

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 9 del 1.12.2023



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

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università “Sapienza” Roma; Già Direttore dell’Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma, presso L’Università Politecnico della Marche, presso Università del Salento; Direttore di www.osservatoriosanita.it; 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

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

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

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Già Direttore dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, Coordinatore della Commissione Qualità e Sicurezza del Consiglio sanitario regionale e Rappresentante per la Regione Toscana nel Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PNE. Ad oggi Membro del Consiglio Direttivo di Accademia nazionale di Medicina e co-coordinatore della sezione Informazione Scientifica e Innovazione, Direttore Scientifico del Forum sistema salute 2019 e 2020; 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.net

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

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

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

Per leggere le Monografie – “ASQUAS Covid19 Review”: www.asiquas.net

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

Indice

Articolo di apertura	12
Scenario -La nuova era e i vecchi problemi – Silvia Scelsi	12
Quotidiano sanità - <i>Sempre sul rapporto sanità pubblica e sanità privata: collaborazione o competizione?</i> Giorgio Banchieri	12
Toscana Medica - <i>Le motivazioni dei giovani a fare il medico cambiano nei tempi</i> - Giorgio Banchieri, Francesco Medici, Giorgio Banchieri, Francesco Medici	21
Quotidiano sanità - <i>Riformare la sanità e fare una diversa programmazione</i> , Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci	19
TAG 24 - <i>Management e innovazione nelle aziende sanitarie: tre esperti a confronto</i> , Laura Franceschetti, Giorgio Banchieri e Laura Synnott	23
Scenari della sanità	28
Quotidiano sanità - <i>Ocse. Nel 2021 la spesa sanitaria a carico delle famiglie in Italia si conferma sopra la media. A pesare sono soprattutto le visite ambulatoriali</i> - Giovanni Rodriguez	28
Quotidiano sanità - <i>Troppi decessi a causa del Covid. E sulla gestione dell'antibiotico resistenza si stima il secondo peggior risultato per tasso di mortalità. L'Italia ne esce a pezzi dall'analisi dell'Ocse</i> -Giovanni Rodriguez	30
Quotidiano sanità - <i>Dall'Oms la "road map" per costruire sistemi sanitari resilienti ai cambiamenti climatici e a basse emissioni di carbonio</i>	32
WHO . <i>Operational framework for building climate resilient and low carbon Health Systes</i>	33
Il Sole 24Ore - <i>Manovra/ L'Ufficio parlamentare di bilancio: con finanziamento Ssn 2024 rischio copertura spese tra farmaci, contenzioso su payback e nuovi Lea</i>	38
The Lancet – <i>Il percorso verso un'Unione sanitaria europea</i> – Martin McKee eAnniek de Ruijter	34
Il Sole 24Ore - <i>Fondazione Gimbe: Ssn al capolinea, ora un patto politico e sociale per rilanciare la sanità pubblica</i>	38
UBP - <i>"Nessun potenziamento strutturale del Ssn. E nel 2024 possibili disavanzi nei bilanci regionali"</i>	39
Salute Internazionale – <i>L'etica della dissidenza</i> – Benedetto Saraceno	42
Salute Internazionale - <i>USA. Se una assicurazione non basta</i> - Claudia Cosma	44
Il Sole 24Ore - <i>Gestione del rischio clinico e telemedicina. L'uso di analisi proattive per anticipare i rischi</i> Riccardo Tartaglia * e Chiara Parretti	47
Il Sole 24Ore - <i>Agenas: migliorano le liste d'attesa, nel 2023 in crescita le visite e gli esami erogati dal Ssn</i>	48
Scenari del SSN	49
Quotidiano sanità - <i>I miti che hanno avvelenato i pozzi del nostro Ssn</i> - Roberto Polillo	49
Il Sole 24Ore - <i>Intervista/ Elio Borgonovi: «Ecco la mia ricetta di sostenibilità per il Ssn. Ma serve coraggio»</i> - Barbara Gobbi	51
Quotidiano sanità - <i>La questione è più complessa di come sintetizzato da Cavicchi</i> - Grazia Labate	53
Quotidiano sanità - <i>In sanità destra e sinistra pari non son: il caso dell'emergenza territoriale in Emilia-Romagna e nelle Marche</i> - Claudio Maria Maffei	55
Sostenibilità della sanità	57
Quotidiano sanità - <i>Le riforme sono più facili da distruggere che da ricostruire</i> - Ivan Cavicchi	57
Panorama Sanità – <i>Eutanasia del SSN</i> – Giovanni Monchiero	60
La Voce.it - <i>Ma i fondi per la sanità sono pochi o tanti?</i> - Vittorio Mapelli	61
Quotidiano sanità - <i>Ripensare la sanità senza una vera riforma non salverà il Ssn: più equità e più discontinuità</i> - Emilio Didonè	63
Quotidiana sanità <i>Manovra. Istat: "Le lunghe liste d'attesa sono la principale barriera di accesso alle cure"</i>	66
Quotidiano sanità - <i>Il personale del Ssn tra razionamento e riorganizzazione dei servizi.</i> - Francesco Longo, Alberto Ricci	68
Forum D&D - <i>"Soddisfatti che il Panel Stoa del Parlamento Ue abbia respinto il tentativo di ostacolare la pubblicazione di uno studio indipendente sui farmaci"</i>	70
One Health, clima e salute	71

Ingenio - 23.200 morti per il calore nel 2022: i dati del Rapporto Lancet Countdown sulla crisi climatica – Andrea Dari	71
The Lancet – Il rapporto 2023 di Lancet su salute e cambiamenti climatici	72
Quotidiano sanità - Cop28. Decessi over 65 per il caldo incrementati del 70%. Le morti per inquinamento atmosferico sono 7 milioni ogni anno. Da Oms richiesta di “un’azione urgente su clima e salute”	73
Sanità Informazione - Inquinamento: la Corte Europea dei diritti dell’Uomo condanna l’Italia	74
The Lancet – Le iniziative di sanità pubblica della Cina per l’adattamento al cambiamento climatico – J.Ji e altri	75
The Lancet – L’effetto dell’aggregazione temporale dei dati per valutare l’impatto del cambiamento climatico delle temperature in Europa: uno studio di modellizzazione – J. Ballestar e altri	79
The Lancet – Cambiamenti climatici, estremi ambientali e salute umana in Australia – R. Hu e altri	80
The Lancet – Emissioni operative di gas serra del deep learning nella patologia digitale: uno studio di modellizzazione – A. V. Sadr e altri	82
The Lancet – Migliorare la resilienza sanitaria in Giappone in un clima che cambia – Y. Kim e altri	84
OECD – Health at a glance 2023 – OECD Indicators	86
Forum D&D - Charles Sabel e David Victor, Fixing the Climate, Princeton Un. Press, 2022	89
Sanità pubblica e privata	93
Quotidiano sanità - Anteprema Rapporto Oasi-Bocconi 2023. L’universalismo del Ssn è ormai selettivo. Serve definire priorità consapevoli e riorganizzare per non razionare - Lucia Conti	93
Quotidiano sanità - Sul privato un dibattito franco, rude ma scevro di attacchi personali - Roberto Polillo, Mara Tognetti	96
Quotidiano sanità - Il mito della superiorità del privato e il tabù della inefficienza del pubblico – C. M. Maffei	97
Quotidiano sanità - Ancora sulla questione pubblico/privato nel Ssn: problematiche e prospettive future Roberto Polillo e Mara Tognetti	98
Quotidiano sanità - Ancora fake news sul privato accreditato - Barbara Cittadini	102
WHO Europe - Coinvolgere il settore privato nella fornitura di beni e assistenza sanitaria - Lezioni di governance dalla pandemia di COVID-19	103
Pandemie, oggi e domani	107
The Lancet – Preparazione alla pandemia Covid 19: un’analisi esplorativa dei tassi di infezione e di mortalità dei fattori contestuali associati alla preparazione in 177 Paesi gennaio 2020 – settembre 2021-	107
The Lancet – Strumenti fondamentali di misurazione dei risultati da utilizzare in contesti clinici e di ricerca per adulti con condizioni post-Covid 19: uno studio internazionale di consenso Delphi – S. L. Gorst e altri	112
ECDC - Antibioticoresistenza. Ecdc: “Raggiungere gli obiettivi del 2030 è una responsabilità urgente e collettiva”	114
Quotidiano sanità - Ministero, Aifa e Iss lanciano allarme su antibiotico resistenza: “Italia maglia nera, ogni anno 11 mila morti. È una pandemia silente”. Arriva campagna di comunicazione	115
Quotidiano sanità - Vaccini Covid. Ad oggi campagna flop: somministrate meno di 700 mila dosi. La copertura vaccinale per over 60 e fragili ferma al 3,12%	116
Ministero Salute – Monitoraggio Fase 3 Report settimanale n. 28	119
The Lancet – Impatto del Covid – 19 sulle popolazioni immunocompromesse durante l’era Omicron: approfondimenti allo studio osservazionale INFORM basato sulla popolazione – R. A. Evans e altri	123
PNRR e sua implementazione	124
Quotidiano sanità - Pnrr. Su attuazione Mission 6 Salute non si registrano particolari ritardi nei tempi di attuazione. Unica eccezione l’Assistenza domiciliare. La relazione della Corte dei Conti	124
Quotidiano sanità - Pnrr. Gimbe: “Espunte 312 case di comunità e 76 ospedali di comunità, rischio penalizzazione Centro-Sud. Via 1.083 posti letto di area critica”	128
Quotidiano sanità - Pnrr. Gimbe: “In linea con scadenze europee, male l’Assistenza domiciliare. Ma serve sciogliere nodo carenza infermieri e riforma medici di famiglia”	130
Quotidiano sanità - Pnrr. Dalla Commissione Ue ok a revisione del Piano italiano. Dalle Case di Comunità alla Telemedicina ecco cosa cambia per la sanità - Luciano Fassari	134
Il Sole 24 Ore - Convention Fiaso/ Case di comunità presenti in 6 aziende su dieci. Solo nel 23% dei casi Adi con telemonitoraggio	135
Quotidiano sanità - Pnrr e Dm 77. Fiaso: appena l’11% delle Aziende dichiara di essere in fase di avanzata realizzazione dei nuovi servizi territoriali	136
L’ospedale che cambia	137
The Lancet – Passare dalla crisi del personale sanitario al successo del personale sanitario: il momento di agire è adesso – N. A. Moscato e altri	137

Quotidiano sanità - <i>Personale sanitario. Oms Europa: "Ecco i 5 pilastri per passare dalla crisi al loro rilancio"</i>	138
Quotidiano sanità - <i>Lauree Professioni sanitarie. Calano le domande di ammissione ai corsi di laurea triennale, aumentano invece quelle per le magistrali – A. Mastrillo, .L. Bevacqua e E. Cenerelli</i>	140
Quotidiano sanità - <i>Pochi posti letto, ancora una scarsa dotazione nei reparti di terapia intensiva e un tasso di dimissioni molto basso. La crisi degli ospedali italiani nel report dell'Ocse - G.Rodriguez</i>	146
Quotidiano sanità - <i>Gli ospedali pubblici italiani a rischio crack. Nel 2022 risultati negativi per il 40% delle strutture con un rosso complessivo da oltre 1 miliardo - Luciano Fassari</i>	149
Quotidiano sanità - <i>Troppi i ricoveri inappropriati in Italia? L'Ocse sembra smentire questa narrazione. Dati sotto la media e in costante miglioramento dal 2011 - Giovanni Rodriguez</i>	152
Medicina territoriale	154
Salute Internazionale - <i>Fare fuori le Cure primarie. - Margherita Miotto e Fulvio Lonati</i>	154
Salute Internazionale - <i>L'infermiere di famiglia - Federico Lattanzi e Betty Perticarini</i>	157
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia: chi pensa male sbaglia, ma spesso ci indovina - Ornella Mancin</i>	160
CARD Lazio – <i>Quali sviluppi per i servizi distrettuali nella Regione Lazio</i>	161
Nursing	162
Quotidiano sanità - <i>Violenza contro il personale sanitario INAIL. accertati oltre 1.600 casi in aumento sia rispetto al 2021 sia rispetto al 2002</i>	162
FNOPI - <i>Riunita a Roma la Consulta dei formatori dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche</i>	163
FNOPI – <i>Audizione su Legge Bilancio, cambiare norma su pensioni a rischio l'assistenza ai cittadini</i>	164
Quotidiano sanità - <i>Baldini (ENPAPI): Su LEA e prestazioni infermieristiche arriva interrogazione a Ministro Schillaci</i>	166
Professional Case Management – <i>Transizioni efficaci: Ridurre le riammissioni per migliorare la cura e gli esiti dei pazienti – T. Kinard e altri</i>	167
Sociale, long care e terza età	168
UPB. <i>"Nessun rischio di 'corse' al pensionamento, ma possibile ricorso alla Corte Costituzionale"</i>	168
The NEJM - <i>Ricerca impegnata nella comunità: essenziale per affrontare le disuguaglianze sanitarie</i> Consuelo H. Wilkins e altri	169
Science - <i>Quanti negli Stati Uniti sono disabili? Le modifiche proposte al censimento ridurrebbero notevolmente il conteggio -</i>	171
Salute Internazionale - <i>La Medicina centrata sulle persone - Benedetto Saraceno</i>	173
Sanità Informazione - <i>Da Oms Europa una nuova guida per decisori politici e operatori sanitari per supportare autogestione delle cronicità</i>	175
Quotidiano sanità - <i>Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie. Persiste il divario Nord-Sud nell'offerta di presidi residenziali</i>	176
Eurostat. <i>Protezione sociale. Nel 2022 in Europa spesa a 4,3 miliardi, in aumento del 3%.</i>	180
Quotidiano sanità - <i>Il 'dramma' della demografia nell'Unione europea: il 75% delle famiglie non ha figli</i>	181
Forum D%D - <i>Un libro-piattaforma per le elezioni europee e l'impegno per una coalizione sociale</i>	182
Digitalizzazione e telemedicina	185
Salute Internazionale - <i>Intelligenza artificiale e salute - Primo Buscemi e Marco Del Riccio</i>	185
Istituto Mario Negri - <i>Intelligenza artificiale in medicina: qual è il suo impatto?</i>	187
Il Sole 24Ore - <i>L'innovazione è un fenomeno sociale - Donato Scolozzi,</i>	190
Il Sole 24Ore - <i>Così l'intelligenza artificiale trasforma il settore sanitario - Antonino Caffo</i>	191
Il Sole 24Ore <i>L'intelligenza artificiale avrà le sue responsabilità in ambito sanitario: scenari di rischio nel rapporto di cura - Flaviano Antenucci</i>	192
Il Sole 24Ore <i>I tre vantaggi della Sanità digitale aspettando la rivoluzione culturale - Giorgio Casati</i>	193
Agenda Digitale - <i>Intelligenza artificiale in Sanità: gli utilizzi migliori</i>	194
Economia e sanità	196
Corriere della sera - <i>Lavoratori introvabili, dagli ingegneri agli operai specializzati: i profili più ricercati dalle imprese - Diana Cavalcoli</i>	196
La Repubblica - <i>Casa, i mutui crescono e gli stipendi no: giovani esclusi da acquisti e affitti - Filippo Santelli</i>	197



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



UEL
UNIPD
EXECUTIVE
LEARNING

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN

BIOETICA

A.A. 2023/2024

uel-unipd.click/corso-bioetica



SESSIONE PUBBLICA ONLINE

LA CRISI DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE: IMPLICAZIONI ETICHE

1° DICEMBRE 2023 / h. 15-18

La crisi conclamata del Servizio Socio-Sanitario Nazionale è una questione di evidente rilevanza etica perché mina alla radice i principi e i diritti che da 45 anni ispirano il servizio stesso.

La sessione pubblica che inaugura il *Corso di perfezionamento in bioetica 2023-24* si propone di offrire un'analisi articolata della situazione in cui versa il servizio socio-sanitario, come base per sviluppare una riflessione sui valori che dovrebbero orientarci nello sforzo comune di uscire dalla crisi.

Introduzione di

ENRICO FURLAN - Direttore del Corso

Interventi di

NINO CARTABELLOTTA - GIMBE

GIOVANNI VIAFORA - Corriere della Sera

FABIO DE IACO - SIMEU

MAURIZIO CANCIAN - SIMG

SILVIA SCLSI - ANIARTI

CORRADO VIAFORA - Gr. di ricerca "Filosofia morale e bioetica"

Link zoom: <https://unipd.zoom.us/j/89261623838>

La partecipazione è libera, non è necessaria l'iscrizione.

Per informazioni: Irene Saterini - cpbioetica.medicinamolecolare@unipd.it

Facebook: @corsodiperfezionamentoinBioetica

SALUTE E SOSTENIBILITÀ SOCIALE, ECONOMICA E AMBIENTALE

IL RAPPORTO CAMPUS BIO-MEDICO-ONE HEALTH

Mercoledì 13 dicembre 2023 - ore 10:00

Senato della Repubblica - Sala Capitolare
Piazza della Minerva 38 - Roma

30 Campus
Bio-Medico

Con il patrocinio di



MINISTERO DELL'AMBIENTE
E DELLA SICUREZZA ENERGETICA



Ministero della Sanità
e del Welfare

ROMA



Le opinioni e i contenuti espressi nell'ambito dell'iniziativa sono nell'esclusiva responsabilità dei proponenti e dei relatori e non sono riconducibili in alcun modo al Senato della Repubblica o ad organi del Senato medesimo. L'accesso alla sala - con abbigliamento consoni o, per gli uomini, obbligo di giacca e cravatta - è consentito fino al raggiungimento della capienza massima. Sarà possibile seguire l'evento online, in diretta streaming al link [senato.it](https://www.youtube.com/SenatoItaliano) e sul canale YouTube del Senato Italiano <https://www.youtube.com/SenatoItaliano>. I giornalisti devono accordarsi scrivendo a: pressoffice@italiancommunications.it

SAVE THE DATE

3° Simposio sulla Vicinanza della Salute

“Tessuto connettivo della salute. Nuove forme di vicinanza”

Martedì 5 dicembre 2023, ore 10:30

Sala delle Colonne, Campus Luiss Viale Pola 12, Roma

LUISS



IV

Fondazione Bruno Visentini



Simposi sulla vicinanza della Salute dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Tessuto connettivo della salute. Nuove forme di Vicinanza

5 dicembre 2023, ore 10:30

Sala delle Colonne, Campus Luiss Viale Pola 12, Roma



XXIX edizione
a.a. 2023-24

Master di II livello in

MANAGEMENT E INNOVAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

OBIETTIVI FORMATIVI

- ▶ fornire una formazione avanzata nell'area dell'organizzazione e dell'innovazione delle aziende sanitarie;
- ▶ far maturare le necessarie conoscenze sociologiche, economiche, giuridiche, etiche, manageriali e finanziarie, per comprendere e gestire efficacemente il processo di aziendalizzazione della Sanità Pubblica sulla base del rispetto dei principi del welfare;
- ▶ far acquisire le principali tecniche di governance aziendale quali la gestione delle risorse umane, l'analisi organizzativa e dei processi, l'analisi degli esiti e delle performance, il monitoraggio e la valutazione

DOCENTI DEL MASTER

Professori accademici (Sapienza Università, Università Roma Tre, Politecnico Marche) e professionisti impegnati nel settore della sanità italiana, economisti, sociologi, medici, manager, consulenti, esperti in comunicazione.

Provenienti dai seguenti enti di appartenenza: Ministero Salute, Sanità Toscana, SSR Molise, ASL Roma 1, ASL Roma 6, ASL Viterbo, AUSL Siena, AO 'San Camillo'-Roma, AO 'Gaslini'-Genova, AO Catanzaro, AOP Ancona

DESTINATARI

Il Master è rivolto principalmente al *personale dirigente di strutture sanitarie, aventi almeno 5 anni di anzianità di servizio alla data di scadenza del bando*, e al personale delle strutture presenti nel territorio della Regione Lazio.

L'iscrizione al Master è aperta comunque a tutti coloro che sono interessati ad acquisire una formazione manageriale in ambito sanitario, purché in possesso di un diploma di laurea magistrale specialistica, di qualsiasi classe di laurea e Facoltà di provenienza.

Il numero massimo di partecipanti è di 30.

È prevista la fruizione di moduli singoli, come **studenti uditori**, fino all'acquisizione di un massimo di 20 cfu e con il rilascio di un attestato finale di frequenza.

TITOLI RILASCIATI

- ▶ Ai Dirigenti con anzianità di servizio di almeno 5 anni alla scadenza del bando sarà rilasciato, previo frequenza dei Moduli didattici dedicati e superamento della prova finale, *l'Attestato di formazione Manageriale da parte della Regione Lazio* (che ha validità di sette anni dalla data del rilascio) e *il Diploma di Master di II livello da parte dell'Università*.
- ▶ Agli iscritti non "dirigenti con anzianità di servizio di almeno 5 anni" sarà rilasciato *solo il Diploma di Master di II livello da parte dell'Università*

Il Master è progettato rispettando i requisiti per la formazione manageriale dei dirigenti sanitari del Servizio Sanitario Nazionale disciplinati dagli artt. 15 e 16 quinquies del D.Lgs. 502/1992, dall'art. 7 del D.P.R. 484/1997 e dall'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10/07/2003. Nell'attuale edizione, inoltre, il Piano Formativo del Master ha integrato i principi dell'Accordo stipulato ad ottobre 2019 tra l'Ateneo e la Regione Lazio in applicazione delle D.G.R. Lazio n. 439 del 2/07/2019 e n. 520 del 30/07/2019



Il Master MIAS ha come partner scientifico SIQUAS VRQ e poi ASIQUAS

La nuova era e i vecchi problemi

Silvia Scelsi

Presidente ANIARTI

Abbiamo superato l'emergenza pandemica e siamo tornati alla cosiddetta normalità.

