismo ostetrico una violazione della sicurezza del paziente illustra il potere e potenziale di amplificare le voci dei pazienti e la saggezza della comunità nei programmi per la sicurezza dei pazienti e riconcilia il danno e la disumanità dell'ingiustizia epistemica.

Le misure di esito fisico come fornitore chiave e indicatori di prestazione del sistema per la sicurezza del paziente non riescono a catturare quanto bene o quanto male i pazienti e le comunità, in particolare i pazienti e le comunità strutturalmente minorizzati ed emarginati, si sentono visti, ascoltati, supportati, desiderati, celebrati e al sicuro durante la progettazione dell'assistenza, fornitura, valutazione e formazione.¹⁵

Essere al sicuro va oltre l'evitamento di eventi avversi tradizionalmente definiti e misurati come errori terapeutici, punture o lacerazioni accidentali, cadute, ritenzione di un corpo estraneo o chirurgia in sede errata. Dare priorità alla sicurezza fisica rispetto a quella emotiva, in particolare tra i pazienti strutturalmente e sistematicamente emarginati e minoritari, crea e sostiene i sottoprodotti dello stigma (personale sanitario e istituzionale) e della vergogna (stigma interiorizzato a livello individuale).

Di conseguenza, gli autori di danno, ferita, stigma e stigmatizzazione sono quindi protetti e persino incentivati dallo stesso sistema che dovrebbe proteggere i pazienti e ritenere gli individui all'interno dell'organizzazione responsabili della fornitura di cure in una cultura dell'assistenza emotivamente giusta e sicura.

La deprioritizzazione della sicurezza emotiva nell'etica e nell'epistemologia della sicurezza del paziente da parte di architetti sanitari, amministratori, fornitori, finanziatori e valutatori rende tutti complici di una politica e pratica di lunga data di ingiustizia epistemica, ampliando il divario tra l'intenzione dichiarata degli ospedali di fornire sicurezza, alta assistenza di qualità ed esperienza comunitaria di qualità e sicurezza. Ancora più importante, l'esclusione e/o la cancellazione sistemica e strutturale delle esperienze dei pazienti e la saggezza della comunità nel plasmare la terminologia, i significati e la selezione delle misurazioni mette ulteriormente a tacere le voci dei pazienti e mina l'agenzia e l'autoefficacia del paziente.

I significati e le misure tradizionali di sicurezza del paziente spesso mancano il bersaglio nel servire i pazienti e le famiglie ignorando o negando i danni che i pazienti e i membri della comunità ci chiamano continuamente a riconoscere e ad affrontare. Gli attuali sforzi per sostenere un'equa partecipazione dei pazienti ai programmi per la sicurezza dei pazienti falliranno se gli esperti di sicurezza continueranno a definire la

sicurezza utilizzando un modello biomedico tradizionale e limitato e ignoreranno il ruolo centrale della sicurezza emotiva.

Quando consideriamo la costruzione di un'epistemologia della sicurezza del paziente con misure e meccanismi di responsabilità che includano sia il "sentirsi al sicuro" che l'"essere al sicuro", il quadro per la sicurezza del paziente è più solido e inclusivo.

L'inclusione delle esperienze di sicurezza riferite dai pazienti, così come definite dai pazienti e dalle famiglie, implica che l'attuale sistema sanitario sia carente nella prevenzione dei danni. Ad oggi, non esiste alcun mandato che richieda ai sistemi di fidarsi o fare affidamento sulle espressioni e sulle esperienze di sicurezza e danno dei pazienti come misure valide di sicurezza e danno, e quando si considerano le esperienze dei pazienti, i parametri di misurazione sono spesso definiti dalla prospettiva istituzionale su ciò che conta come sicurezza. La piena integrazione di pratiche e programmi di sicurezza emotivamente giusti non può attendere la chiusura ostinatamente lenta e spesso inefficace del divario tra prove e pratica.

Sono necessarie revisioni drammatiche e visionarie, che richiedono uno sviluppo diffuso e l'implementazione di modelli di sicurezza del paziente co-creati con comunità, pazienti e studiosi interdisciplinari. Il campo della sicurezza del paziente deve integrare contemporaneamente teorie critiche sulla razza, femministe e sulla giustizia della disabilità come violenza ostetrica, misoginia, razzismo ostetrico e misoginia (misoginia diretta verso le donne nere basata sul razzismo e sull'oppressione di genere) nei loro approcci etici, teorici, metodologici e divulgativi.