Rifletterei, in tutti i sensi, su cosa abbiamo imparato da questa emergenza. Ad uno sguardo generale direi: nulla.

La sanità sembra quella delle grandi riforme dell'inizio degli anni 80' e 90', epoche di riforme eroiche basate sul concetto di salute come diritto, di responsabilità nell'ambito delle organizzazioni e di professionisti da riconoscere, quando le risorse erano definite, o meglio ridotte, e invece di guardare a cambiamenti nei processi di cura e nelle organizzazioni si guardava a cambiamenti nelle strutture. Allora gli infermieri hanno lottato per la necessità di modificare i processi attraverso le competenze, e per il diritto a che l'infermieristica fosse riconosciuta come una disciplina scientifica autonoma, perché consapevoli di fare la differenza. Da allora il loro viaggio culturale non si è più fermato.

Oggi gli infermieri parlano di specialistica clinica, come previsto fin dal DM 739/94, una competenza specialistica che già esercitano nei fatti in molti campi, soprattutto in area critica, dove vorrebbero che nell'ambito delle organizzazioni ci fosse un reale riconoscimento di queste competenze. Tuttavia per farlo dobbiamo guardare diversamente al processo di cura e presa in carico, complessivamente al percorso di salute della persona, e riconoscere che gli esiti in termini di salute e qualità della vita non sono mai il frutto di un singolo lavoro, ma l'intervento di una pluralità di competenze che vedono gli infermieri svolgere un ruolo centrale. Riprendendo i concetti espressi di recente da Marisa Cantarelli, la prima teorica dell'infermieristica italiana, l'invito è ad uscire dal guscio, pretendere di avere una facoltà di infermieristica, pretendere di essere e rappresentare la voce dell'assistenza nei luoghi dove si decide la politica sanitaria: università, enti e istituzioni. In fondo siamo la professione sanitaria più numerosa del sistema salute e rappresentiamo un determinante fondamentale per la salute delle persone, perché le assistiamo.

In questo gli infermieri di area critica sono sempre stati più sensibili, e hanno levato la loro voce già nel 1992 per pretendere

di entrare in università. Oggi dovremmo alimentare il dibattito sul sistema salute parlando di futuro e della garanzia che la salute sarà ancora un diritto e non un bene acquistabile, intervenendo nei processi a livelli clinico, organizzativo, e legislativo, a tutela delle persone assistite e delle loro famiglie.

Care colleghe e cari colleghi, questa società scientifica, che ha compiuto 42 anni, ha accompagnato tutta la mia vita professionale e quella di molti colleghi, facendoci guardare oltre, ad un futuro che poteva essere diverso, nel quale essere agenti di cambiamento. Oggi si sta rinnovando con lo scopo di continuare ad essere un punto di riferimento, non solo in ambito tecnico-scientifico, anche attraverso questa rivista, ma soprattutto in ambito culturale, senza dimenticare da dove veniamo. Come diceva Bernardo di Chartres "siamo nani sulle spalle di giganti", e quindi solo attraverso il dibattito e il confronto critico di una comunità di pensiero potremo continuare insieme a guardare lontano.

Quest'anno quando ci ritroveremo per il nostro convegno nazionale a Bologna il 21 e 22 novembre: parleremo di competenze avanzate, con uno sguardo al mondo e uno alla nostra realtà, mettendo come sempre a confronto le nostre esperienze, provando a fare sintesi di percorsi da seguire e a lanciare sfide nuove.

Vorrei concludere con le parole che ci sono state dedicate di recente, in occasione della giornata mondiale dell'infermiere, per riflettere insieme che ancora una volta, al di là della battuta, sono proprio le persone che curiamo che sanno esattamente chi siamo e che cosa significa nel profondo *assistere*.

"[...] sei tu ci vedi veri, fragili, smarriti, tu che ci vedi piangere, soffrire, disperarci perché tu sei la prossimità, tu vedi la nostra paura, tu maneggi la nostra vergogna, il nostro corpo nudo noi lo offriamo a te con imbarazzo e tu lo curi con discrezione, paziente con noi pazienti... Grazie per quando in pandemia hai curato chi ti insultava dicendo che il COVID era tutta un'invenzione e mentre ti faceva una cappa tanta tu rischiavi la vita per lui..."

Luciana Littizzetto

quotidianosanita.it

Sempre sul rapporto sanità pubblica e sanità privata: collaborazione o competizione?

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

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 Ssn e i Ssr hanno bisogno di finanziamenti

adeguati, ma soprattutto di nuovi modelli gestionali e organizzativi e di una diversa cultura dell'assistenza e della cura. Il Governo è sintonizzato su questa prospettiva?



22 NOV -

Ho letto con interesse l'articolo di Roberto Polillo e Mara Tognetti uscito su "Quotidiano sanità" del 13 novembre scorso in cui gli autori affermavano che "Un Sistema Sanitario che, come più volte richiamato, per sopravvivere ha bisogno di interventi organici urgenti, come già evidenziato in precedenti contributi, e di essere ripensato allineandolo alle trasformazioni sociali e di salute che caratterizzano e caratterizzeranno sempre di più la nostra società. Del tutto evidente è infatti la necessità di mettere al centro la lotta alle disuguaglianze di salute, cresciute ulteriormente con la pandemia e ai fattori di nocività, i cui effetti si manifestano in modo più vistoso sulle fasce più svantaggiate a partire dai primi mesi del concepimento, come ampiamente confermato dagli studi sulla epigenetica".

La risposta di Barbara Cittadini, Presidente Nazionale AIOF, sempre su "Quotidiano sanità" dal titolo "Ancora fake news sul privato accreditato", ci sembra molto di "bandiera" e la contro risposta di Polillo e Tognetti assolutamente condivisibile.

Intervengo nel dibattito ripartendo da considerazioni già proposte sempre su questa testata sul tema da aperte mie di altri colleghi.

La sanità privata ha molte facce

Come scritto il 29 luglio c.a. "la sanità privata ha molte facce". È "accreditata" con il SSN, è "classificata" (ospedali religiosi) in accreditamento in base ai "Patti Lateranensi" tra Stato della Chiesa e Stato Italiano, è in "outsourcing" nella gestione di servizi e strutture ed è "integrativa" in base al "Jobs Act". Poi abbiamo la sanità privata "privata". La sommatoria di queste diverse presenze fa già sì che in diverse Regioni importanti sia costituisca la maggior parte dell'offerta di servizi sanitari ai cittadini residenti.

Ad esempio nel Lazio abbiamo una forte presenza di Ospedali "Classificati" ("Gemelli", Fatebenefratelli", "Campus Biomedico", "Israelitico", etc.), diversi ospedali e Case di Cura "accreditate", come molte RSA, Residenze di vario tipo e genere, Ambulatori e Centri diagnostici, per non parlare di tutte le attività in "outsourcing" delle ASL e in più tutte le reti "convenzionate" con Assicurazioni e Mutue nell'ambito dei contratti di "sanità integrativa" rinvenienti nel tempo dall'applicazione del "Jobs Act".

I dati sulla presenza del "privato" in sanità, citati nell'articolo di Polillo e Tognetti, sono corretti ...

Gli scenari della evoluzione di bisogni di una popolazione prevalentemente sempre più anziana

Parto prendendo atto di quanto affermato nel "Libro Verde" del Ministero della Sanità, luglio 2013 in cui si diceva che: "Il consumo di risorse socio-sanitarie per le persone di oltre i 75 anni è 11 volte superiore alla classe di età 25-34 anni e i pazienti cronici rappresentano il 25% della popolazione ed assorbono il 70% della spesa". Constatazione che implicava il tema non trascurabile delle risorse da dedicare ai "Fondi per la non autosufficienza". Fondi su cui non c'è mai stato un dibattito adeguato e quindi non abbiamo visto scelte conseguenti. Di fatto ci si affida al mercato, ovvero, all'offerta assolutamente "privata" e alle capacità di spesa dei singoli. Quindi selezione per reddito e disuguaglianze di salute conseguenti ...

Peraltro questo è un tema con una forte differenziazione di modelli di risposta da Regione a Regione. "... Oggi è sempre più chiaro che intorno alla questione delle malattie croniche si gioca in primo luogo la salute di centinaia di milioni di persone e subito dopo la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. Il problema [...] è in primo luogo politico. Pensare di contenere la spesa sanitaria attraverso risparmi/riduzioni degli sprechi (leggi "Spending review"), mantenendo lo stesso modello di organizzazione sanitaria (essenzialmente clinico-ospedaliera) è uno sforzo vano. Le soluzioni tecniche non mancano, e tra l'altro sono efficaci e relativamente poco costose, come descritto in numerosi documenti internazionali [...] Queste richiedono un netto cambiamento del modello di organizzazione sanitaria, più orientata alla prevenzione, centrata sulla persona, basata sulle Cure primarie e sulla sanità d'iniziativa: un modello molto simile all'Extended Chronic Care Model alla Community-oriented Primary Care". [Quaderno "Monitor" numero 32, AGENAS 2013]. Eravamo 10 anni fa ... ed è cambiato tanto ... in peggio...

In merito ai processi di "accreditamento" valgono altre considerazioni

Già prima della pandemia nelle filiere assistenziali sociosanitarie e sociali la presenza pubblica era minoritaria. Con i tagli finanziari alla sanità nella logica dei pareggi di bilancio la maggioranza dei servizi semiresidenziali e residenziali e di ADI sono in quasi tutte le ASL affidati in "outsourcing" e svolti da organizzazioni (società o cooperative) del privato sociale o da soggetti privati.

Questo non sempre ha garantito un'adeguata qualità dei servizi per due motivi:

- I tagli ai bilanci delle ASL hanno portato ad una riduzione degli organici dei servizi di ispezione, controllo e auditing e pertanto della capacità di monitoraggio della qualità dei requisiti organizzativi, professionali e assistenziali che i "terzi fornitori" s'impegnavano per contratto a garantire nel tempo. È accaduto in più di un'occasione che tali garanzie si siano ridotte perché i fornitori di servizi riducevano progressivamente la qualità delle prestazioni perseguendo logiche di massimizzazione del MOL (Margine Operativo Lordo);
- Le ASL, pur avendo dovuto bandire di nuovo tutte le gare di affidamento di servizi a terzi, come da Circolare ANAC, spesso avevano reiterato vecchi capitolati di gara senza cogliere l'opportunità per adeguarne i criteri tecnici dei Capitolati di Gara, perdendo così l'occasione di aggiornarli sia alla evoluzione delle cure e delle prassi assistenziali che alla evoluzione di bisogni di salute delle popolazioni.

I contenuti assistenziali erogati si limitano a quelli di bassa e media complessità assistenziale e spesso sono anche inappropriati. In più occasioni non si trova l'aderenza ai criteri di accreditamento delle varie Leggi Regionali, che ancora troppo spesso permangono in uno stato, che possiamo definire "cronico", di recepimento imperfetto del "Disciplinare per l'accreditamento delle strutture sanitarie", emanato dal Ministero dopo un lungo lavoro coordinato da AGENAS e Regioni.

Se la sanità pubblica non recupera, non tanto una gestione diretta - non è questo il punto -, ma una buona capacità di governance, che significa anche efficacia delle azioni di monitoraggio e verifica dei servizi erogati da "terzi fornitori" una dinamica pubblico privato moderna, efficiente e trasparente non sarà mai raggiunta.

Circa le criticità del SSN e la competizione con la sanità privata

Una idea ricorrente è quella che una "sana competizione" tra sanità pubblica e sanità privata avrebbe fatto crescere il livello di qualità della gestione delle strutture pubbliche.

L'assioma di partenza era che nei fondi a disposizione per il FSN avremmo dovuto recuperare per la "spesa buona" ben circa 25 miliardi di euro che venivano sprecati in "inadeguato coordinamento" (mancanza di integrazione dei servizi), circa 2,97 mld, in "sovra utilizzo", circa 7,42 mld, in "complessità amministrative", circa 2,72 mld, in "sottoutilizzo", circa 3,45 mld, in "acquisti e costi eccessivi", circa 3,21 mld e, infine per "frodi e abusi" circa 4,95 mld [Il Sole 24 Ore-GIMBE]. In realtà non abbiamo visto adeguate politiche virtuose di successo su questi fronti. Peccato che "pubblico" e "privato" non hanno gli stessi vincoli gestionali e i manager pubblici non possono combinare i fattori produttivi in loro disponibilità come dovrebbero per raggiungere gli obiettivi a loro assegnati.

Inoltre secondo l'approccio/vulgata sulle leggi di mercato nel punto in cui la curva di domanda e offerta si incontrano il loro rapporto dovrebbe essere perfettamente bilanciato. Si dovrebbe produrre esattamente la quantità necessaria con il prezzo di mercato e il volume di produzione che rimangono stabili. Quanto sopra dovrebbe regolare le dinamiche anche del settore sanitario.

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.

Infatti in USA, ove la sanità è prevalentemente privata "privata", in base a studi e ricerche coordinate dal collega Berwick abbiamo uno scenario non proprio di efficienza acclarata:

Tipologia sprechi	I p o t e s i		
	Bassa	Ipotesi Media	I p o t e s i 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.

Il rapporto pubblico e privato dopo la pandemia Covid 19, Le proposte WHO Europe

WHO Europe tramite l'Observatory on health systems and policies, Policy Brief 56, titolato "Coinvolgere il settore privato nella fornitura di beni e assistenza sanitaria - Lezioni di governance dalla pandemia di COVID-19" (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/engaging-the-private-sector-in-delivering-health-care-and-goods-governance-lessons-from-the-covid-19-pandemic>)

svolge una riflessione sul rapporto pubblico e privato. Afferma che "l'obiettivo principale dello sfruttamento delle capacità del settore privato è quello di migliorare la fornitura di beni e servizi sanitari, e di farlo in modo da coinvolgere efficacemente il settore privato in linea con gli obiettivi e le priorità del sistema sanitario. Pertanto, dal punto di vista delle politiche pubbliche, l'allineamento degli obiettivi e la compatibilità dovrebbero essere i fattori chiave per stabilire potenziali impegni nel settore privato. Questo è un requisito minimo e può fungere da fondamento per qualsiasi ulteriore sviluppo che possa essere perseguito dai politici e dagli enti attuatori nell'allineare le strutture istituzionali e normative che promuovono o integrano più attivamente gli impegni del settore privato nei sistemi sanitari a fornitura mista. Le prove dei casi di studio sottolineano inoltre che la coerenza e la prevedibilità degli impegni sono elementi chiave per mantenere la fiducia e costruire relazioni pubblico-private di successo".

Inoltre WHO ritiene che sia necessario affrontare esplicitamente l'equa condivisione del rischio per proteggere i pagatori pubblici e rafforzare la responsabilità dei fornitori del settore privato.

Quindi il piano di relazione dovrebbe spostarsi tutto su sistemi di selezione, valutazione e monitoraggio in un approccio di rendicontazione trasparente e accessibile a tutti gli stakeholders interni ed esterni ai sistemi sanitari pubblici. Nel Nostro Paese molti di questi strumenti sono già previsti, ma quanto sono usati con coerenza e senso di responsabilità?

Tagli e Piani di Rientro e impatto sulla sanità pubblica

Poi abbiamo avuto la stagione dei "Piani di Rientro" delle Regioni non "virtuose", che con oltre 25 miliardi di tagli al FSN ha dato un contributo sostanziale alla riduzione della presenza "pubblica" in sanità.

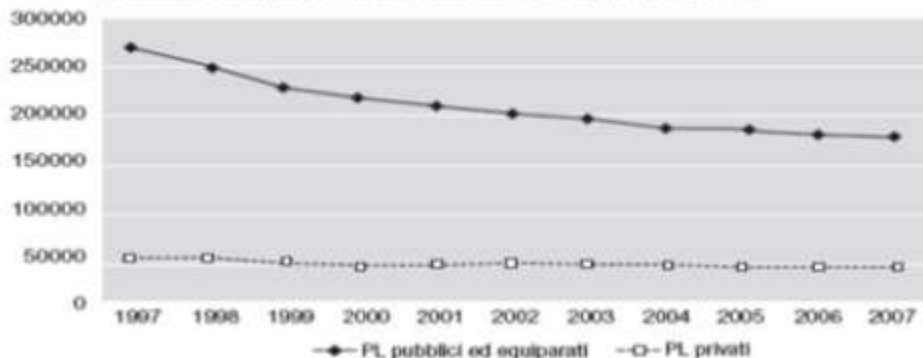
Registriamo 10.000 posti letto "pubblici" in meno, senza toccare invece quelli "accreditati" e una perdita progressiva di alcune decine di migliaia di operatori sanitari (medici, infermieri, tecnici, amministrativi, etc) ... e poi la pandemia ha fatto venire fuori tutte le criticità esplicite e latenti nei SSR

A conferma di quanto detto nel 2020 sono state aperti 12 ospedali (di cui 11 nel "privato") per un totale di 1.004 ospedali rispetto ai 992 del 2019 [Annuario SSN 2020, del Ministero Salute, 2022].

Per altro Ferruccio Fazio, ai medici ambulatoriali del SUMAI ASSOPROF, riuniti a Lecce per il loro 43° Congresso Nazionale, anno 2012, affermava che "Le Regioni con i piani di rientro non possono chiudere gli ospedali senza creare strutture sul territorio, perché così non si risolve il problema. Il 40% dei ricoveri è a carico degli ultra sessantacinquenni e questo non è più sostenibile, il sistema rischia il collasso nel giro di pochi anni. E proprio la riorganizzazione del territorio rappresenta la risposta, «una scelta obbligata oltre che strategica per il prossimo triennio». Eravamo sempre a 10 anni fa ...

I tagli alla sanità "pubblica", quindi, partono da lontano, ovvero, dal 1997 e, secondo il rapporto OASI del 2008, vedevano passare i PL "Pubblici" nel 2007 da circa 270.000 a 170.000, mentre i "privati accreditati" restavano sostanzialmente costanti ... In Italia, il servizio sanitario nazionale può contare su circa 191.000 posti letto per le degenze ordinarie. Il 23,3% è nelle strutture private "accreditate", ovvero 44.503. Siamo quindi a 146.497 PL "pubblici". Nel 2017 hanno prestato l'assistenza ospedaliera circa 1.000 istituti di cura, di cui il 51,8% pubblici e il 48,2% privati "accreditati". Questo in dato assoluto, poi bisogna vedere le consistenze e le specialistiche gestite e la progressione di questi trend.

Figura 2.5 Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2007)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Il processo è continuato fino ai giorni nostri. Siamo passati da 922 Posti Letto “pubblici” per 100.000 abitanti nel 1980 a 272 Posti Letto nel 2013 (Fonte WHO/OMS) ... e poi si è continuato a tagliare ... inoltre ai PL sono agganciati tutti i parametri relativi al personale necessario

I “Welfare Day” 2011-2022 e il “Jobs Act”2014

Da quasi 11 anni in primavera prima presso i Saloni di SS. Apostoli e poi alla “Nuvola” di Fuksas a Roma si svolge il “Welfare Day”, organizzato da un “pool” di Assicurazioni private con la partecipazione dei Governi in carica, dei Partiti, della Associazioni di impresa (tutte), dei sindacati dei lavoratori (tutti), delle organizzazioni delle PMI e della Cooperazione (tutte), delle Associazioni del Commercio (tutte), delle Banche e delle Assicurazioni e delle Mutue. Ovvero la presenza di tutti i “poteri forti” del Paese.

Si ascolta il CENSIS che presenta, anno dopo anno, delle relazioni molto documentate sullo stato del SSN, le sue criticità e i suoi ritardi, il suo “ritirarsi”, e, quindi, l’indicazione degli spazi di sviluppo possibili per una “sanità integrativa” che è di fatto anche “sostitutiva” di quella “pubblica”.

Il meccanismo di sviluppo della “sanità integrativa” è indiretto.

Il “Jobs Act” funziona in base ad un approccio “self-reinforcing”, non è necessario “aggreire” con delle norme la “sanità pubblica”, saranno le leggi dell’economia a decidere attraverso i loro strumenti fiscali in modo progressivo e automatico tutto quello che dovrà essere, ovvero un “tipo nuovo di sanità”, in luogo di quella “universale”.

Il ridimensionamento/superamento della “sanità pubblica” è la conseguenza della combinazione di “policy” diverse:

- *Quella dell’impresa il cui interesse principale è “ridurre il costo del lavoro e detassare il reddito di impresa” (quello disciplinato dal Testo Unico delle Imposte sui redditi, D.lgs. 917/1986 cd. TUIR), nella speranza del Governo di allora che, aumentando il reddito di impresa, aumentino gli investimenti e quindi cali la disoccupazione;*
- *Quella della speculazione finanziaria che grazie alla detassazione del reddito di impresa trova i soggetti (Assicurazioni/Mutue) e i mezzi materiali, che la rendono possibile, proponendosi così come intermediazione finanziaria tra capitale e lavoro.*

Quindi lo spazio che viene lasciato a Assicurazioni e Mutue non ha l’obiettivo “in primis” di tutelare la salute dei lavoratori, ma quello di ridurre il costo del lavoro e liberare il reddito di impresa dalle tasse nella speranza di accrescere gli investimenti per incrementare la ricchezza economica del nostro Paese.

Siamo sempre il Paese in cui fatto 100 la retribuzione del lavoratore, il 25,6% è relativo ad oneri del datore di lavoro, il 20,6% è relativo ad oneri per il lavoratore e solo il 53,8% è il reddito netto del lavoratore! È ovvio che, una volta “accreditate” con il “Job Act” le Assicurazioni e le Mutue, tutto il resto viene di conseguenza, perfino un certo livello di tutela sanitaria, è ovvio che poi le Assicurazioni e le Mutue faranno il loro lavoro.

Il 20% del “welfare aziendale” è costituito da incentivi per servizi alle famiglie (nidi aziendali e borse di studio a figli meritevoli, e altro) e per l’80% è costituito da “sanità integrativa” tramite polizze collettive previste all’interno dei CCNL.

Sul “welfare aziendale” il “Jobs Act” aveva messo 21 mld di euro di defiscalizzazione, che sono stati reiterati da tutti i Governi che si sono susseguiti fino ad oggi, compresi Draghi e Meloni, per un totale di quasi 39 mld di euro. Siccome il tutto avveniva in permanenza dei vincoli di equilibrio di bilancio imposti dalla UE fino al 2020, è chiaro che i Governi hanno dovuto compensare anche sul FSN. Il che ha incentivato ulteriormente i tagli già previsti per il sotto finanziamento alla “sanità pubblica”. Ormai tutti i CCNL rinnovati hanno al loro interno il “welfare aziendale”. Siamo al quasi 100% dei lavoratori dipendenti, pubblici e privati, contrattualizzati. Tutti i lavoratori “precarì” e “atipici”, prevalentemente under 40, sono esclusi dai CCNL e possono accedere a polizze assicurative, eventualmente, solo su base di versamenti volontari.

Possano iscriversi alle Mutue, se previsto negli statuti/regolamenti delle stese che hanno un impianto cooperativo, solo se in grado comunque di versare le quote sociali previste.

Alcune osservazioni di merito

La “sanità integrativa” è rivolta a lavoratori dipendenti “contrattualizzati” nell’ambito dei CCNL, che sono circa il 60% dei lavoratori attuali. Sono tutti nella fascia di età prevalente tra i 18 e i 65 anni di età, considerata meno a rischio degli over 65. Infatti le Assicurazioni dopo il 65 anno di età o dopo il passaggio in quiescenza escludono il lavoratore dalla polizza collettiva a meno che non sia in grado di pagare premi assicurativi più sostenuti. Le Mutue invece non avendo obiettivi di profitto, ovvero di dividendi da pagare ai loro azionisti/soci, reinvestono gli utili nei servizi ai soci e li accompagnano per tutto il loro percorso di vita.

La “sanità integrativa” punta a monopolizzare il così detto “budget sanitario, socio-sanitario e assistenziale” delle famiglie italiane che è stimato in 53 mld di euro tra spese sanitarie non ancora “intermediate” da Assicurazioni e Mutue per 27 mld, da 9 mld di spese per assistenza familiare, da 4,2

mld di spesa per la compartecipazione ai costi dei servizi socio sanitari, da 4,1 mld di mancato reddito dei "caregiver" e da altri circa 10 mld di altre spese sostenute per la salute e la sanità dalle famiglie. Potenzialmente è quasi l'equivalente del 50% dei fondi annuali del FSN.

La "sanità integrativa" non ha l'obbligo di rispondere ai LEA, può selezionare i pazienti, non si occupa in genere di prevenzione, non deve svolgere attività di emergenza e urgenza, convenziona pochi ospedali ad alta complessità assistenziale.

La "sanità pubblica" deve assistere tutti e non può selezionare i pazienti. Ha l'obbligo dei LEA. Ha un sistema di valorizzazione dei costi basato su DRG "importati" dalla Gran Bretagna. I costi standard inglesi sono diversi da quelli italiani. Il risultato è che i nostri ospedali pubblici più lavorano, più perdono perché gli attuali DRG "coprono" solo il 65% dei nostri possibili costi standard reali. Il tentativo di immettere i "costi standard" italiani calcolati su un panel di Regioni "pesato" è ancora bloccato in sede di Conferenza Stato/Regioni/PPAA. È urgente passare da un sistema basato sui DRG a uno "value based" centrato sul percorso del paziente. Altrimenti come possono competere "sanità pubblica" e "sanità privata"?

Per altro la "sanità pubblica" deve riprendersi i lavoratori assicurati con le "polizze collettive" della "sanità integrativa" dopo il loro invio in quiescenza, se non sono in grado di pagare autonomamente i premi richiesti in base all'applicazione del calcolo attuariale (loro coefficiente di rischio).

Deve assistere comunque tutti i residenti sia coperti da "polizze collettive" che senza "polizze collettive".

La "sanità integrativa" non deve rispettare standard pubblici di garanzia per operatori e pazienti, se non per adesione volontaria delle strutture in rete a criteri di accreditamento terzi (ISO, EFQM, altro).

Sono le Assicurazioni e le Mutue che dovrebbero, in sede di convenzionamento, prevedere un controllo di qualità delle prestazioni.

Si ascolta il CENSIS che presenta, anno dopo anno, delle relazioni molto documentate sullo stato del SSN, le sue criticità e i suoi ritardi, il suo "ritirarsi", e, quindi, l'indicazione degli spazi di sviluppo possibili per una "sanità integrativa" che è di fatto anche "sostitutiva" di quella "pubblica".

Il meccanismo di sviluppo della "sanità integrativa" è indiretto.

Il "Jobs Act" funziona in base ad un approccio "self-reinforcing", non è necessario "aggreddire" con delle norme la "sanità pubblica", saranno le leggi dell'economia a decidere attraverso i loro strumenti fiscali in modo progressivo e automatico tutto quello che dovrà essere, ovvero un "tipo nuovo di sanità", in luogo di quella "universale".

Il ridimensionamento/superamento della "sanità pubblica" è la conseguenza della combinazione di "policy" diverse:

Quella dell'impresa il cui interesse principale è "ridurre il costo del lavoro e detassare il reddito di impresa" (quello disciplinato dal Testo Unico delle Imposte sui redditi, D.lgs. 917/1986 cd. TUIR), nella speranza del Governo di allora che, aumentando il reddito di impresa, aumentino gli investimenti e quindi cali la disoccupazione;

Quella della speculazione finanziaria che grazie alla detassazione del reddito di impresa trova i soggetti (Assicurazioni/Mutue) e i mezzi materiali, che la rendono possibile, proponendosi così come intermediazione finanziaria tra capitale e lavoro.

Quindi lo spazio che viene lasciato a Assicurazioni e Mutue non ha l'obiettivo "in primis" di tutelare la salute dei lavoratori, ma quello di ridurre il costo del lavoro e liberare il reddito di impresa dalle tasse nella speranza di accrescere gli investimenti per incrementare la ricchezza economica del nostro Paese.

Siamo sempre il Paese in cui fatto 100 la retribuzione del lavoratore, il 25,6% è relativo ad oneri del datore di lavoro, il 20,6% è relativo ad oneri per il lavoratore e solo il 53,8% è il reddito netto del lavoratore! È ovvio che, una volta "accreditate" con il "Job Act" le Assicurazioni e le Mutue, tutto il resto viene di conseguenza, perfino un certo livello di tutela sanitaria, è ovvio che poi le Assicurazioni e le Mutue faranno il loro lavoro.

Il 20% del "welfare aziendale" è costituito da incentivi per servizi alle famiglie (nidi aziendali e borse di studio a figli meritevoli, e altro) e per l'80% è costituito da "sanità integrativa" tramite polizze collettive previste all'interno dei CCNL.

Sul "welfare aziendale" il "Jobs Act" aveva messo 21 mld di euro di defiscalizzazione, che sono stati reiterati da tutti i Governi che si sono susseguiti fino ad oggi, compresi Draghi e Meloni, per un totale di quasi 39 mld di euro. Siccome il tutto avveniva in permanenza dei vincoli di equilibrio di bilancio imposti dalla UE fino al 2020, è chiaro che i Governi hanno dovuto compensare anche sul FSN. Il che ha incentivato ulteriormente i tagli già previsti per il sotto finanziamento alla "sanità pubblica". Ormai tutti i CCNL rinnovati hanno al loro interno il "welfare aziendale". Siamo al quasi 100% dei lavoratori dipendenti, pubblici e privati, contrattualizzati. Tutti i lavoratori "precarì" e "atipici", prevalentemente under 40, sono esclusi dai CCNL e possono accedere a polizze assicurative, eventualmente, solo su base di versamenti volontari.

Possono iscriversi alle Mutue, se previsto negli statuti/regolamenti delle stesse che hanno un impianto cooperativo, solo se in grado comunque di versare le quote sociali previste.

Deducibilità fiscale, out of pocket e quote capitarie

Uno dei punti di maggior vantaggio dei Fondi Interattivi Sanitari è la loro deducibilità fiscale, fissata a €. 3.615,20 al 2013, questo mentre l'investimento medio pro-capite pubblico in Italia per la sanità è di circa €. 2.470,00 contro i circa €. 3.473,00 pro-capite della Francia e i circa €. 4.477,00 pro capite della Germania.

Quindi lo stato italiano consente alla "sanità integrativa" un tetto pro-capite di spesa deducibile fiscalmente, ovvero pagata con le tasse, che è circa 2,5 volte il tetto di spesa pro-capite previsto nel FSN per tutti i cittadini.

Quindi il lavoratore con CCNL in cui è previsto un tetto di deducibilità delle polizze collettive da "sanità integrativa" può accedere al SSN per un contributo pro-capite pari a €. 2.470,00 come tutti i cittadini residenti più fino a circa €. 3.615,20 di tetto di spesa media delle polizze collettive della sanità "integrativa" = €. 6.085,20!

Ci sarebbero da fare delle considerazioni sui "garantiti" e sui "precari" a proposito di diseguaglianze di salute.

Infine, siccome il welfare aziendale è soprattutto (come dice la Legge di Stabilità 2016) un "welfare contrattuale di secondo livello", l'"out of pocket" da riconvertire dovrebbe provenire da persone con un contratto e con una contrattazione di secondo livello. Siamo sicuri che tutto l'"out of pocket" abbia un contratto da usare per riconvertirsi in coperture assicurative e/o mutualistiche?

I dati disponibili, vedi "Rapporto CREA 2021", ci descrivono un'altra situazione e ci dicono che la spesa privata ha un carattere:

- Individuale perché dipende dal particolare bisogno che una persona ha in un certo momento;
- Contingente perché dipende dalla situazione in cui si trova una persona;
- Opportunistico nel senso che nel bisogno si decide ciò che è più conveniente dal punto di vista dei costi (ad esempio rispetto ai ticket per molte persone è più conveniente rivolgersi direttamente al privato), degli accessi (dove si fa prima), delle garanzie (dove è meglio andare);
- Localistico perché dipende dalla Regione in cui si trova e dallo stato dei servizi del SSR.

Lo scenario è ancora parzialmente "aperto"

La sanità "accreditata" primo cliente dei SSR ...

Inoltre ricordiamoci che il peso della sanità "accreditata" nella spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale nel 2018 è stato pari a "€. 392,00 per abitante, pari al 20,3% della spesa complessiva del SSN in aumento rispetto al 2017 (€.362,00, 18,8%)".

Secondo la ricerca "Pubblico e privato nella sanità italiana" condotta dall'Università degli Studi di Milano, il SSN fornisce a "gestione diretta" il 63% dei servizi richiesti dai pazienti (€. 69,8 mld), mentre "acquista" dal settore privato "accreditato" il restante 37% (€. 41,5 mld),

Quindi il SSN e i SSR sono i primi clienti per la sanità privata "accreditata" acquistando il 60% delle sue prestazioni, paria a un valore, appunto, di €. 41,5 mld.

Secondo il Rapporto CENSIS sulla sanità pubblica e privata tutto questo crea disservizi e disuguaglianze. In media, secondo i dati CENSIS, bisogna aspettare più di 60 giorni per poter accedere alle strutture del SSN, mentre si ricorre spesso a visite specialistiche e ad analisi sia in strutture private "accreditate", che spesso hanno il doppio regime, sia private "private" perché non si trova posto nel pubblico, o non lo si trova nei tempi che servono, spendendo circa €. 580,00 all'anno.

Il CENSIS ritiene che lo sviluppo della sanità privata "accreditata" sia dovuto al "federalismo sanitario che ha favorito disuguaglianze territoriali sempre più marcate. Nelle Regioni del nord-est la spesa sanitaria privata assolve prevalentemente a una funzione integrativa del Servizio Sanitario Nazionale. Nelle Regioni del centro sud invece la spesa sanitaria privata risponde a due bisogni fondamentali: la riduzione delle liste di attesa per i ricoveri e la gestione delle lungodegenze in assenza di una adeguata assistenza territoriale".

Spesa sanitaria e sostenibilità del SSN ...

Non siamo il Paese che spende di più per la sanità e la salute nella UE, anzi siamo tra quelli più contenuti come spesa. Siamo sotto la media UE, quindi, potremmo salire almeno fino al 7,2% del PIL. Oggi con il nuovo NADEF 2022-26 siamo al 6,2% tendenziale. Ovvero siamo a -1,0% sul PIL rispetto alla media UE. L'Ocse in un recente rapporto fotografa la situazione europea dopo due anni di pandemia.

La spesa italiana pro capite è sotto di €. 550,00 rispetto alla media UE ed è sotto di €. 2.200,00 rispetto alla Germania e sotto di €. 1.200,00 alla Francia ... Per quanto riguarda la spesa sanitaria, sempre l'OCSE conferma per il nostro Paese un dato molto inferiore a quello della maggior parte dei paesi occidentali con una spesa media pro capite a parità di potere d'acquisto di 4.038 dollari americani che ci pone al 20° posto in classifica.

I tagli al FSN in questi anni dal 2012 al 2019, che già ricordato, sono stati pari a circa 37,5 mld di Euro.

Inoltre dopo il “Jobs Act” (2016) è stata finanziata, sempre a carico della fiscalità generale, la defiscalizzazione delle polizze sanitarie e dei premi delle mutue fino a €. 3.200,00 pro-capite nell’ambito del così detto “welfare aziendale” di cui “magna pars” è la “sanità integrativa”. Il montante consolidato in questi anni è stato di circa 39 mld di Euro ad oggi. Non è una semplice coincidenza contabile.

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

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

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

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

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

I politici hanno il coraggio di dirlo? Come pensano di governare la transizione? Sono in grado di dire a fasce importanti della popolazione che saranno escluse dal diritto alla salute in modo sempre più esplicito e attivo?

Ridurremo il SSN e i SSR a qualcosa di simile al “Family Care” e a “Medicare” negli USA, ovvero, a programmi di tutela della salute per le fasce deboli della popolazione?

La realtà oggi del SSN e dei SSR ...

La sanità pubblica ancora oggi gestisce in netta prevalenza tutte le attività riferibili all’emergenza urgenza, alle reti cliniche tempo dipendenti e buona parte di quelle per le malattie croniche nonché i 3/5 dei posti letto per acuti.

La sanità pubblica e in generale le pubbliche amministrazioni gestiscono anche la maggioranza delle attività di prevenzione, che fino ad oggi non hanno mai 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”.

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI
(importi assoluti in milioni)

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
LB 2024	127.457	131.103	134.734	135.946	140.701	143.172
variazione su anno prec	3,90	2,87	2,77	0,90	3,50	1,76
in % Pil	6,99	6,74	6,57	6,38	6,39	6,30
in % spesa corrente primaria	15,61	15,28	15,31	15,08	15,33	15,45
Nadef 2023	127.457	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972
variazione su anno prec	3,90	2,87	2,77	-1,33	2,82	1,66
in % Pil	6,99	6,74	6,57	6,24	6,21	6,11
in % spesa corrente primaria	15,61	15,28	15,31	14,85	15,07	15,15
Def 2023	127.457	131.103	136.043	137.737	135.034	138.339
variazione su anno prec	3,90	2,87	3,77	-2,43	1,73	2,45
in % Pil	7,13	6,87	6,74	6,31	6,21	6,17
in % spesa corrente primaria	15,65	15,33	15,35	14,98	15,01	15,13
LB 2023	127.834	133.998	134.548	131.039	132.095	
variazione su anno prec	4,17	4,82	0,41	-2,61	0,81	
in % Pil	7,17	7,04	6,76	6,31	6,14	
in % spesa corrente primaria	15,70	15,39	15,46	14,74	14,67	
Nadef 2022	127.834	133.998	131.724	128.708	129.428	
variazione su anno prec	4,17	4,82	-1,70	-2,29	0,56	
in % Pil	7,17	7,04	6,62	6,20	6,02	
in % spesa corrente primaria	15,70	15,39	15,14	14,48	14,37	
Def 2022	127.834	131.710	130.734	128.872	129.518	
variazione su anno prec	4,17	3,03	-0,74	-1,42	0,50	
in % Pil	7,20	7,00	6,65	6,32	6,15	
in % spesa corrente primaria	15,66	15,55	15,08	14,78	14,66	
Nadef 2021	129.449	125.708	123.554	124.428		
variazione su anno prec	4,84	-2,89	-1,71	0,71		
in % Pil	7,28	6,67	6,30	6,14		
in % spesa corrente primaria	15,54	15,20	14,93	14,89		
Def 2021	127.138	123.662	126.251	124.410		
variazione su anno prec	2,97	-2,73	2,08	-1,44		
in % Pil	7,31	6,74	6,63	6,33		
in % spesa corrente primaria	15,41	15,00	15,15	14,83		

Fonte: elaborazione: Corte dei conti su dati MEF vari anni

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 l’interesse generale di salute.

Chi se non il “pubblico” può e deve svolgere questo lavoro di riallineamento 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”?

Conclusioni

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.

Il settore privato “privato” è sempre esistito e ha risposto storicamente a fette di domanda relativa 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”.

I Governi che si sono succeduti dal 2008 ad oggi hanno per esigenze di bilancio, vedi i vincoli di stabilità UE, tagliato il FSN 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 trovati sempre i finanziamenti utili. 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 disegualianze di salute non possono che aumentare a dismisura ...

Distruggere i servizi pubblici: Manuale d'uso



Nutriamo seri dubbi che questa sia la strada che garantirà i migliori risultati sia in termini di salute che di sostenibilità e pensiamo altrimenti 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.

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 SSN e i SSR hanno bisogno di finanziamenti adeguati, ma soprattutto di nuovi modelli gestionali e organizzativi e di una diversa cultura dell'assistenza e della cura.

Il Governo in carica è sintonizzato su questa prospettiva? I segnali per ora arrivati e la Legge di Stabilità 2024, nonostante lo stato di conclamata emergenza del SSN, sembrano andare, in continuità con i Governi precedenti, verso una strisciante privatizzazione del SSN e dei SSR ...

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118495



Le motivazioni dei giovani a fare il medico cambiano nei tempi

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASIQUAS e Docente DiSSE, Univ. "Sapienza", Roma

Francesco Medici, Socio ASIQUAS, Medico di Direzione Sanitaria, AO “San Camillo” Roma

Perché si sceglie di diventare medico e d'intraprendere una carriera lunga e sicuramente difficile?

Perché tanti giovani partecipano ai quiz per entrare a Medicina?

“Nella specie umana, l'insieme degli individui aventi pressappoco la stessa età: la generazione presente; le nuove generazioni; le generazioni passate; gli uomini della mia generazione; talvolta, più genericamente, tutti gli uomini, anche di differente età, che vivono nello spazio di tempo di cui si parla: fu una generazione fortunata quella che poté vivere in quel lungo periodo di pace e di tranquillità. “ (Enciclopedia Treccani).




















Howe e Strauss (2007) hanno individuato una sequenza composta da 5 generazioni:

- GI Generation
- Silent Generation
- Boom Generation
- Generation X
- Generation Y o Millennials
- Generation Z

Ogni generazione entrando in una fase di vita successiva riesce a trasformarla, colmando, se ci riesce, i gap lasciati dalla generazione precedente e così via.