I professionisti della sicurezza dei pazienti, i leader clinici e i dirigenti del sistema sanitario devono anche riconoscere le relazioni di potere, i differenziali e le dinamiche nell'implementazione, diffusione e scala dei modelli concettuali di denominazione, misurazione, monitoraggio e mitigazione degli eventi avversi attraverso la comprensione che sentirsi al sicuro è un elemento fondamentale componente di essere al sicuro. È necessario così tanto per trasformare veramente l'assistenza sanitaria in luoghi di vero benessere e guarigione, privi di danni e ferite.

Il danno è danno. La sicurezza emotiva è la sicurezza del paziente.

<https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2023/02/02/bmjqs-2022-015573>



Una revisione dell'ambito sul ruolo dello scienziato infermiere all'interno dei sistemi sanitari. Blazey et al. Worldviews on evidence-based nursing Sigma

E. K. Arthur, M. Blazey, K. Brassil, J. E. Cahill, M.E. Cooley, A.P. Fadol, M. J. Hammer, S. Hartranft, B. Murphy, T.S. Nolan, V. Sun, M. Whisenant, L. H. Yoder

Pubblicazione: febbraio 2023.

DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12624>

Background: il ruolo dell'infermiere "scientist" in ambito clinico non è ben definito, il che contribuisce alla variabilità nell'implementazione del ruolo, nell'ambito, nell'amministrazione, nel finanziamento e nell'affiliazione tra i siti sanitari.

Obiettivi: Lo scopo di questa scoping review era identificare gli attributi del ruolo clinico dell'infermiere "scientist" e la sua operazionalizzazione nel contesto clinico attraverso le evidenze disponibili.

Metodi: una ricerca completa e computerizzata della letteratura in PubMed, Medline e CINAHL è stata condotta all'inizio di maggio 2020 da un bibliotecario di ricerca medica e ripetuta a luglio 2021 e aprile 2022. Il quadro in 5 fasi descritto da Arskey e O'Malley ha guidato la metodologia di revisione.

Due revisori hanno condotto uno screening indipendente di tutti gli articoli, seguito da una revisione full-text degli articoli ammissibili da parte di due revisori indipendenti ciascuno utilizzando un modello di estrazione dei dati standardizzato. I temi sono stati quindi organizzati e sintetizzati utilizzando l'analisi descrittiva del contenuto degli articoli inclusi.

Risultati: nella revisione è stato incluso un campione finale di 55 articoli full-text. Nel complesso, i risultati suggeriscono che il ruolo dell'infermiere "scientist" in un contesto clinico può essere difficile da implementare in ambienti sanitari complessi. I modelli di successo includono l'infermiere "scientist" in un ruolo di leadership, l'allineamento della ricerca con le priorità istituzionali e un forte sostegno da parte della dirigenza senior.

Collegamento delle prove all'azione: i risultati suggeriscono che mancano linee guida standardizzate per governare l'implementazione del ruolo dell'infermiere "scientist" nel contesto clinico. Per avere successo, il ruolo di infermiere "scientist" deve essere valorizzato e supportato dai leader organizzativi. Inoltre, deve essere fornito l'accesso alle risorse per costruire l'infrastruttura. L'entità e la portata del supporto organizzativo individuale possono essere adattati in base alle risorse dell'istituzione; tuttavia, il fondamento di avere il supporto della leadership istituzionale è fondamentale per il successo del ruolo dell'infermiere ricercatore clinico.

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12624>



Forza lavoro infermieristica in terapia intensiva in crisi. Vogt et al. JCN

un documento di discussione che esamina i fattori che contribuiscono, l'impatto della pandemia di COVID-19 e le potenziali soluzioni.

Vogt KS, Simms-Ellis R, Grange A, Griffiths ME, Coleman R, Harrison R, Shearman N, Horsfield C, Budworth L, Marran J, Johnson J

Pubblicazione: 23 febbraio 2023.

DOI: 10.1111/jocn.16642

Finalità e obiettivi: La forza lavoro infermieristica di terapia intensiva è in crisi, con un terzo degli infermieri di terapia intensiva in tutto il mondo che intendono lasciare i propri ruoli. Questo documento mirava a

esaminare il problema dal punto di vista del benessere, offrendo implicazioni per la ricerca e potenziali soluzioni per le organizzazioni.

Progetto: Documento discorsivo/di posizione.

Metodo: La discussione si basa sulla letteratura infermieristica e sul benessere. È guidato dall'esperienza collaborativa degli autori sia come clinici che come ricercatori. I dati sono stati tratti dalla letteratura peer-reviewed sull'assistenza infermieristica e sul benessere, come recensioni e studi empirici, sondaggi nazionali e pubblicazioni/rapporti governativi e di thinktank.