Il primo studio organico sulla materia fu quello svolto dalla Università di Barclays insieme all'Università di Liverpool, che hanno “inscatolato” i 5 diversi profili, andando a fotografare tutte le sfumature di quelle che sono le generazioni che oggi abitano il nostro pianeta. I dati, realizzati su un database che si riferisce in particolare al Regno Unito, possono essere utili per capire dove nascono le differenze che ogni profilo presenta. I dati sono stati riassunti in una tabella, che in maniera semplice e intuitiva fa emergere con forza il processo evolutivo da una generazione all'altra:

Chart 1: An overview of the working generations

Characteristics	Maturists (pre-1945)	Baby Boomers (1945-1960)	Generation X (1961-1980)	Generation Y (1981-1995)	Generation Z (Born after 1995)
Formative experiences	Second World War Rationing Fixed-gender roles Rock 'n' Roll Nuclear families Defined gender roles — particularly for women	Cold War Post-War boom “Swinging Sixties” Apollo Moon landings Youth culture Woodstock Family-orientated Rise of the teenager	End of Cold War Fall of Berlin Wall Reagan / Gorbachev Thatcherism Live Aid Introduction of first PC Early mobile technology Latch key kids rising levels of divorce	9/11 terrorist attacks PlayStation Social media Invasion of Iraq Reality TV Google Earth Glasnost	Economic downturn Global warming Global focus Mobile devices Energy crisis Arab Spring Produce own media Cloud computing Wiki-leaks
Percentage in U.K. workforce*	3%	33%	35%	29%	Currently employed in either part-time jobs or new apprenticeships
Aspiration	Home ownership	Job security	Work-life balance	Freedom and flexibility	Security and stability
Attitude toward technology	Largely disengaged	Early information technology (IT) adaptors	Digital Immigrants	Digital Natives	“Technoholics” — entirely dependent on IT; limited grasp of alternatives
Attitude toward career	Jobs are for life	Organisational — careers are defined by employers	Early “portfolio” careers — loyal to profession, not necessarily to employer	Digital entrepreneurs — work “with” organisations not “for”	Career multitaskers — will move seamlessly between organisations and “pop-up” businesses
Signature product	 Automobile	 Television	 Personal Computer	 Tablet/Smart Phone	Google glass, graphene, nano-computing, 3-D printing, driverless cars
Communication media	 Formal letter	 Telephone	 E-mail and text message	 Text or social media	 Hand-held (or integrated into clothing) communication devices
Communication preference	 Face-to-face	 Face-to-face ideally, but telephone or e-mail if required	 Text messaging or e-mail	 Online and mobile (text messaging)	 Facetime
Preference when making financial decisions	 Face-to-face meetings	 Face-to-face ideally, but increasingly will go online	 Online — would prefer face-to-face if time permitting	 Face-to-face	 Solutions will be digitally crowd-sourced

*Percentages are approximate at the time of publication.

È possibile quindi individuare le motivazioni che riteniamo più importanti e su cui invitiamo a riflettere:

- Livello di reddito;
- Missione;
- Identificazione (in famiglia ...);
- Amore per la medicina intesa come materia di studio;
- Riconoscimento sociale;
- Potere.

Antonella Sanna nell'articolo dal titolo "Essere medico: come capisci se hai davvero la vocazione?" (2019) individua in "costanza, fermezza, perseveranza, risolutezza, durezza e resistenza ... le qualità di un medico, e ancora prima di uno studente di medicina".

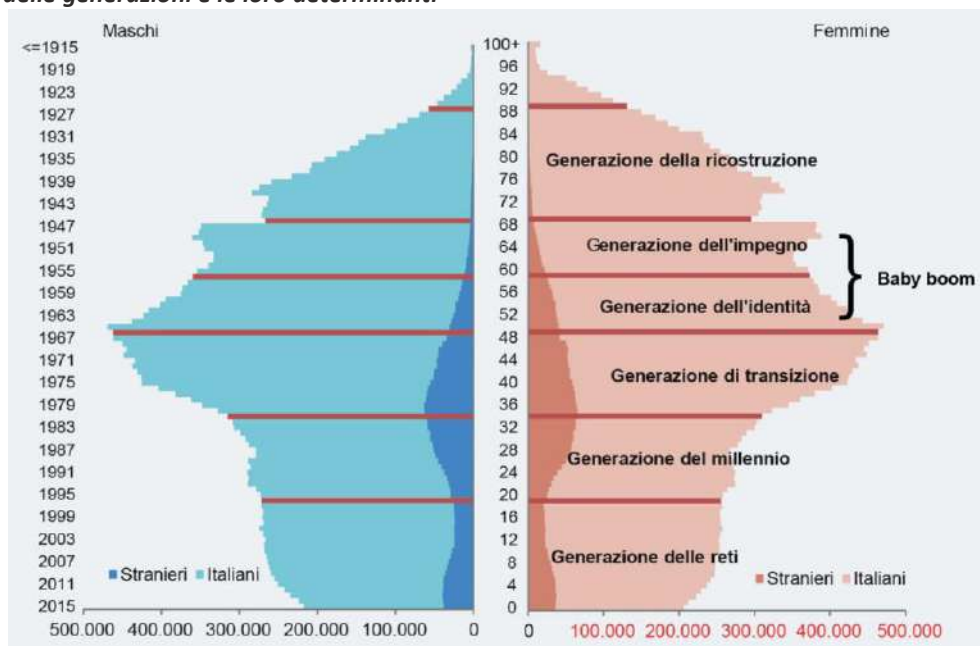
Crediamo che l'insieme delle motivazioni abbia anche una matrice culturale e che sia anche determinato dal periodo storico di riferimento. Pertanto per capire meglio il futuro è necessaria un'analisi del recente passato.

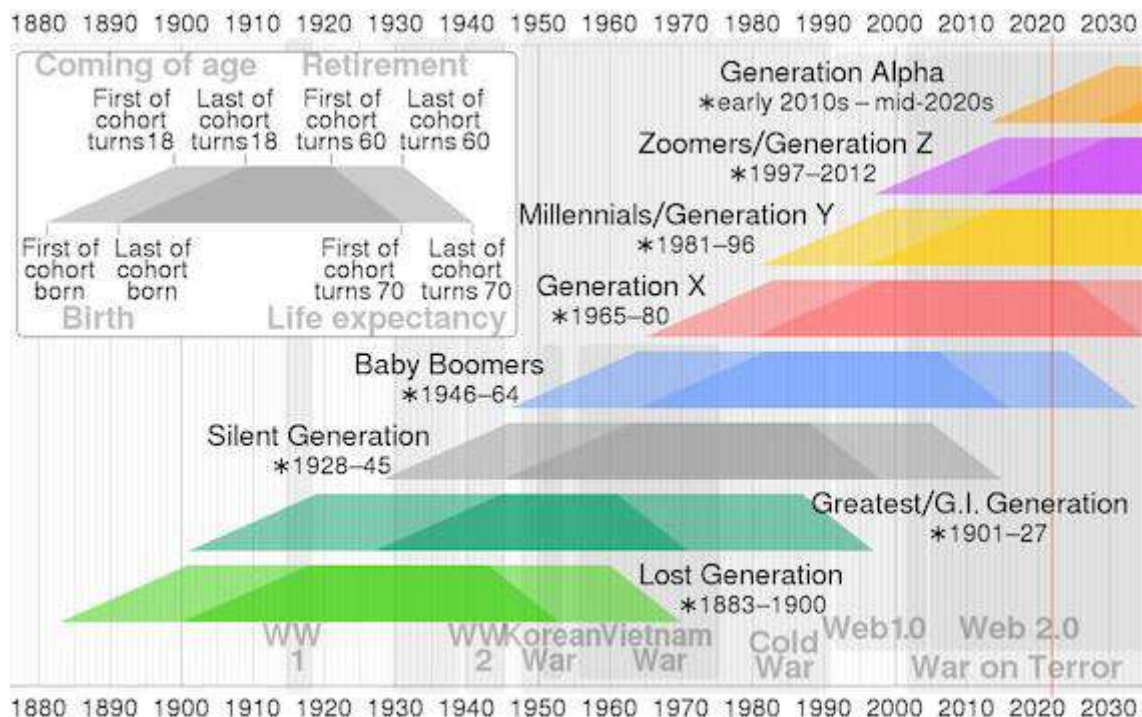
I sociologi (Ariès, *Generazione*, in *Enciclopedia Einaudi*, vol. 6, 1979) hanno proposto una classificazione che descrive bene l'evolversi delle "generazioni", cioè di un insieme di persone che è vissuto nello stesso periodo ed è stato esposto agli eventi che l'hanno caratterizzato.

Schematizzando si può definire il susseguirsi delle "generazioni" come segue:

- La "Greatest Generation" è quella di coloro che nacquero tra 1901 e 1927, che vissero la Grande Depressione tra la fine degli anni '20 e l'inizio degli anni '30 e che andarono a combattere nel corso della Seconda Guerra Mondiale.
- La "Generazione silenziosa" o della ricostruzione è costituita dai nati dal 1928 al 1945 ed è stata la grande protagonista del secondo dopoguerra. Molte delle persone di questo gruppo sono ancorate a valori tradizionali quali famiglia, matrimonio e lavoro. Hanno attualmente una scarsa alfabetizzazione alla tecnologia digitale (per motivi anagrafici) e non hanno troppa fiducia nel cambiamento.
- I "Baby boomers" sono nati tra il 1946 e il 1964. Hanno vissuto i primi anni di vita durante un periodo crescita economica che ha permesso loro di impegnarsi per diverse cause civili e sociali, ma anche di dare importanza alla propria identità politica e alla realizzazione dei propri obiettivi personali.
- La "Generazione X" o di "transizione" è quella delle persone nate tra il 1965 e il 1980. Si tratta di individui che in media hanno una coscienza ecologica piuttosto elevata rispetto alle generazioni precedenti, poiché hanno avuto la prima fase della vita segnata da problemi ambientali come Chernobyl o il buco nell'ozono.
- La "Generazione Y o dei Millennials" sono i nati tra il 1981 e il 1996. È una generazione che comincia ad essere multiculturale e immersa nella tecnologia digitale. Ne fanno parte coloro che, di fronte alla precarietà lavorativa, hanno deciso di cominciare a cercare opportunità all'estero: sono la generazione dell'euro e della cittadinanza europea.
- La "Generazione Z o delle reti", quella di chi è nato tra il 1997 e il 2012. Utilizzano tutti i social network, sono dinamici e amanti del cambiamento. Sono riconosciuti anche per il forte orientamento individualista.
-
- La "Generazione Alpha", infine, comprende i nati tra 2013 e il presente.
-

Il susseguirsi delle generazioni e le loro determinanti



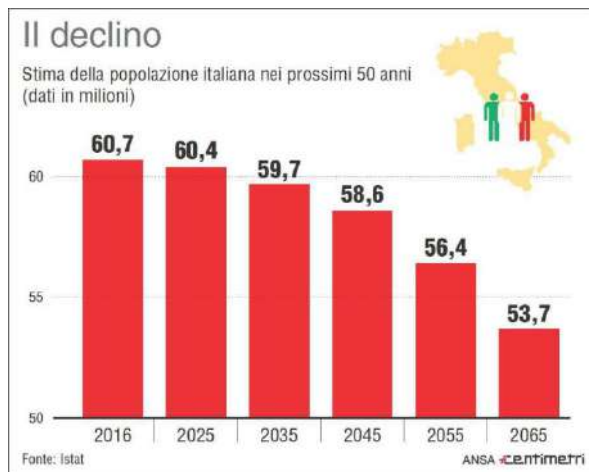


La demografia e le motivazioni.

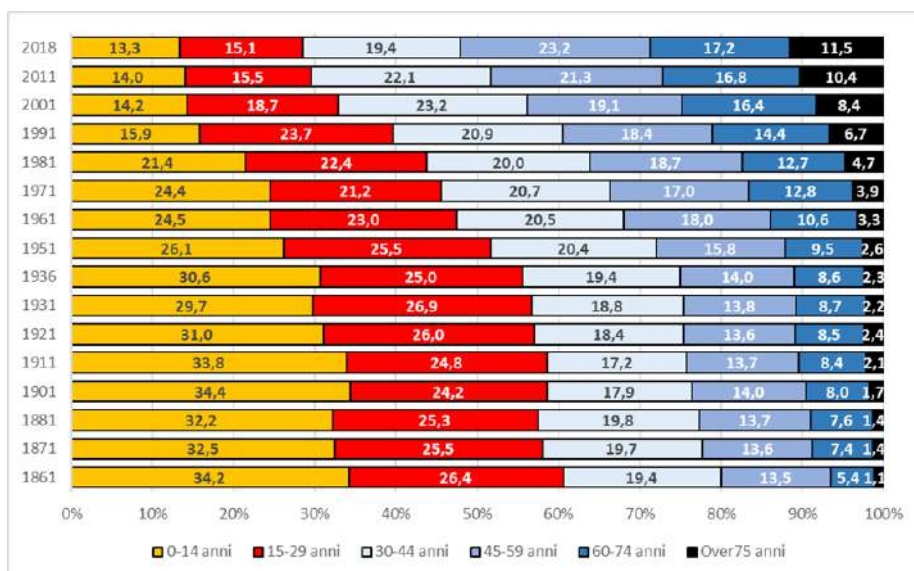
Il periodo storico tratteggiato, anche se in sintesi, ha registrato l'avvio di una rilevante tendenza alla denatalità con il superamento del numero dei decessi in ragione d'anno rispetto alle nuove nascite.

Denatalità compensata solo in parte dai processi dai flussi di immigrazione.

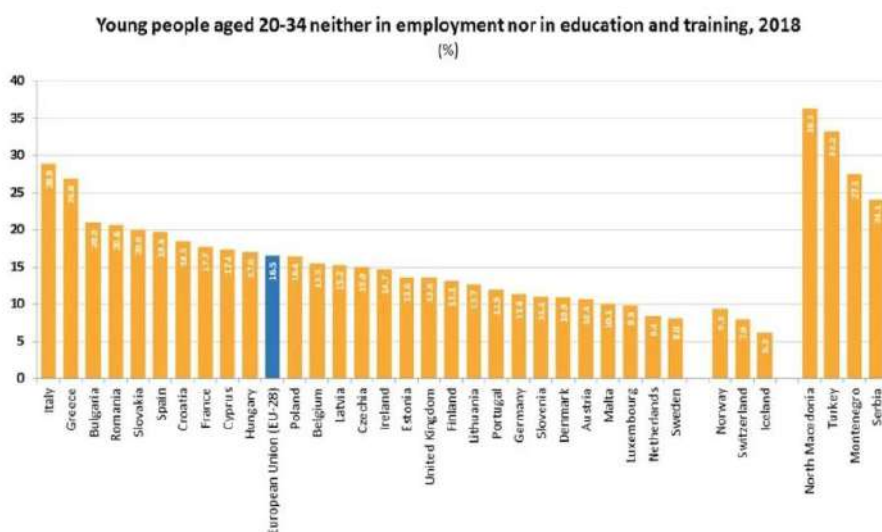
Salvo un inversione di tendenza, improbabile, rischiamo un calo della popolazione in Italia di circa 7 milioni nel 2065.



Quanto sopra a sua volta determina la così detta "tenaglia generazionale" con il sorpasso delle classi di età anziane over 65 rispetto a quelle giovanili per numerosità.



Abbiamo il primato in Europa di giovani Neet, “neither in employment nor in education or training”, quei giovani tra i 15 ed i 34 anni che non lavorano, non studiano e non sono in formazione professionale. Nel 2020 erano più di 3 milioni, con una prevalenza femminile di 1,7 milioni.



Le caratteristiche e le motivazioni delle diverse generazioni

Partendo da questa analisi, seppur in modo arbitrario prendiamo in considerazione l'evoluzione di un secolo, dividendolo in cinque periodi (evidenziando gli anni di professione dalla laurea alla pensione intervallati arbitrariamente da 30 anni per periodo, immaginando per tutti 40 anni di lavoro):

1. I nati nel 1900, periodo lavoro 1924-1964 (Greatest generation);
2. I nati negli anni 30, periodo lavoro 1955-1995 (Generazione silenziosa);
3. I nati tra il 1946 e il 1964, periodo lavoro 1991-2031 (Baby Boomers);
4. I nati tra il 1981 e il 1996, periodo lavoro 2020-2060 (Generazione Z o delle reti);
5. I nati dopo il 1997, periodo lavorativo 2047-2087 (Generazione alfa).

Prima differenza: l'iter di studio prima dell'ingresso al lavoro

1. “Greatest generation”– e “Generazione silenziosa”: non hanno dovuto conseguire la specializzazione, quindi, dopo diploma e laurea sono stati inseriti subito al lavoro. Non vi era una pletera di medici. Le università erano per pochi (tutte le università non solo medicina);
2. “Baby Boomers”: anni della pletera medica con 11 anni di studio – corsi di laurea + scuole di specializzazione – e non automatico ingresso al lavoro; università statali pubbliche per tutti; nessuna selezione all'entrata;

3. "Generazione Z o delle reti": università solo per un numero contingentato, ma su base di preparazione e non reddito; ritardo nell'entrare a medicina per istituzione del numero chiuso 6 anni di laurea, ma specializzazione con lo "sconto", visto che è possibile entrare al lavoro al terzo anno di specializzazione grazie al "Decreto Calabria";
4. "Generazione alfa": probabile ritorno all'ingresso al lavoro subito dopo la laurea come per "Greatest generation", "Generazione silenziosa" e "Generazione Z o delle reti": ma non per assenza di specializzazione, ma per "specializzazione in ospedale di insegnamento", ultima evoluzione del "Decreto Calabria".

Seconda differenza: l'attaccamento al luogo di lavoro

Il lavoro non si dà per certo e non è identico per tutte le generazioni:

1. "Greatest generation": attaccamento altissimo. L'ospedale era vissuto come "casa". La formazione avveniva in ospedale e lì si imparava dagli operatori più anziani.
2. "Generazione silenziosa": situazione simile a quella della "Greatest generation";
3. "Baby Boomers": si possono individuare due periodi il primo identico al precedente e il secondo, con le "Scuole di Specializzazione" che porta a un maggiore distacco, ma l'attaccamento alla struttura rimane alto;
4. "Generazione Z o delle reti": basso attaccamento al lavoro; "Scuole di Specializzazione" spesso lontane da casa. L'iperconnessione fa di questa generazione una generazione di "apolidi" si va dove conviene, dove c'è maggiore progressione di carriera, dove si lavora meglio.
5. "Generazione alfa": Il lavoro professionale sarà stravolto dalle tecnologie. Probabilmente non esisterà più un solo luogo di lavoro.

Terza differenza: i livelli di remunerazione

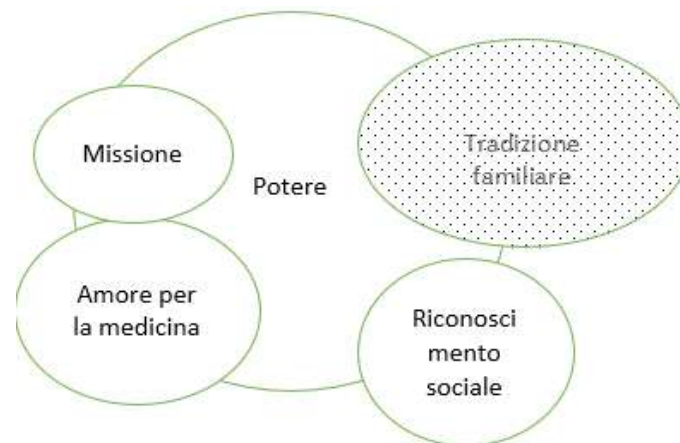
1. "Greatest generation": remunerazione alta; nessuna concorrenza; nessuna incompatibilità
2. "Generazione silenziosa": remunerazione alta; poca concorrenza; nessuna incompatibilità
3. "Baby Boomers": remunerazioni più basse; alta concorrenza; poche possibilità di elevare il proprio reddito;
4. "Generazione Z o delle reti": remunerazioni basse, ma con possibilità di elevarle nel breve periodo
5. "Generazione alfa": probabili remunerazioni medie in linea con i paesi CEE

Quarta differenza: le motivazioni di ingresso alla professione

"Greatest generation", quasi tutti uomini:

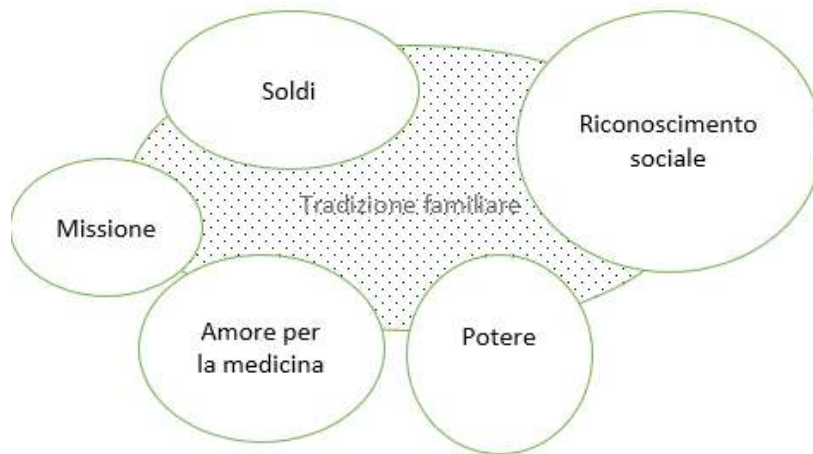
1. Potere;
2. Identificazione, soprattutto legata ad una tradizione familiare;
3. Riconoscimento sociale;
4. Amore per la medicina;
5. Mission.

I soldi arrivavano, ma erano i meno importanti, la moda inesistente.