Risultati: Gli infermieri di terapia intensiva sono stati colpiti in modo sproporzionato dalla pandemia di COVID-19 con studi che dimostrano costantemente che gli infermieri di terapia intensiva hanno i peggiori risultati psicologici sulle misure di benessere, tra cui depressione, burnout e disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Questi risultati non sono solo preoccupanti per il benessere mentale degli infermieri di terapia intensiva, ma sollevano anche questioni significative per i sistemi/organizzazioni sanitarie: scarso benessere, aumento del burnout e PTSD sono direttamente collegati con gli infermieri di terapia intensiva che intendono lasciare la professione.

Pertanto, il benessere degli infermieri di terapia intensiva deve essere urgentemente sostenuto.

La resilienza è stata identificata come un meccanismo protettivo contro lo sviluppo del disturbo da stress post-traumatico e del burnout, offrendo così interventi basati sull'evidenza che affrontano la resilienza e il turnover ha molto da offrire nell'affrontare la crisi della forza lavoro.

Tuttavia, i dati sul turnover devono essere raccolti da studi che valutano gli interventi di resilienza, per supportare ulteriormente la loro base di prove. Le organizzazioni non possono fare affidamento esclusivamente sull'efficacia di questi interventi per affrontare la crisi della loro forza lavoro, ma devono contemporaneamente impegnarsi nel cambiamento organizzativo.

Conclusioni: Concludiamo che gli infermieri di terapia intensiva hanno urgente bisogno di interventi di benessere preventivi e basati sull'evidenza e danno suggerimenti per la ricerca e la pratica.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jocn.16642>

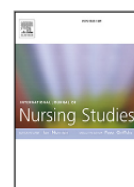
International Journal of Nursing Studies 140 (2023) 104451



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Nursing Studies

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ns



Valutazione basata sulla teoria e teorie del programma in infermieristica: Un dibattito in occasione dell'aggiornamento del Quadro Medical Research Council (MRC). Wallner et al. IJNS

M. Wallner, H. Mayer, L. Adlbrecht, A. L. Hoffmann, A. Fahsold, B. Holle, A. Zeller, R. Palm

Pubblicazione: aprile 2023.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104451>

Lo sviluppo e la valutazione degli interventi sanitari a beneficio dei pazienti è notoriamente difficile. Questo vale anche per la disciplina infermieristica, per la complessità degli interventi infermieristici. A seguito di una revisione significativa, la guida aggiornata del Medical Research Council (MRC) adotta una visione pluralistica dello sviluppo e valutazione dell'intervento, inclusa una prospettiva basata sulla teoria.

Questa prospettiva promuove l'uso della teoria dei programmi, mirando a capire come e in quali circostanze gli interventi portano al cambiamento.

In questo documento di discussione, riflettiamo sull'uso raccomandato della teoria dei programmi nel contesto degli studi di valutazione per affrontare interventi infermieristici complessi. In primo luogo, esaminiamo la letteratura esaminando la questione se e in che modo gli studi di valutazione mirati a interventi complessi hanno utilizzato la teoria e in che misura le teorie del programma possono contribuire ad approfondire i fondamenti teorici degli studi di intervento in infermieristica. In secondo luogo, illustriamo la natura della valutazione basata sulla teoria e le teorie del programma. In terzo luogo, discutiamo su come ciò possa influire sulla costruzione della teoria.

Mettiamo in guardia contro un'interpretazione eccessivamente semplificata della guida MRC aggiornata per quanto riguarda la teoria prospettiva, ad es. utilizzando semplici modelli logici lineari, piuttosto che articolare teorie di programma. Invece, noi incoraggiamo i ricercatori ad abbracciare la metodologia corrispondente, vale a dire la valutazione basata sulla teoria.

Con la prospettiva prevalente della produzione di conoscenza in crisi, potremmo essere sull'orlo di un cambio di paradigma nella ricerca sugli interventi sanitari. Vista attraverso questa lente, la guida MRC aggiornata potrebbe portare a una rinnovata comprensione di ciò che costituisce una conoscenza utile in infermieristica. Ciò può facilitare la produzione di conoscenza e, in tal modo, contribuire a migliorare la pratica infermieristica a beneficio del paziente.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748923000160?token=4E15061861E9AF8E3C0D3F68A68CE533A587580AD14514A0AA94869015D52A176EE4B37F9BB51E2067423D50D9D6C059&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230327094618>