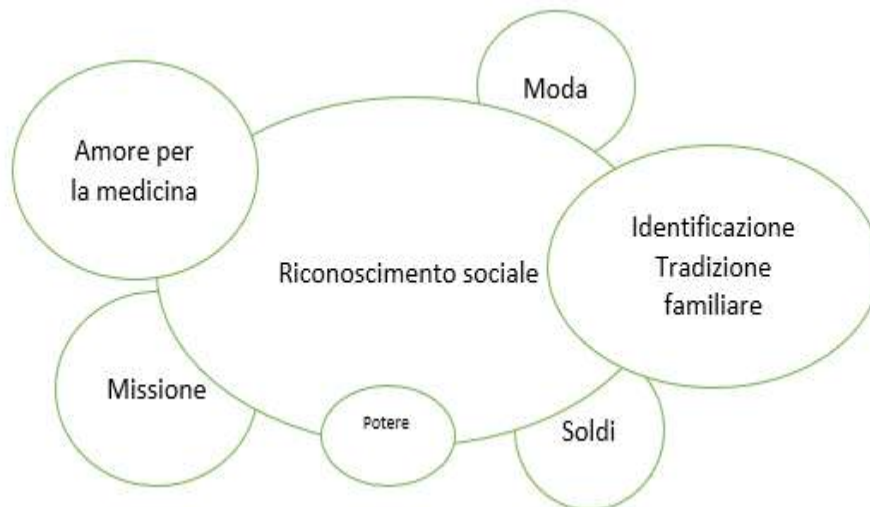
"Generazione silenziosa", soprattutto uomini, ma aumentano le donne:

1. Identificazione, soprattutto legata ad una tradizione familiare
2. Riconoscimento sociale;
3. Soldi, siamo nel boom economico e avere una bella automobile è un valore;
4. Potere, che ancora esiste specie nei piccoli centri;
5. Amore per la medicina: chi poteva permettersi di studiare aveva anche allora tutte le porte aperte;
6. Mission.



"Baby Boomers": pletora medica, aumentano le donne:

1. Riconoscimento sociale importante
2. Identificazione, tradizione familiare, stampa e TV;
3. Moda: se lo fanno gli altri lo faccio anche io ...
4. Amore per la medicina: almeno per coloro che sapevano che avrebbero avuto pochi soldi e poco potere;
5. Soldi: intesi come stipendio sicuro, ma non elevato;
6. Potere: ipotetico perché va riducendosi via via sempre di più per l'alta numerosità;
7. Missione.



"Generazione Z o delle reti", le donne superano gli uomini:

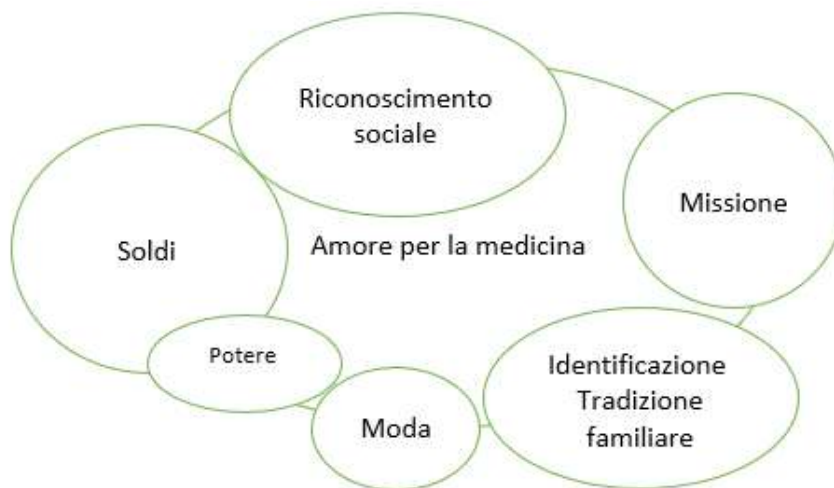
1. Identificazione per l'influenza dei media (Grey's Anatomy et similia hanno creato più medici di Esculapio), ma rimane forte anche la tradizione familiare, seppure gli esempi della generazione precedente non siano stati i migliori;
2. Soldi: si scelgono specializzazioni che permettono di lavorare nel privato. Gli esempi dati dei Baby Boomers hanno fatto aprire gli occhi;
3. Moda: se lo fanno gli altri lo faccio anche io. Le file ai quiz paradossalmente creano proseliti "non ho le idee chiare ma se lo fanno in tanti.
4. Amore per la medicina;
5. Missione
6. Riconoscimento sociale: in discesa
7. Potere: meno rilevante che non in passato ma non scomparso



“Generazione alfa”, soprattutto donne

Se la generazione precedente è iperconnessa quella futura avrà a che fare con l’intelligenza artificiale che modificherà dalla fondamento l’essere medico e che in realtà farà sì che serviranno meno medici di oggi (vi invito a leggere un bel libro di Yuval Noah Harari “Homo Dei) e ci auguriamo che le mode passino:

1. *Amore per la medicina*
2. *Missione*
3. *Soldi, speriamo che la generazione precedente abbia aperto la strada per retribuzioni adeguate al lavoro svolto che sarà anche molto “personalizzato” con carichi di lavoro effettivi*
4. *Riconoscimento sociale, poco anche se il medico è affidabile anche in questo contesto sociale*
5. *Identificazione, speriamo non solo in personaggi TV*
6. *Moda, forse sarà passata*
7. *Potere – no*



Conclusioni

Invitiamo ciascuno a verificare se si identifica in uno di questi gruppi, o a creare il proprio.

Certo è che la medicina negli ultimi 100 anni è cambiata velocemente e i gruppi sono decisamente diversi gli uni dagli altri. Come non immaginare che chi ha fatto la scelta di fare il medico, nella sua scelta, non sia stato figlio del suo periodo storico ed al contempo schiavo o protagonista delle scoperte scientifiche, delle innovazioni tecnologiche numerose e dirompenti fino a quella più grade di tutte, come stiamo vendendo e continueremo a farlo: l’intelligenza artificiale.

Quanto sopra sviluppato vuol essere un tentativo di comprensione ed uno stimolo perché venga fatto in maniera prospettica e più scientifica. Dobbiamo sapere già da oggi quale sarà la medicina del 2030 e degli anni a venire, e sulla base di attendibili stime costruire la formazione dei medici del futuro, pianificare le modalità del loro inserimento nel mondo del lavoro e costruire i meccanismi in grado di motivarli e valorizzarne l’operato.

È questo che dovremo sapere per dirlo con chiarezza a chi vuole entrare a medicina domani. Una scelta consapevole. Negli ultimi 100 anni non è stato sempre così.

<https://www.toscanamedica.org/le-motivazioni-dei-giovani-a-fare-il-medico-cambiano-nei-tempi/>

quotidiano**sanita**.it

Ocse. Nel 2021 la spesa sanitaria a carico delle famiglie in Italia si conferma sopra la media. A pesare sono soprattutto le visite ambulatoriali

Giovanni Rodriguez

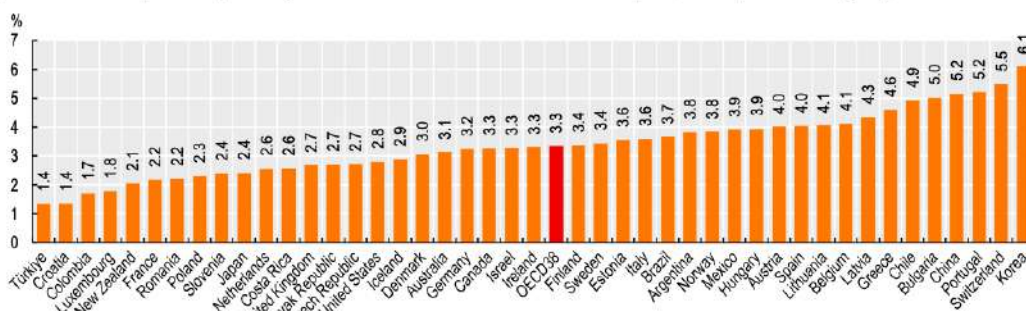
Nel 2021, in tutti i Paesi Ocse, circa il 3% della spesa totale sostenuta direttamente dalle famiglie era destinato a beni e servizi sanitari. In Italia la quota di spesa è stata del 3,6%. Un dato che conferma anche per il 2021 il superamento della media Ocse. A pesare soprattutto l'assistenza ambulatoriale che nel nostro Paese ha rappresentato il 45% della spesa out of pocket a fronte di una media Ocse del 22%. Tutto questo ha causato problemi ai bilanci delle famiglie che hanno avuto ripercussioni catastrofiche in Italia in misura quasi doppia rispetto al dato medio Ocse

14 NOV -

I sistemi sanitari forniscono un'adeguata protezione quando l'assistenza sanitaria non espone le persone a possibili difficoltà finanziarie. La mancanza di protezione finanziaria può infatti ridurre l'accesso all'assistenza compromettendo lo stato di salute delle persone, aggravando situazioni di difficoltà economiche nelle famiglie ed esacerbando disuguaglianze sanitarie e socio-economiche.

In media, nei Paesi Ocse, poco meno di un quinto di tutta la spesa sanitaria proviene direttamente dai pazienti attraverso i pagamenti out of pocket. La quota di consumo delle famiglie spesa per l'assistenza sanitaria fornisce una valutazione aggregata dell'onere finanziario della spesa out of pocket. Nel 2021, in tutti i Paesi Ocse, circa il 3% della spesa totale sostenuta direttamente dalle famiglie era destinato a beni e servizi sanitari. La quota era pari o inferiore al 2% in Lussemburgo, Colombia e Turchia, ma superava il 5% in Portogallo, Svizzera e Corea. **In Italia la quota di spesa è del 3,6%. Un dato che conferma anche per il 2021 il superamento della media Ocse.**

Figure 5.8. Out-of-pocket spending as share of final household consumption, 2021 (or nearest year)



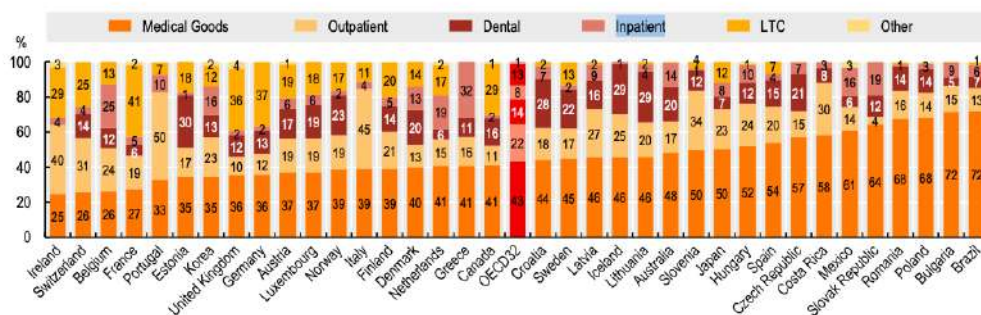
Source: OECD Health Statistics 2023, OECD National Accounts Database.

I **prodotti farmaceutici e altre apparecchiature terapeutiche** rappresentano il principale investimento per le famiglie e rappresentano in media il 43% della spesa sanitaria out of pocket nel 2021. In Messico, Repubblica Slovacca e Polonia, i prodotti farmaceutici rappresentano oltre il 60% della spesa delle famiglie. **Il dato italiano si ferma in questo caso al 39%, al di sotto della media Ocse del 43%.**

L'**assistenza ambulatoriale** ha rappresentato poi in media il 22% della spesa sanitaria out of pocket, ma è stata particolarmente elevata in Irlanda (40%), Italia (45%) e Portogallo (50%). **Il dato italiano in questo caso raddoppia la media Ocse ferma al 22%.**

Le cure dentistiche hanno rappresentato il 14% della spesa di tasca propria sostenuta dalle famiglie, il dato italiano non è stato qui rilevato. Infine, le spese sostenute per le **long term care** hanno rappresentato in media il 13% della spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie nel 2021. In questo caso in Italia **il dato è risultato essere più basso, assestandosi al 11%.**

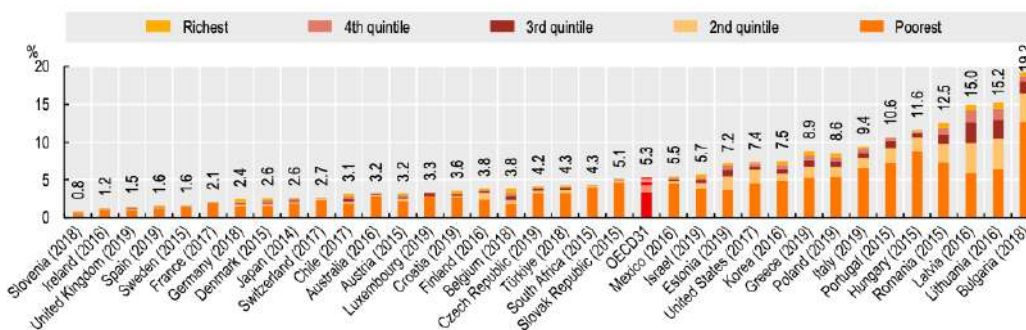
Figure 5.9. Composition of out-of-pocket spending on health, by type of service, 2021 (or nearest year)



Note: The "Medical goods" category includes pharmaceuticals and therapeutic appliances. LTC refers to long-term care. The "Other" category includes preventive care, administrative services and services unknown.
Source: OECD Health Statistics 2023.

Tutto questo quali ripercussioni comporta nei bilanci delle famiglie? L'indicatore più utilizzato per misurare il disagio finanziario associato ai pagamenti out of pocket per le famiglie è l'incidenza della "spesa sanitaria catastrofica". Questa varia notevolmente tra i Paesi Ocse, da meno del 2% delle famiglie in Svezia, Spagna, Regno Unito, Irlanda e Slovenia, a oltre il 10% delle famiglie in Lituania, Lettonia, Ungheria e Portogallo. **Ne esce male l'Italia che, con il 9,4%, ha un risultato quasi doppio rispetto alla media Ocse del 5,3%.**

Figure 5.10. Share of households with catastrophic health spending by consumption quintile, latest year available



Sources: WHO Regional Office for Europe, 2023 (countries in Europe); European Observatory on Health Systems and Policies, 2021 (countries outside Europe).

L'incidenza di questo tipo di spesa, spiega l'Ocse, "è strettamente legato alla dipendenza del sistema sanitario dai pagamenti out of pocket. I Paesi possono ridurre la loro dipendenza da questi pagamenti aumentando la spesa pubblica per la salute; tuttavia, sono importanti anche le scelte politiche relative alla copertura". Un risultato che conferma il basso livello di spesa sanitaria pubblica sostenuto dall'Italia che si ripercuote direttamente sulle famiglie costrette, soprattutto per alcune tipologie di assistenza, a sostenere di tasca proprie le spese necessarie alla propria salute aggravando in maniera pesante il proprio bilancio domestico.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118179

quotidianosanita.it

Troppi decessi a causa del Covid. E sulla gestione dell'antibiotico resistenza si stima il secondo peggior risultato per tasso di mortalità. L'Italia ne esce a pezzi dall'analisi dell'Ocse

Giovanni Rodriguez

L'Italia, con 325 decessi per Covid ogni 100.000 abitanti, non ne esce bene superando di molto la media Ocse di 225 morti. Con ogni probabilità almeno una parte di questo risultato sarà dovuto al

fatto che il nostro Paese è stato il primo in Europa ad essere investito dalla pandemia, oltre al dato anagrafico che ci vede tra i Paesi con il maggior numero di anziani al mondo. Ma il vero tasto dolente è rappresentato da un'altra minaccia per la salute: l'antibiotico resistenza. La mortalità da antibiotico resistenza da qui al 2050 stimata dall'Ocse vede Turchia e Italia con i tassi più elevati

10 NOV -

La pandemia di Covid ha dimostrato l'impatto globale delle minacce alla salute pubblica.

"I Paesi potrebbero imparare molto da questa esperienza per essere meglio preparati in futuro", ha sottolineato l'Ocse, evidenziando nel suo recente lavoro tre principali vulnerabilità che i sistemi sanitari hanno dovuto affrontare durante la pandemia: erano impreparati, avevano poco personale e soffrivano di investimenti insufficienti. Affrontare queste vulnerabilità sarà dunque fondamentale per rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari alle crisi future.

Stando ai risultati raccolti dall'Ocse, l'Italia ne esce male per numero di decessi causati da questa pandemia. Ma le note dolenti non finisco qui.

Un'ulteriore minaccia per la salute è infatti rappresentata dall'antibiotico resistenza, e anche qui le stime prospettano un risultato pessimo per l'Italia in termini di tasso di mortalità.

Ma procediamo con ordine. Nei Paesi Ocse, oltre 3,2 milioni di persone sarebbero morte a causa del Covid tra il 2020 e il 2022 - circa il 48% dei 6,7 milioni di decessi segnalati a livello mondiale.

Tuttavia, questi dati sulla mortalità sono sottostimati a causa delle differenze di segnalazione tra i Paesi e, soprattutto, delle ampie differenze nelle capacità e nelle pratiche di analisi. In alcuni casi, inoltre, i Paesi hanno deciso di interrompere la regolare segnalazione dei decessi causati nel 2023, quando la pandemia ha iniziato ad affievolirsi. Di conseguenza, le cifre presentate coprono il triennio dal 2020 alla fine del 2022.

In media, nei Paesi Ocse sono stati segnalati 225 decessi ogni 100.000 abitanti nel periodo 2020-22.

Norvegia, Nuova Zelanda, Giappone, Islanda, Corea e Australia hanno registrato i tassi più bassi, con meno di 70 decessi per Covid segnalati per 100.000 abitanti.

Al contrario, Ungheria, Slovenia e Repubblica Ceca hanno registrato 400 o più decessi ogni 100.000 abitanti.

L'Italia, con 325 decessi per Covid ogni 100.000, abitanti non ne esce bene superando di molto la media Ocse di 225 morti.

Con ogni probabilità almeno una parte di questo risultato sarà dovuto al fatto che il nostro Paese è stato il primo in Europa ad essere investito prepotentemente dalla pandemia, quando non era ancora chiaro a nessuno come intervenire per provare a frenare il crescere dei contagi, oltre al dato anagrafico che ci vede tra i Paesi con il maggior numero di anziani al mondo.

In prospettiva, l'antibiotico resistenza (Amr) - la capacità dei microbi di resistere agli agenti antimicrobici - è una delle minacce più pressanti per la salute pubblica.

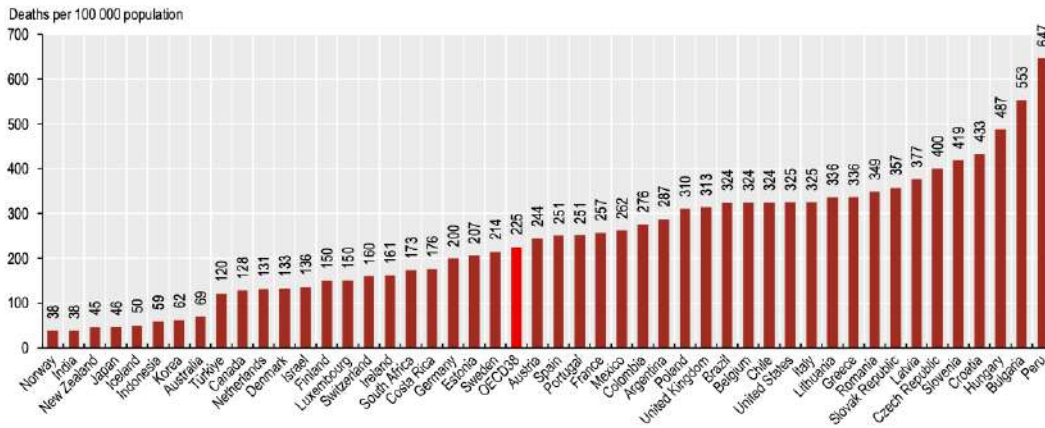
"Ha il potenziale per provocare gravi danni alla salute e all'economia su scala globale", sottolinea l'Ocse.

Le cause della resistenza antimicrobica sono complesse, anche se la forte dipendenza dagli antibiotici per la salute umana e animale rimane un fattore importante.

Le ultime stime Ocse indicano che ogni anno le infezioni antibioticoresistenti causano la morte di quasi 7.000 persone nei 29 Paesi Ocse e in 3 Paesi in via di adesione.

Il tasso annuale di mortalità da resistenza antimicrobica è stimato in media a 7,1 decessi per 100.000 abitanti nei 29 Paesi Ocse analizzati.

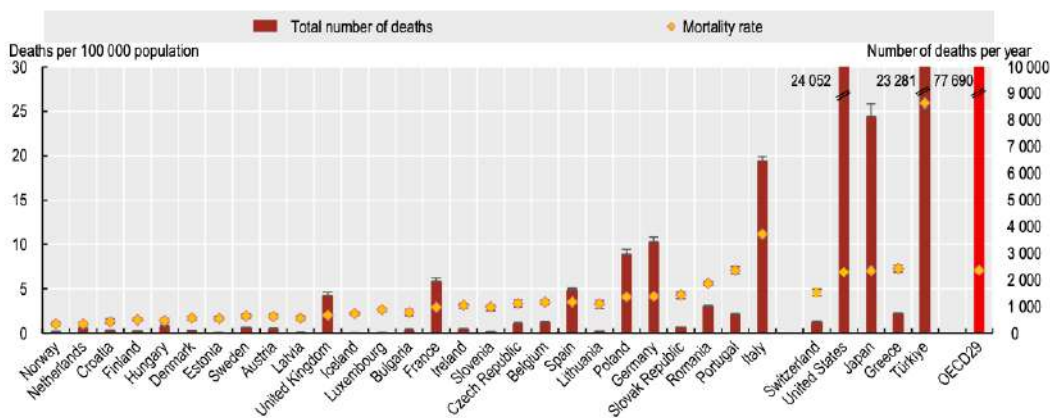
Figure 3.9. COVID-19 mortality for 2020-22



Sources: OECD Health Statistics 2023; UNWPP (2022^[9]), The 2022 Revision of World Population Prospects.

Il tasso medio annuo di mortalità da antibiotico resistenza previsto varia da 7,3 a 25,9 decessi per 100.000 abitanti, con Turchia e Italia che si stima abbiano i tassi di mortalità da Amr più elevati.

Figure 3.10. Average annual number of deaths and mortality rate due to AMR up to 2050



Note: Results based on the conservative "Elimination scenario", which assumes the elimination of all resistant infections. OECD29 values reflect the aggregate deaths and mortality rate across OECD countries.

Source: OECD (2023^[7]), *Embracing a One Health Approach to Fight Antimicrobial Resistance*, <https://doi.org/10.1787/ce44c755-en>.

I risultati mostrano anche che il costo annuale di questo fenomeno, per i sistemi sanitari dei Paesi analizzati, dovrebbe essere in media di circa 28,9 miliardi di dollari a parità di potere d'acquisto fino al 2050, corrispondenti a quasi 26 dollari pro capite.

Inoltre, la resistenza antimicrobica comporta perdite nella partecipazione al mercato del lavoro e nella produttività lavorativa, che dovrebbero ammontare a circa 36,9 miliardi di dollari.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118174

Dall'Oms la "road map" per costruire sistemi sanitari resilienti ai cambiamenti climatici e a basse emissioni di carbonio

Presentato in vista dell'imminente Convenzione quadro delle Nazioni Unite sul clima ha come obiettivo quello di contribuire a salvaguardare la salute delle comunità di tutto il mondo. Un'opportunità per il settore sanitario di dare l'esempio riducendo le proprie emissioni di gas serra, responsabili di quasi il 5% del totale globale, continuando a migliorare la qualità dell'assistenza

09 NOV -

Guidare i professionisti del settore sanitario nell'affrontare i rischi per la salute legati al clima attraverso la collaborazione. Rafforzare le funzioni del sistema sanitario per la resilienza climatica e gli approcci sanitari a basse emissioni di carbonio. E ancora sostenere lo sviluppo di interventi specifici per la riduzione del rischio climatico e delle emissioni e definire i ruoli e le responsabilità dei decisori sanitari in materia di resilienza climatica.

Questo gli obiettivi del nuovo [framework operativo per la costruzione di sistemi sanitari resilienti ai cambiamenti climatici e a basse emissioni di carbonio](#), presentato dall'Oms in risposta ai rapidi cambiamenti climatici. Pubblicato in vista dell'imminente Convenzione quadro delle Nazioni Unite sul clima (COP-28), è progettato per migliorare la resilienza dei sistemi sanitari ridurre le emissioni di gas serra e contribuire al raggiungimento degli obiettivi sanitari globali. Ma non è solo una tabella di marcia per le organizzazioni e le autorità sanitarie, sottolinea l'Oms, è anche una risorsa preziosa per i decisori politici responsabili dei settori che determinano la salute.

*"In tutto il mondo, i sistemi sanitari sono vulnerabili agli impatti del cambiamento climatico, ma contribuiscono anche ad esso – ha affermato **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, direttore generale dell'Oms – abbiamo quindi la duplice responsabilità di costruire sistemi sanitari in grado di resistere agli shock legati al clima, riducendo allo stesso tempo la loro impronta di carbonio. Questo quadro fornisce ai paesi una tabella di marcia per fare proprio questo".*

Con l'aumento delle temperature globali e gli eventi meteorologici estremi che diventano sempre più comuni, la necessità di sistemi sanitari resilienti ai cambiamenti climatici non è mai stata così critica, sottolinea l'Oms. La "roadmap" indicata dall'Oms fornisce quindi un percorso per affrontare questa sfida, con la missione principale di proteggere e migliorare la salute delle popolazioni di fronte a un clima instabile e mutevole. Inoltre, evidenzia l'ottimizzazione dell'uso delle risorse e l'attuazione di strategie per ridurre le emissioni di gas serra, continuando a dare priorità alla resilienza climatica.

Insomma, un'opportunità per il settore sanitario di dare l'esempio riducendo le proprie emissioni di gas serra, responsabili di quasi il 5% del totale globale, continuando a migliorare la qualità dell'assistenza.

Il framework indica diversi percorsi per rafforzare la resilienza climatica dei sistemi sanitari e decarbonizzare a seconda delle loro prestazioni complessive, dei livelli di emissioni di gas a effetto serra e dei cambiamenti climatici e della capacità sanitaria. E include i sistemi nei paesi a basso reddito che devono aumentare l'accesso all'energia e la fornitura di servizi sanitari per fornire una copertura sanitaria universale.

Ma i vantaggi dell'attuazione della "roadmap" indicata dall'Oms si estendono ben oltre l'ambito dell'assistenza sanitaria: riducendo le emissioni di gas e migliorando la resilienza dei sistemi sanitari, si contribuisce evidenzia l'Oms, a raggiungere gli obiettivi più ampi della copertura sanitaria universale (UHC), della sicurezza sanitaria globale e degli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite.

Il Framework è stato sviluppato a seguito della richiesta di sostegno dell'Oms da parte dei ministri della Salute di oltre 75 Paesi che hanno aderito [all'Alleanza per l'azione trasformativa sul clima e la salute \(ATACH\)](#) durante la presidenza del Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord della 26a Conferenza delle parti della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici nel novembre 2021. Il Regno Unito e l'Oms hanno quindi istituito formalmente l'ATACH nel giugno 2022 per portare avanti questa ambiziosa agenda.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118140

Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems



<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565073>

Il percorso verso un'Unione sanitaria europea

Martin McKee   • Aniek de Ruijter

Accesso Libero • Pubblicato: 22 novembre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100794> •

Riepilogo

Storicamente l'Unione Europea ha lasciato le decisioni di politica sanitaria ai singoli Stati membri, cooperando solo su questioni come l'assistenza sanitaria transfrontaliera e la sicurezza dei medicinali.

Tuttavia, la pandemia di Covid-19 ha sottolineato la necessità di un'azione collettiva oltre confine.

In risposta, nell'ottobre 2020, la presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen ha chiesto la creazione di una "Unione europea della sanità".

Questa iniziativa mira a migliorare la protezione della salute dei cittadini europei, rafforzare la preparazione alla pandemia e rafforzare i sistemi sanitari. Finora l'iniziativa non ha suscitato grandi contestazioni.

Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che le proposte sotto questo titolo sono state piuttosto frammentarie e non sono generalmente viste come parte di una visione globale per identificare le aree in cui l'intervento dell'UE apporta benefici alla politica sanitaria nazionale.

In questo contributo proponiamo un percorso in termini di contenuto e processo per sviluppare una visione più completa del contenuto e del processo della politica.

Così facendo non stiamo discutendo della necessità di un'Unione sanitaria europea. Diamo per scontato che l'attuale Unione sanitaria europea rappresenti un'opportunità per offrire, ora e in futuro, il vantaggio aggiuntivo di armonizzare, centralizzare o coordinare leggi, istituzioni, politiche e azioni relative alla salute a livello dell'UE.

Priorità e scelta

Gli Stati membri dell'UE considerano da tempo la politica sanitaria come una questione su cui possono decidere, lavorando insieme solo laddove vi siano ovvi motivi per farlo.

Gli esempi includono l'assistenza transfrontaliera o la sicurezza dei medicinali. Hanno mantenuto il controllo nazionale su quegli aspetti dei servizi sanitari che non hanno una chiara dimensione transfrontaliera, come il finanziamento e l'erogazione dell'assistenza e la pianificazione della forza lavoro. La pandemia ha cambiato la situazione, poiché era necessaria un'azione concertata per combattere un virus che ignorava le frontiere nazionali.

Nell'ottobre 2020, la presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen ha annunciato che: "Non possiamo aspettare la fine della pandemia per riparare e preparare il futuro. Costruiremo le basi di un'Unione sanitaria europea più forte in cui 27 paesi lavoreranno insieme per individuare, prepararsi e rispondere collettivamente".

Questo imperativo si sta traducendo in una nuova legislazione nel quadro politico di una "Unione sanitaria europea".

Ciò include una serie di misure progettate per migliorare la protezione della salute dei cittadini europei, rafforzare la capacità dell'UE e dei suoi Stati membri di prevenire e rispondere a future pandemie e migliorare la resilienza dei sistemi sanitari europei (riquadro 1).

Tuttavia, anche se tutte queste misure sono generalmente considerate un buon inizio, noi e altri abbiamo sostenuto che è necessario fare di più.

Ad esempio, il Forum europeo dei pazienti ha sostenuto che "l'attuale proposta dovrebbe essere considerata come un punto di partenza per costruire un'assistenza sanitaria migliore a beneficio di tutti gli europei".

Un manifesto che chiede un'Unione sanitaria europea forte basata su solidarietà, sostenibilità, sicurezza e inclusione ha raccolto quasi 1500 firme e un nuovo libro, co-edito da un ex commissario europeo per la salute e con il contributo di eminenti studiosi della salute, ha delineato un lungo elenco di opportunità.

8

Riquadro 1

Qual è la proposta per un'Unione sanitaria europea?

Chi? La proposta di un'Unione sanitaria europea è stata menzionata per la prima volta da Ursula von der Leyen, presidente della Commissione europea, nel suo discorso sullo stato dell'Unione del 2020.

L'idea è stata sviluppata in una comunicazione della Commissione Europea.

Che cosa?

La proposta per un nuovo "quadro politico" è nata come un appello per un rafforzamento del coordinamento da parte dell'UE delle risposte alle minacce transfrontaliere.

A questo proposito sono state adottate diverse proposte giuridiche: l'estensione del mandato dell'Agenzia europea per i medicinali e Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, creazione di una nuova entità, l'Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie (HERA), ulteriori investimenti in ricerca e sviluppo e la creazione di uno spazio europeo dei dati sanitari che sosterrà lo scambio di informazioni.

Altre proposte legislative, come il piano europeo di lotta contro il cancro e la riforma del pacchetto farmaceutico sono stati anche proposti come elementi da includere.

Quest'ultima comprende misure volte a rendere i medicinali più disponibili, accessibili e convenienti, sostenendo al contempo la competitività dell'industria farmaceutica dell'UE, nonché proposte per affrontare la resistenza antimicrobica.

Quando?

La proposta per un'Unione sanitaria europea è stata avanzata per la prima volta nel 2020, ma la documentazione non specifica un termine di attuazione né prevede una data finale fissa per la sua realizzazione.

Guardando al futuro, i governi europei si trovano ad affrontare molte sfide. La prossima pandemia potrebbe essere molto peggiore e, visti gli eventi meteorologici estremi in Europa nel 2023,

La carenza di operatori sanitari e i problemi di accesso ai medicinali ci ricordano che esistono molte altre minacce. Come possono quindi i governi sfruttare le opportunità offerte dall'Unione sanitaria europea e quali dovrebbero essere i prossimi passi per realizzare l'impegno della presidente von der Leyen?

Una vera Unione sanitaria europea richiederà una visione ambiziosa, proprio come quella che ispirò il progetto europeo negli anni '50, quando l'Europa si stava riprendendo dalla devastazione della Seconda Guerra Mondiale.

Lo shock causato dal COVID è stato su scala molto minore, ma avrebbe potuto essere molto peggiore.

L'idea europea originaria fu guidata da alcuni individui, come Jean Monnet, ma il mondo è andato avanti

. L'Europa del futuro deve attingere a una gamma ampia e diversificata di prospettive e dare voce a coloro che altrimenti potrebbero rimanere inascoltati.

Ciò, a nostro avviso, richiede che la comunità sanitaria si impegni in modo proattivo, sostenendo il cambiamento e offrendo soluzioni basate sull'evidenza basate sui valori che sono alla base della salute pubblica.

Questa comunità sanitaria ha dimostrato di poter riunirsi, nonostante la relativa impotenza dei ministeri della sanità nazionali, sfidare le politiche che minacciano la salute.

Farlo, tuttavia, non è facile: quando coloro che hanno un interesse per la salute si riuniscono, compresi coloro che dirigono, pagano, forniscono e beneficiano di misure sanitarie nel loro senso più ampio, in genere mettono sul tavolo i propri interessi e le proprie aspettative.

Molti vogliono garantire che la "loro" malattia, popolazione o gruppo professionale sia menzionato esplicitamente in ogni nuova strategia.

Il risultato, troppo spesso, è una lista della spesa. Questo crea problemi. In primo luogo, ci saranno sempre alcune malattie, popolazioni o professioni che non verranno menzionate, incoraggiando gli esclusi a creare una coalizione per attaccare la strategia generale.

In secondo luogo, incoraggia il lavoro a compartimenti stagni che è l'opposto di ciò che è necessario per affrontare i complessi problemi sanitari interconnessi che affrontiamo oggi.

Qual è l'alternativa? Come possiamo decidere quale sia o dovrebbe essere il mandato di una "Unione europea della sanità" oltre a una serie di misure legislative che non sono logicamente e necessariamente collegate tra loro? Quali sono le nostre priorità e quali scelte dobbiamo fare?

Proponiamo un approccio in due fasi che considera il contenuto della politica e poi il processo ([riquadro 2](#)). Per essere chiari, non stiamo discutendo della necessità di un'Unione sanitaria europea.

Diamo per scontato che l'attuale Unione sanitaria europea rappresenti un'opportunità per offrire, ora e in futuro, il vantaggio aggiuntivo di armonizzare, centralizzare o coordinare leggi, istituzioni, politiche e azioni relative alla salute a livello dell'UE.

Ancora più importante, consideriamo la visione racchiusa nell'impegno per un'Unione sanitaria europea come qualcosa che, in un'Europa in cui il nostro senso di solidarietà e appartenenza, compresi coloro a cui teniamo e di cui vogliamo prenderci cura, è ancora in gran parte legato alla nazionalità. , può dare forma al nostro senso di "europeità".

Ciò riconosce il nostro bisogno pragmatico di solidarietà e di protezione della dignità umana di fronte alla malattia e alla morte che derivano dall'essere vicini, anche se questo legame è più debole che all'interno dei nostri confini nazionali. È con questa visione in mente che devono essere fatte le scelte su cosa fare insieme e cosa fare noi stessi.

Riquadro 2

Messaggi chiave.

L'Unione Europea della Sanità, una serie di iniziative sviluppate dall'Unione Europea in risposta alla pandemia, darà un importante contributo alla protezione e alla promozione della salute dei cittadini europei. Tuttavia, il lavoro è ancora in corso e, se vuole raggiungere i suoi obiettivi, deve:

- **UN)**
Sviluppare una visione condivisa, globale e coerente delle numerose minacce presenti e future per la salute dei cittadini europei;
- **B)**
Creare un processo politico inclusivo, garantendo che i responsabili della salute nei governi degli Stati membri abbiano voce in capitolo nelle decisioni che li riguardano e che coinvolga pienamente un'ampia gamma di altri attori, tra cui la società civile e altre agenzie internazionali come l'OMS.

Fase uno: una visione condivisa sui contenuti politici

Il nostro primo passo prevede l'accordo su una visione delle funzioni e dei contenuti che dovrebbe avere un'Unione sanitaria europea.

Ciò significa allontanarsi dal ricco assortimento di richieste dei gruppi di interesse per concordare un quadro globale che riunisca le numerose minacce interconnesse alla salute nell'UE che agiscono in molti settori e livelli, chiedendosi dove l'UE può apportare un ulteriore vantaggio alla politica sanitaria. a livello nazionale?

Significa anche identificare dove le misure sanitarie contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi centrali dell'Unione stessa.

[18](#)

Quali sono le sfide sanitarie trasversali nell'UE?

Riteniamo che il rapporto della Commissione paneuropea sulla salute e lo sviluppo sostenibile, scritto per l'OMS Europa, offra un modello che può essere utilizzato per fare il punto su quelli che possiamo aspettarci siano i bisogni e le sfide centrali per tutta la sanità pubblica e i sistemi sanitari. nell'UE.

Ciò ha al centro il concetto di One Health.

Ciò riconosce l'importanza dell'interazione tra la salute degli esseri umani, degli animali e dell'ambiente naturale, che influenzano ed sono influenzati da microrganismi ubiquitari. L'UE, dati i suoi ruoli molto più forti nell'agricoltura e nell'ambiente che nella sanità, insieme ai suoi poteri normativi e regolatori, ha un chiaro potenziale per fornire ulteriori benefici nell'affrontare le sfide One Health.

Sottolinea inoltre i "determinanti sociali della salute"; quelle aree in cui i governi, agendo individualmente o collettivamente, possono salvaguardare e promuovere la salute. Gli esempi includono la possibilità di investire nell'istruzione, nell'occupazione, negli alloggi o nei servizi sanitari e la riduzione delle minacce alla sicurezza, comprese quelle derivanti da guerre e conflitti.

Comprende anche l'aiuto alle istituzioni pubbliche per affrontare i "determinanti commerciali della salute", sia positivi che negativi. Gli esempi includono la lotta alla proliferazione di prodotti dannosi per la salute e gli investimenti per migliorare l'accesso digitale.

L'UE ha poteri legislativi che possono promuovere o minare la salute affrontando questi problemi. Sosteniamo che, quando saranno esaminati attraverso la lente dei determinanti sanitari (in contrapposizione, ad esempio, al commercio o al mercato interno), diventerà più chiaro se l'UE debba o meno agire per armonizzare le politiche nazionali.

Ad esempio, vista attraverso una lente sanitaria, la necessità di aprire i sistemi sanitari nazionali a una maggiore concorrenza minerebbe probabilmente il concetto di solidarietà nazionale che è alla base dell'accesso all'assistenza sanitaria, e probabilmente non sarebbe supportata, richiedendo il mantenimento dello status quo.

Infine, sarà importante individuare le misure sanitarie che possano contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Unione stessa.

Questi includono il raggiungimento dello sviluppo sostenibile e del progresso sociale, la promozione della giustizia e della protezione sociale, la promozione del progresso scientifico e tecnologico e la lotta all'esclusione sociale e alla discriminazione (articolo 3 del trattato sull'Unione europea).

La crescente comprensione di quelli che vengono definiti co-benefici, per cui le politiche sanitarie aiutano a realizzare politiche in altre aree, come ad esempio il contributo di popolazioni più sane alla crescita economica, ha ampliato il riconoscimento delle opportunità esistenti.

Ancora una volta, guardando attraverso la lente della salute, diventa più facile vedere dove possono sorgere tensioni tra l'obiettivo di proteggere la salute "tradizionale" in tutte le politiche dell'UE e le minacce alla salute che possono derivare

dalle attività dell'UE in altri settori, ad esempio nel commercio accordi in cui vi è pressione per indebolire le garanzie che riguardano l'alimentazione, l'agricoltura o la protezione ambientale.

Fase due: un processo politico per rafforzare il coinvolgimento della comunità sanitaria nazionale

Se si riuscisse a concordare una visione ampia sulle funzioni di un'Unione sanitaria europea, dovremmo portare l'esperienza, la conoscenza e la rappresentanza disponibili nella comunità sanitaria europea nel processo di sviluppo della stessa, sia nel processo legislativo che nel darne forma. implementazione.

Qui sosteniamo che la forma dovrebbe seguire la funzione. È necessario affrontare due questioni.

Il primo riguarda il luogo in cui vengono realizzate le politiche sanitarie? I ministri della sanità e i funzionari degli Stati membri si incontrano nell'ambito del Consiglio dei ministri (della sanità), ma le discussioni sono limitate ad alcuni ambiti. I governi hanno conferito all'UE poteri forti e talvolta esclusivi in settori quali l'agricoltura, la concorrenza e il commercio, ma molti meno poteri per agire sulla salute.

[21](#)

Affrontare la debolezza delle disposizioni esistenti per la rappresentanza sanitaria nazionale

Quando si concorda sulla necessità di un'azione per proteggere o promuovere la salute, le misure pertinenti saranno spesso adottate da altri gruppi del Consiglio dei ministri e dai gruppi del Parlamento europeo, in alcuni casi avviate da un'altra direzione generale (DG) della Commissione europea piuttosto che la DG per la sanità.

Un esempio famoso è la "Direttiva Bolkenstein" con la quale l'UE mirava ad armonizzare tutte le leggi nazionali relative alla fornitura di servizi, compresi i servizi sanitari. Questa legislazione è stata avviata dalla DG MARKT e avrebbe potuto portare a riforme su vasta scala di tutti i sistemi sanitari nazionali.

La comunità sanitaria è rimasta sbalordita dalla proposta, che alla fine è stata bloccata. Eppure ci sono molti altri esempi di dove i gruppi ministeriali e altri gruppi istituzionali all'interno del Consiglio, del Parlamento o della Commissione si impegnano con leggi e politiche sanitarie su questioni che, se discusse a livello nazionale, sarebbero rientrate nella competenza degli attori sanitari.

Ciò aggrava la posizione già relativamente debole del ministero della Sanità rispetto ad altri ministeri all'interno dei paesi e la relativa rappresentazione politica della salute rispetto ad altri obiettivi sociali, riducendo la sua capacità di esercitare un'influenza significativa. Sarà quindi necessario trovare modi per rafforzare il contributo sanitario alle discussioni dell'UE che hanno un impatto sulla salute.

Un modo per farlo è creare una base legislativa più forte dell'UE, inclusa una competenza condivisa per l'adozione di leggi e politiche sanitarie a livello dell'UE. Ciò probabilmente rafforzerebbe il coinvolgimento delle istituzioni nazionali nei dibattiti sulla salute a livello europeo, data la natura del processo legislativo dell'UE (articolo 294 del Trattato sul funzionamento dell'UE).

Anche se tale modifica del Trattato non verrà realizzata, la questione di chi avrà un posto al tavolo potrà comunque essere affrontata attraverso cambiamenti istituzionali.

Le questioni sanitarie sono esaminate dal Parlamento europeo, ma in un comitato che unisce ambiente, salute pubblica e sicurezza alimentare.

La creazione dell'Unione europea della sanità suggerirebbe che la sanità abbia un proprio comitato, inoltre i rappresentanti nazionali nel Consiglio potrebbero incontrarsi più spesso e in un gruppo sanitario più concentrato.

Ciò potrebbe fornire un mezzo per esaminare attentamente le iniziative in altri settori che hanno un impatto sulla salute.

Tuttavia, è anche opportuno rafforzare il ruolo delle organizzazioni della società civile. Con poche eccezioni, questi hanno una visibilità limitata a livello europeo. Tuttavia possono rappresentare un'importante risorsa per i legislatori che cercano di comprendere gli effetti, spesso complessi, di ciò che stanno adottando. In loro assenza, la porta è aperta a potenti interessi acquisiti, compresi quelli i cui prodotti minacciano la salute, per impostare la narrazione e fornire la propria versione delle prove necessarie per comprendere la questione.

Tuttavia, queste organizzazioni della società civile faticano a farsi ascoltare, quindi sarà importante trovare modi migliori per coinvolgerle nel processo politico e fornire un sostegno continuo al loro lavoro, come le sovvenzioni operative disponibili nell'ambito del programma EU4Health.

La seconda questione è garantire la sinergia con il lavoro dell'Organizzazione mondiale della sanità, in particolare con il suo ufficio regionale. Qui 27 Stati membri dei 53 che fanno parte della regione europea si trovano in un "doppio vincolo" in quanto sono tenuti a cooperare all'interno delle strutture dell'OMS e attraverso l'UE.

Allo stesso tempo, le politiche e le leggi sanitarie interne dell'UE hanno un impatto sempre maggiore anche sulla salute globale, esplicitamente attraverso attività nel campo del commercio e dello sviluppo, e spesso implicitamente, ad esempio, attraverso l'"effetto Bruxelles".

La questione centrale qui è, dati gli attuali accordi di coordinamento e cooperazione all'interno di questo blocco di 27 paesi nel campo della salute, quale dovrebbe essere il ruolo dell'UE nell'architettura sanitaria globale.

Come nel caso della stessa Unione sanitaria europea, la strategia sanitaria globale recentemente pubblicata dall'UE è vista come un buon inizio ma con molte domande senza risposta.

Tra questi c'è la questione di come conciliare visioni diverse su questioni globali in cui gli interessi nazionali differiscono. Le sfide legate al mantenimento di un approccio coerente sono state evidenziate dagli eventi in Ucraina e a Gaza, ma includono anche aspetti di politica commerciale, con divisioni tra chi ha e chi non ha grandi settori farmaceutici.

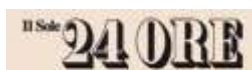
Conclusione: più di una promessa

L'Unione sanitaria europea come ideale politico attorno al quale riunirsi rappresenta un promettente passo avanti e affronta alcune delle debolezze rivelate dalla pandemia.

Tuttavia, la resilienza e la salute delle popolazioni non si raggiungono solo attraverso i quadri politici che emergono dalle crisi e dalle emergenze. Se un'Unione sanitaria europea vuole essere qualcosa di più della somma delle sue parti, deve basarsi su una visione chiara dei benefici funzionali che l'UE può apportare alla salute delle persone che vivono in Europa.

Inoltre, è necessario che esista una forma e un processo che coinvolga il patrimonio di competenze e conoscenze sanitarie disponibili a livello di Stato membro e che possa contribuire a realizzare questa visione. Se vogliamo affrontare le sfide future per la salute umana, in Europa e nel mondo, dobbiamo impegnarci in modo da garantire politiche sanitarie e processi decisionali che vadano oltre il settore sanitario e i confini nazionali.

[https://www.thelancet.com/journals/lanape/article/PIIS2666-7762\(23\)00213-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanape/article/PIIS2666-7762(23)00213-2/fulltext)



Manovra/ L'Ufficio parlamentare di bilancio: con finanziamento Ssn 2024 rischio copertura spese tra farmaci, contenzioso su payback e nuovi Lea

di B. Gob.

"Il finanziamento del Ssn per il 2024 potrebbe non coprire integralmente le spese, tenendo conto del costo delle misure previste dal Disegno di legge di bilancio, compreso l'incremento del tetto sulla spesa farmaceutica diretta, dell'applicazione dei nuovi Lea e del contenzioso delle imprese sul pay-back".

Così l'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ultima tornata di audizioni in commissioni Bilancio di Camera e Senato sul testo della manovra che inizia il 14 novembre il suo iter parlamentare. Secondo la presidente Upb Lilia Cavallari "ulteriori difficoltà, in tutto il periodo di programmazione, potrebbero sorgere in relazione alle carenze di personale e all'impatto di eventuali nuove pressioni dei prezzi dei beni energetici sul settore sanitario".

Secondo l'Upb "le risorse aggiuntive stanziare dalla manovra sono sufficienti a mantenere nel 2024 l'incidenza della spesa sul Pil al livello pre-pandemico (6,4 per cento per nel 2019)".

Ma "va sottolineato che il Servizio sanitario nazionale, pur presentando una spesa contenuta in termini pro-capite e in rapporto al Pil e buoni indicatori di salute, appariva già allora sottoposto a tensioni. Non si assiste ancora - in definitiva - a quel potenziamento strutturale del Ssn che sembrava essere diventato un obiettivo condiviso nella fase dell'emergenza sanitaria".

Parole che fanno seguito a quelle su una manovra che "si muove in un sentiero molto stretto" per cui si sollecita la garanzia di un "riequilibrio dei conti", fa parte del presidente della Corte dei conti Guido Carlini.

«La manovra finanziaria per il prossimo triennio si muove all'interno di un sentiero molto stretto - aveva detto - in cui devono trovare un difficile equilibrio spinte ed esigenze diverse: rispondere alle difficoltà delle famiglie di fronte alla forte crescita dei prezzi; adeguare gli stipendi pubblici senza innescare una spirale negativa prezzi-salari; rafforzare un sistema dei servizi sanitari, assistenziali ma non solo, provato dall'emergenza pandemica; assicurare una maggiore flessibilità nelle scelte previdenziali; mantenere adeguati ritmi di investimento nel processo di ammodernamento infrastrutturale del Paese. Tutto ciò garantendo il percorso di riequilibrio dei conti e un graduale rientro del rapporto debito Pil». Dalla Corte, anche il monito sul rischio di una perdita di qualità dei servizi a fronte di tagli alla spesa. «Se appare corretto l'implicito richiamo in tutte le aree dell'azione pubblica a un più attento utilizzo delle risorse, il quadro è soggetto al pericolo di non riuscire a mantenere la qualità dei servizi offerti, rischiando di vanificare, specie nel caso delle fasce più deboli della popolazione, il beneficio monetario che ci si propone di dare».

Quanto alla sanità, dalla manovra arrivano risorse "rilevanti ma insufficienti" e "pesa la crescita dei prezzi".

«Entro i margini di manovra molto ristretti in cui si collocano gli interventi della legge di bilancio, le risorse destinate alla sanità sono certamente rilevanti. Esse non sono tuttavia sufficienti ad invertire il profilo riflessivo già disegnato nel quadro tendenziale. La riduzione in termini di prodotto - aggiunge - rimane evidente anche se l'attenzione per questo settore di spesa è testimoniata dalla seppur limitata crescita del rapporto con il totale della spesa corrente primaria. Il settore sanitario, come altri del complesso sistema di welfare, sta conoscendo il peso di una crescita dei prezzi ben superiore all'aumento delle risorse disponibili».

Infine, dall'Istat la sottolineatura delle carenze di personale, soprattutto relative alle risorse per il territorio e in particolare medici di medicina generale e infermieri.

Per questi ultimi "si pone un problema di scarsa attrattività della professione, problema che tende ad aggravarne la già scarsa dotazione", rileva l'Istat.

Per Francesco Maria Chelli, presidente facente funzione dell'Istat nella audizione sul Ddl di bilancio davanti alle commissioni Bilancio di Senato e Camera, «per i medici di medicina generale (Mmg) vi è la preoccupazione di una carenza nel prossimo futuro, quando un numero consistente di professionisti andrà in pensione senza che ci sia stato un adeguato ricambio generazionale, in conseguenza di una scarsa attrattività della professione, meno remunerata rispetto ai medici specialisti».

In generale, l'offerta di medici di medicina generale dal 2011 al 2021, «palesa un trend in sensibile diminuzione in tutte le aree del Paese con una riduzione media annua dell'1,2%, leggermente più elevata nelle Regioni del Nord-ovest (-1,4%). Per effetto di queste dinamiche, la percentuale di Mmg che assistono un numero di pazienti superiore al valore soglia stabilito dall'accordo nazionale è andata aumentando in maniera significativa (dal 15,8% del 2004 al 38,2% nel 2020».

https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2023-11-14/manovra-ufficio-parlamentare-bilancio-finanziamento-ssn-2024-rischio-copertura-spese-farmaci-contenzioso-payback-e-nuovi-lea-092607.php?uid=AFkrEycB&cmpid=nlqf&refresh_ce=1



L'UPB in audizione: "Nessun potenziamento strutturale del Ssn. E nel 2024 possibili disavanzi nei bilanci regionali"

La spesa per il rinnovo dei contratti non è indicata dalla relazione tecnica, così come la revisione dei tetti della spesa farmaceutica che plausibilmente assorbirà risorse del Ssn pari a 100 mln. Nel prossimo anno i nuovi Lea diverranno esigibili. Resta poi aperto il contenzioso per il payback con le imprese che forniscono dispositivi medici al Ssn sui rimborsi richiesti, pari a metà dello sfioramento del tetto di spesa. Inoltre va considerata l'incertezza su un nuovo aumento dei prezzi dei beni energetici in seguito al conflitto in Medio-Oriente.

14 NOV -

Mancano misure strutturali per il Ssn e gli stanziamenti previsti non tengono conto di alcune misure che potrebbero comportare ricadute a danno dei bilanci sanitari delle Regioni. Su tutto questo, aleggia poi lo spettro di un possibile ulteriore incremento dei prezzi e beni energetici a causa del conflitto in Medio-Oriente.

Questo quanto emerso dall'audizione dell'Ufficio parlamentare di Bilancio sulla manovra, davanti alle commissioni Bilancio riunite di Camera e Senato.

"A un quadro a legislazione vigente caratterizzato da un tendenziale ridimensionamento della quota di risorse allocate alla sanità pubblica nel medio periodo vengono aggiunti alcuni finanziamenti volti, da un lato, a ripristinare approssimativamente uno scenario a politiche invariate e, dall'altro lato, ad affrontare le emergenze più immediate. Non si assiste a quel potenziamento strutturale del Ssn che sembrava essere diventato un obiettivo condiviso nella fase dell'emergenza sanitaria, da realizzare anche con il Pnrr (principalmente per la parte relativa agli investimenti)", si legge nella relazione.

"Gli stanziamenti appaiono prudenziali per il 2025 e il 2026 mentre per il 2024 non si può escludere che l'insieme delle misure implichi una maggiore spesa superiore all'incremento del finanziamento. L'onere più rilevante è quello per la corresponsione al personale dipendente e in convenzione degli aumenti contrattuali relativi al triennio di contrattazione 2022-24 (con possibile anticipazione al dicembre 2023 di una parte degli incrementi, secondo quanto disposto dal DL 145/2023). In proposito, va osservato che la spesa per i contratti non è indicata dalla Relazione tecnica e, pertanto, gli importi mostrati nella tabella sono stati ricostruiti dall'Upb in base alle informazioni disponibili. Secondo questa ricostruzione la spesa sarebbe superiore per poco più di 150 milioni nel 2024 e inferiore per 200 e 100 milioni circa, rispettivamente, nel 2025 e nel 2026. Tra l'altro, come si spiegherà in seguito, anche la revisione dei tetti della spesa

farmaceutica, cui la Relazione tecnica non attribuisce alcun effetto di bilancio, plausibilmente assorbirà risorse del Ssn, per un importo dell'ordine di grandezza di circa 100 milioni".

"Sommando agli importi tendenziali indicati nella Nadef il maggiore finanziamento assicurato dalla manovra emerge che la quota di spesa sanitaria corrente sul Pil nel 2024 tornerebbe sui livelli del 2019, quando era pari al 6,4 per cento. Nel 2026 tale quota scende di un decimo di punto. Si ritorna al livello del 2019 - aggiunge l'Upb - essenzialmente grazie alla corresponsione al personale degli aumenti relativi al triennio di contrattazione che si concluderà nel prossimo anno (insufficienti, tuttavia, a mantenere il potere d'acquisto delle retribuzioni), all'incentivo economico al personale per l'erogazione di prestazioni aggiuntive e all'incremento delle risorse per acquisire servizi privati, attraverso la revisione del sistema di remunerazione delle farmacie e le modifiche dei tetti e budget di spesa previsti per le singole voci di acquisto".

"Ulteriori fattori concorrono al rischio che nel 2024 possano emergere disavanzi nei bilanci dei Servizi sanitari regionali (Ssr). Oltre alle differenze sopra evidenziate tra i maggiori finanziamenti assegnati dalla manovra e le misure ivi previste, vi è l'eventualità che gli oneri di tali misure risultino superiori alle stime della Relazione tecnica con riguardo ai tetti della spesa farmaceutica. In secondo luogo, nel prossimo anno, grazie all'approvazione delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, i nuovi Lea, introdotti nel 2017, diverranno esigibili. In terzo luogo, resta aperto il contenzioso con le imprese che forniscono dispositivi medici al Ssn sui rimborsi a queste richieste, pari a metà dello sfioramento del tetto di spesa imposto dalla legge (il cosiddetto pay-back). Inoltre va considerata l'incertezza su un nuovo aumento dei prezzi dei beni energetici in seguito al conflitto in Medio-Oriente. Nel biennio 2025-26 andranno finanziati con nuove risorse i contratti per il triennio 2025-27. Infatti di anno in anno, come accennato, si continua a indicare un tendenziale in termini di legislazione vigente e nell'ambito della manovra si finanziano le politiche invariate. Ulteriori difficoltà, nel triennio, potrebbero sorgere in relazione alle carenze di personale sanitario, soprattutto infermieri e medici di alcune specializzazioni (quali, ad esempio, emergenza-urgenza e anestesia), soggetto a una disaffezione cui non sembra vengano offerte risposte efficaci".
Di seguito, in sintesi, alcuni delle principali segnalazioni contenute nel documento depositato dall'Upb.

Il finanziamento degli accordi contrattuali per il triennio 2022-24

A fronte dei consistenti ritardi accumulati sui rinnovi contrattuali¹⁶⁰, sembrerebbe esservi l'intenzione di erogare almeno una parte degli aumenti relativi al triennio 2022- 24 già alla fine del 2023. I fondi disponibili nei bilanci degli Enti sanitari potrebbero non essere sufficienti per pagare l'indennità di vacanza contrattuale maggiorata nel 2023.

L'abbattimento delle liste d'attesa

La riduzione dei tempi di attesa è affidata ad alcune misure emergenziali già adottate nei mesi scorsi, che non si sono rivelate adeguate a risolvere il problema in modo strutturale.

I tetti di spesa, il sistema di distribuzione dei farmaci e i Lea

La manovra di bilancio per il 2024 contiene una serie di interventi volti a rivedere i tetti e i budget di spesa previsti dalla legge. "Non si interviene, tuttavia, sul meccanismo di regolazione della spesa per dispositivi medici, basato anch'esso su un tetto e un meccanismo di pay-back, che ha prodotto un ampio contenzioso e che potrebbe provocare una insufficienza di risorse nei conti del Ssn".

Con il Decreto del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 giugno 2023 sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica (che entreranno in vigore rispettivamente il 1° gennaio e il 1° aprile del prossimo anno), passaggio necessario per rendere finalmente esigibili i nuovi Lea, determinati già da quasi sette anni (Dpcm del 12 gennaio 2017). Il costo dei **nuovi nomenclatori delle prestazioni erogabili** è stato stimato in circa 400 milioni nella Relazione tecnica allegata allo schema del decreto sulle tariffe, al netto di quanto già fornito da alcune Regioni.

Per il successivo aggiornamento dei Lea da parte dell'apposita Commissione (da svolgere annualmente) la manovra vincola una quota del finanziamento del Ssn pari a 50 milioni per il 2024 e 200 dal 2025.

Per l'**assistenza farmaceutica**, la revisione dei tetti di spesa per le singole componenti, a parità di massimale complessivo, secondo la Relazione tecnica non implica effetti di bilancio, ma potrebbe invece produrre un onere più elevato di circa 100 milioni annui. Dal momento che il massimale di spesa risulta comunque rispettato per la farmaceutica convenzionata, mentre nel caso della diretta l'innalzamento del tetto riduce l'importo dello sfioramento, rimborsato per il 50 per cento dalle aziende farmaceutiche (pay-back), ci si deve attendere un minore introito per le Regioni, dell'ordine di circa un centinaio di milioni annui.

Nel campo della spesa farmaceutica viene poi introdotto dal marzo 2024 un nuovo metodo di **remunerazione delle farmacie** convenzionate – atteso dal 2013 per l'intera filiera distributiva del farmaco – con effetti valutati dalla Relazione tecnica complessivamente pari a 55 milioni nel 2024 e 77 milioni a partire dal 2025.

Si osserva che la remunerazione variabile con il prezzo può disincentivare la promozione di farmaci meno costosi. Il premio sulle liste di trasparenza, peraltro limitato rispetto alla parte variabile e a quella fissa, favorirebbe la dispensazione di farmaci a brevetto scaduto, ma non quella dei prodotti a prezzo più basso. Inoltre, viene eliminata la remunerazione aggiuntiva concessa in via sperimentale per il 2021 e 2022 alle farmacie, nella fase di maggiore coinvolgimento nell'attività di testing e di vaccinazione contro il Covid, e resa strutturale dal 2023 dalla legge di bilancio dello scorso anno.

È anche previsto che la revisione annuale del Prontuario ospedale-territorio da parte dell'AIFA, con eventuale trasferimento sul territorio e verso il regime convenzionale della distribuzione di determinati prodotti, avvenga annualmente entro il 31 marzo e che vengano predisposte linee guida per l'aggiornamento dei prontuari terapeutici ospedalieri regionali. Gli effetti sulla spesa di questo insieme di misure saranno verificati da un apposito Tavolo tecnico. Infine, **il tetto di spesa per il personale non viene rivisto, ma è incrementata di 250 milioni nel 2025 e 350 dal 2026** la spesa autorizzata dalla legge di bilancio per il 2022 per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, a valere sul finanziamento del SSN. Sono possibili reclutamenti di personale dipendente anche in deroga ai vincoli di spesa e spese per personale convenzionato. **Il rafforzamento del personale dunque è previsto solo dal 2025 e a esso sono destinate risorse inferiori a quelle concesse per acquisire prestazioni dal settore privato accreditato.**

<https://comunicazione.camera.it/comma/dettaglio?organo=19>



**Audizione della Presidente
dell'Ufficio parlamentare di bilancio**

**nell'ambito delle audizioni preliminari
all'esame del disegno di legge recante
"Bilancio di previsione dello Stato per
l'anno finanziario 2024 e bilancio
pluriennale per il triennio 2024-2026"**

**Commissioni congiunte
5ª del Senato della Repubblica
(Programmazione economica, bilancio) e
V della Camera dei deputati
(Bilancio, tesoro e programmazione)**

14 novembre 2023

<https://www.senato.it/attualita/in-copertina>

L'etica della dissidenza

15 Novembre 2023

Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health

Forse il fanatismo non è mai scomparso ma, certamente, oggi torna a presiedere la nostra vita quotidiana e mai come ora c'è urgenza di dissidenti. Valgano due esempi ahimè attuali: la guerra fra la Russia di Putin e l'Ucraina di Zelensky e la guerra fra Gaza e Israele o meglio fra Palestinesi e Israeliani.

Ogni medico accetta l'impegno proposto dal giuramento di Ippocrate ("In tutte le case che visiterò entrerà per il bene dei malati..."). Dunque "tutte le case", senza distinguere fra amici o nemici, uguali o diversi, ricchi o poveri. Chissà se quando i medici giurano comprendono che stanno anche adottando una guida morale contro il fanatismo, quello che taglia con lama netta fra loro e noi, fra buoni e cattivi e non riesce mai a interrogarsi, a prender tempo, a guardare l'uomo, la donna e il bambino che, loro malgrado, interpretano il ruolo dell'altro, del nemico. Mi pare che potremmo, noi medici, trasmettere a tutti questa idea per cui gli esseri viventi sono più importanti delle idee grandi e indiscutibili. Chissà se potremmo imparare e insegnare a essere dissidenti. Dissidenti dalle Etiche, dai Valori, dalle Ideologie, dalle Fedi. E sono quelle maiuscole che devono insospettirci e da esse dobbiamo diffidare e dissentire.

Quanti intellettuali borghesi e comunisti hanno difeso lo stalinismo e l'Unione Sovietica di Stalin, i suoi gulag, i processi sommari che mandavano a morte più innocenti che dissidenti? Quanto tempo ci hanno messo Sartre, Aragon, Togliatti e Marchais, e tanti altri, a dire che non ci stavano. E non si dica che non sapevano ma piuttosto che preferivano non sapere. Preferivano non sapere per non indebolire l'idea della rivoluzione sovietica, per non dare spazio ai nemici reazionari, per lasciare che il tempo lungo della Storia accompagnasse lo sviluppo glorioso del Comunismo. E quant'altre menzogne. Gli Orwell e i Camus che dicevano no erano bollati come reazionari e borghesi, isolati dal mondo alto dei buoni.^[1] Quanti sedicenti rivoluzionari e terroristi delle BR hanno sparato per uccidere moderati e riformisti? Non uccidevano padroni e capitalisti ma magistrati, insegnanti, sindacalisti, giornalisti che non credevano a una sola idea ma alla dinamica complessa delle idee (Guido Rossa, Alessandrini, Tobagi, Bachelet e quant'altri).

Forse il fanatismo non è mai scomparso ma, certamente, oggi torna a presiedere la nostra vita quotidiana e mai come ora c'è urgenza di dissidenti. Valgano due esempi ahimè attuali.

Nella guerra fra la Russia di Putin e l'Ucraina di Zelensky si vorrebbe limitare la dinamica delle idee, delle narrazioni e, dunque, delle politiche conseguenti, a una semplice constatazione: un paese guidato da un autocrate autoritario ha invaso una nuova e fragilissima democrazia. Non c'è alcun dubbio che tale constatazione sia vera. Tuttavia, alcuni storici e politologi hanno fatto notare come non tutte le rivendicazioni territoriali russe siano illegittime e come i territori a maggioranza russa subiscono da anni una discriminazione durissima da parte dell'Ucraina. Altri hanno osservato che il progressivo accerchiamento della Russia da parte della Nato (paesi Baltici ed Europa dell'Est) non sia estraneo al tentativo violento della Russia di garantirsi una Ucraina che non sia membro della Nato e della Unione Europea. Non è qui la sede per discutere se tali riserve siano molto o poco fondate ma piuttosto vogliamo affermare semplicemente che un dibattito legittimo dovrebbe essere aperto su come Russi invasori e Ucraini invasi abbiano responsabilità nella guerra di oggi. E, soprattutto, riflettere sulla politica di espansione della NATO.

Tuttavia non se ne può discutere con pacatezza e legittimità, né, di conseguenza, operare per una pace che risulti da un compromesso fra belligeranti piuttosto che dalla sconfitta dei "cattivi" e dalla vittoria dei "buoni". Infatti, il dibattito e le iniziative politiche di pace sono paralizzati. **E tale paralisi si fonda sulla insopportabile evocazione dei "Valori Europei" e dei "Valori Occidentali".** Quali siano questi valori non è chiaro, e se guardiamo alle guerre in Iraq scatenate da USA e Gran Bretagna, alle dittature sudamericane sostenute dagli USA negli ultimi cento anni, alla acquiescenza europea verso l'occupazione della Palestina da parte di Israele, agli affari che Unione Europea e Stati Uniti fanno ogni giorno con dittature e stati canaglia, facciamo fatica a vedere i valori europei e occidentali incarnarsi in politiche e scelte difendibili ed eticamente accettabili. E se qualcuno dirà "non siamo ingenui, questa è la politica" risponderemo allora di smetterla con l'uso dei "Valori" come giustificazione a scelte di campo che a tutto si ispirano fuorché a qualsivoglia "Valore". Ma oggi chi solleva queste questioni è soltanto un "amico di Putin" e così il cerchio si chiude: una maggioranza di buoni che isola e stigmatizza una minoranza di cattivi. Ma questa idea di Valori con la maiuscola non è forse la madre di un fanatismo (magari in giacca e cravatta, magari che utilizza linguaggio di moderazione) che, separando con lama sottile il bene dal male, fa il proprio mestiere di Fanatismo?

Un ulteriore esempio è quello della guerra fra Gaza e Israele o meglio fra Palestinesi e Israeliani. Guardiamo la questione da vicino. I fascisti di Hamas sono al servizio dei fascisti violenti dell'Iran e sono sostenuti dal dittatore democraticamente eletto Putin. Il popolo palestinese deve liberarsi di Hamas e ritrovare le radici laiche della lotta contro la occupazione illegale di Israele. Il consenso di cui gode Hamas è il frutto di anni di indebolimento delle lotte per la creazione di uno stato palestinese. Tale indebolimento è dovuto sia alla corruzione dei leaders di Fatah sia all'appoggio strumentale che Israele ha dato a Hamas in funzione antipalestinese. D'altra parte, fascisti di Netanyahu sono al servizio di una ideologia coloniale, espansionista e razzista che nega ai palestinesi il diritto a essere cittadini liberi e padroni delle loro terre e indipendenti come popolo/nazione. È urgente, dunque, che il popolo ebraico in Israele e nel mondo accetti la critica alla politica coloniale di apartheid che il governo israeliano impone ai palestinesi senza tacitare questa critica come «antisemitismo».

Israele ha diritto di esistere sicura e in pace. I palestinesi hanno diritto a territori e indipendenza. La Shoà non giustifica la illegalità della occupazione fatta da Israele. Tuttavia, i diritti dei palestinesi non giustificano il terrorismo islamico contro innocenti cittadini israeliani. Dunque, deve cessare l'uso politico e strumentale della critica al sionismo per giustificare la violenza di Hamas e qualsiasi tentazione palese o nascosta di rafforzare l'antisemitismo. Ma, anche, deve cessare l'uso politico e strumentale dell'antisemitismo per giustificare la violenza di Israele. **Allora, che Hamas cessi il fuoco contro Israele che, oltre a uccidere, costringe migliaia di israeliani a lasciare le proprie abitazioni. Ma, anche che Israele cessi di radere al suolo Gaza uccidendo migliaia di civili inermi e costringendo a una fuga senza ritorno un intero popolo. E che i coloni israeliani cessino le violenze contro i palestinesi della Cisgiordania, illegalmente occupata da insediamenti che distruggono la possibilità di un legittimo stato palestinese.** Ma, anche che l'odio verso Israele non alimenti nuovo antisemitismo. E che la vendetta contro Hamas non uccida un intero popolo. Dunque, chi davvero vuole la pace non esponga le bandiere israeliane e palestinesi ma piuttosto promuova la ripresa degli accordi di Oslo.

Ma chi pronunciasse oggi il contenuto qui riassunto in poche righe sarebbe condannato o come mostruoso antisemita oppure come imperialista filoisraeliano: condannato da tutte le parti. Semplicemente perché chi pronuncia il contenuto qui riassunto in poche righe non è un fanatico ma piuttosto un dissidente dai main streams di destra e di sinistra: una destra tradizionalmente antisemita che espone bandiere israeliane in funzione antipalestinese e islamofobica e una sinistra, talvolta anche antisemita, che espone bandiere palestinesi in funzione antiisraeliana e antiamericana. Fanatismo dominante.

Pochi cercano di sottrarsi. Scrive l'ebreo Franco Lattes Fortini: "La distinzione fra ebraismo e stato d'Israele, che fino a ieri ci era potuta parere una preziosa acquisizione contro i fanatismi, è stata rimessa in forse proprio dall'assenso o dal silenzio della Diaspora. E ci ha permesso di vedere meglio perché non sia possibile considerare quel che avviene alle porte di Gerusalemme come qualcosa che rientra solo nella sfera dei conflitti politico-militari e dello scontro di interessi e di poteri. Per una sua parte almeno, quel conflitto mette a repentaglio qualcosa che è dentro di noi. **Ogni casa che gli israeliani distruggono, ogni vita che quotidianamente uccidono e persino ogni giorno di scuola che fanno perdere ai ragazzi di Palestina, va perduta una parte dell'immenso deposito di verità e di sapienza che, nella e per la cultura d'Occidente, è stato accumulato dalle generazioni della Diaspora, dalla sventura gloriosa o nefanda dei ghetti e attraverso la ferocia delle persecuzioni antiche e recenti.**"^[2] Ma quanti ebrei avranno il coraggio di dire a voce alta le stesse cose? E quanti scatenati filopalestinesi dei cosiddetti centri sociali o delle fasce più estreme della sinistra e della destra avranno il coraggio di dichiarare il loro fondamentale antisemitismo? Quanti avranno il coraggio di dire che ogni critica al Sionismo è usata da una parte per giustificare l'antisemitismo e dall'altra per accusare di antisemitismo chi antisemita non è.

E, ancora una volta, è il fanatismo a farla da padrone. E purtroppo si tratta di un fanatismo che si traveste di ragionevolezza, di argomenti in difesa dei maledetti "valori". Ma quando il critico d'arte Tomaso Montanari ha osato mettere in questione la retorica dei valori occidentali o quando lo slavista Paolo Nori ha osato continuare a evocare la bellezza della Russia, della sua letteratura e del suo popolo, essi sono stati crocifissi come sodali della aggressione russa in Ucraina.

La dissidenza radicale ci chiama. Il tempo stringe. Non c'è altra scelta che quella della verità e dei dubbi ad essa connessi. Non c'è necessità di alcun consenso: quel che conta è non desiderare altro che la verità e i dubbi ad essa connessi. Cominciare dal bene, da cosa sia il bene da perseguire: non fare il male che rompe ogni patto collettivo di rettitudine e umanità. Abbiamo bisogno di una etica della dissidenza contro il fanatismo. Forse noi medici abbiamo un compito alto, ossia quello di ricordare a tutti che prima delle ragioni della grande Storia vi sono anche le ragioni delle piccole storie di tutti ("...in tutte le case che visiterò entrerà per il bene dei malati...").

Infine noi medici abbiamo il dovere di dire alto e forte che non è sopportabile quanto sta avvenendo nella Striscia di Gaza. Non è accettabile che vengano sistematicamente colpite le strutture sanitarie e non possiamo assistere in silenzio alla carneficina di civili, in larga parte bambini e neonati. Cessare il fuoco subito.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/11/letica-della-dissidenza/>

USA. Se una assicurazione non basta

Claudia Cosma, medico in formazione specialistica, Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

In America avere una copertura assicurativa sanitaria non garantisce la tranquillità economica. Infatti una porzione significativa di assicurati è costretta a ritardare esami e accessi ai servizi sanitari a causa dei costi e quando non può farne a meno accumula conti da saldare finendo per indebitarsi se non a rinunciare ad altre fondamentali voci di spesa.

Secondo i dati del 2022 sarebbero poco meno di 28 milioni i residenti USA privi di copertura sanitaria, pari a circa il 9% della popolazione americana. I restanti 300 milioni di cittadini USA sono protetti per due terzi da ombrelli assicurativi privati (prevalentemente con polizze collettive aziendali e una minoranza con polizze individuali) e per un terzo da due ombrelli pubblici (Medicare per gli anziani e anche per soggetti disabili al di sotto dei 65 anni, e Medicaid per fasce di popolazione con basso reddito) (1).

Fra la metà di aprile e la fine di luglio scorso, una fondazione privata specializzata in politiche sanitarie, la Commonwealth Fund, [ha condotto una survey](#) interrogando 7.873 adulti di età 19-64 anni, chiedendo se gli intervistati o i loro familiari hanno ritardato o rinunciato a curarsi, hanno avuto difficoltà a sostenere i costi dell'assistenza sanitaria, hanno contratto debiti e quale è stato l'impatto di tutto ciò sulle loro esistenze (2).

Le risposte restituiscono un quadro desolante, come si può notare, ad esempio, nella Figura 1 che riguarda la percentuale di adulti di età compresa tra i 19 e i 64 anni che hanno dichiarato di avere difficoltà a sostenere i costi dell'assistenza sanitaria

Non stupisce che il fenomeno affligga maggiormente la popolazione priva di assicurazione sanitaria (76%), ma colpisce il fatto che questa difficoltà interessi larga parte della popolazione coperta da assicurazione: il 57% di chi ha una polizza individuale, il 51% degli iscritti a Medicare, il 45% degli iscritti a Medicaid, e il 43% degli assicurati tramite polizze collettive aziendali.

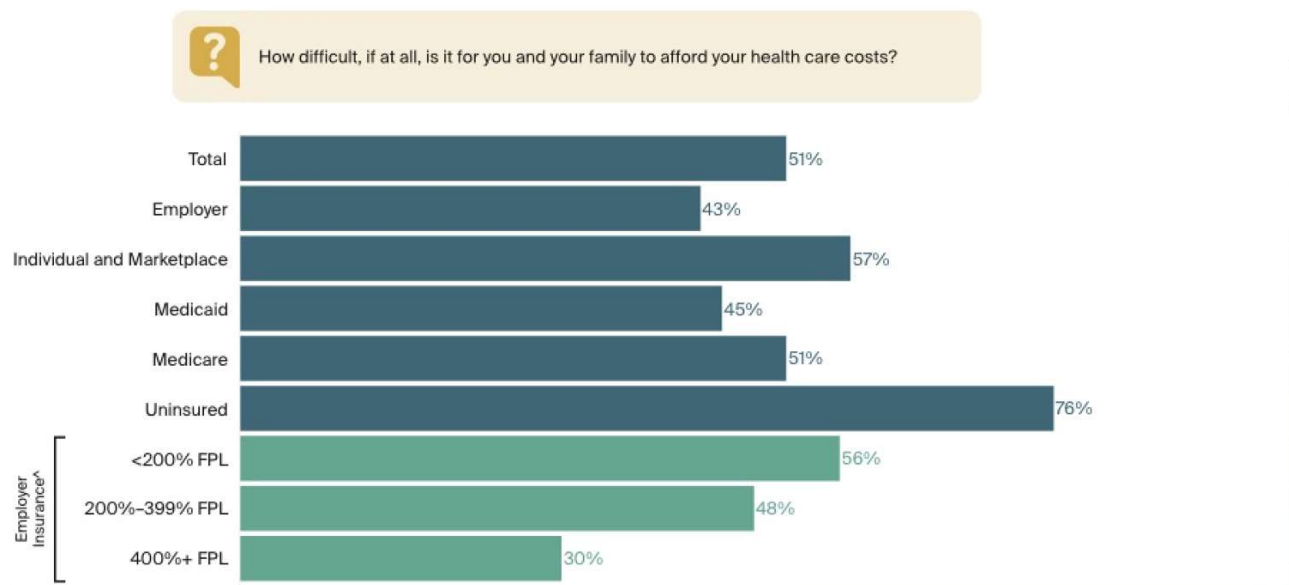
Tra questi soffrono maggiormente coloro che hanno redditi più bassi, inferiori a circa 60 mila dollari (56%) rispetto a coloro con redditi superiori a circa 120 mila dollari (30%). NB.

Le tre barre inferiori della Figura 1 riguardano i redditi degli assicurati tramite polizze assicurative aziendali suddivisi in tre categorie in relazione a quante volte il reddito è superiore alla soglia federale di povertà – FPL (Federal Poverty Level) – fissata in 29.260\$ annui.

Figura 1. Percentuale di adulti di età compresa tra i 19 e i 64 anni che hanno dichiarato di avere difficoltà a sostenere i costi dell'assistenza sanitaria, per tipo di assicurazione e livello di povertà – Fonte: The Commonwealth Fund

Half of working-age adults said it was very or somewhat difficult to afford their health care costs.

Percentage of adults ages 19–64 who reported difficulty affording health care costs, by insurance type and poverty level



La ricerca mette inoltre in evidenza che almeno un terzo degli adulti assicurati sia obbligato per motivi economici a ritardare o a rinunciare a cure e farmaci: nello specifico il 29% di chi ha un'assicurazione collettiva aziendale, il 37% fra quelli che l'hanno acquistata individualmente, il 39% degli assistiti dal Medicaid e il 42% dei beneficiari del Medicare. Alla platea dei non assicurati va certamente peggio: il 58% è costretto a saltare o procrastinare le cure.

Del resto le spese per la salute, per rifarsi a un'espressione cara alla microeconomia, rientrano fra le voci incompressibili. In altri termini, curarsi spesso diventa inevitabile per quanto oneroso. La conseguenza più tangibile? Il paziente, pur guarito, si ritrova afflitto da fatture da saldare e dai debiti.

Questo è vero per il 30% dei titolari di una polizza aziendale, ma anche per il 33% di chi acquista individualmente l'assicurazione, per il 21% incluso nel programma Medicaid, e per il 33% degli iscritti al Medicare. L'indebitamento è più spesso determinato da cure per curare malattie croniche.

Fra coloro che ritardano o saltano le cure, più della metà degli intervistati riconosce che la patologia di cui soffre è peggiorata.

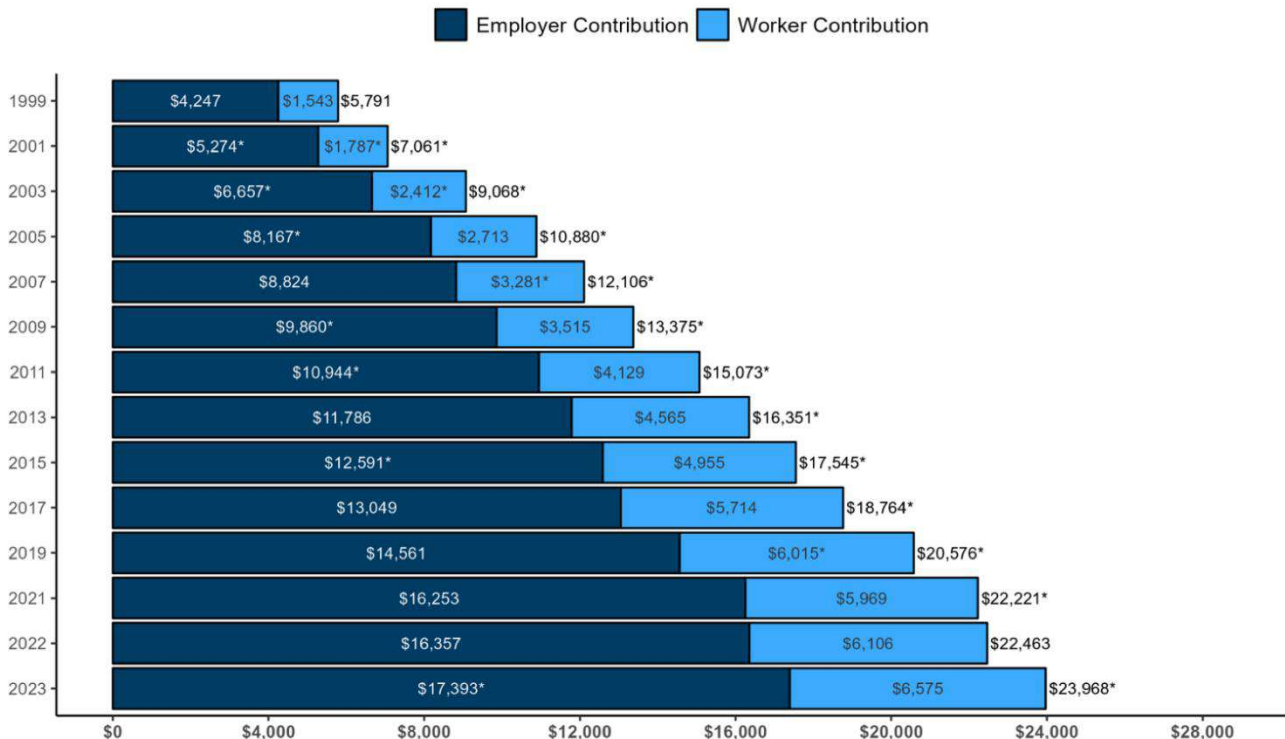
I debiti infine impongono risparmi sugli stessi bisogni primari quale cibo, riscaldamento e affitto: i 2/5 con un debito sanitario ammette di aver tagliato queste spese, un quarto si è invece sobbarcato un secondo lavoro o più ore lavorative durante la settimana. Indebitarsi per curarsi può implicare, contestualmente, la necessità di attingere per intero ai propri risparmi o un peggioramento del proprio rating bancario.

A questo punto è necessario chiedersi come sia possibile che un sistema sanitario che assorbe una quantità enorme di risorse, sia come spesa pro-capite (12.550 \$) che come % del PIL (16,6%), non riesca a garantire un livello assistenziale adeguato a coloro che sono coperti da un'assicurazione sanitaria.

Un sistema che è strutturalmente inefficiente e iniquo e che la riforma di Obama (Obamacare) ha soltanto parzialmente corretto e migliorato (leggi [qui](#)). Uno degli aspetti su cui la riforma non ha funzionato è il contenimento dei prezzi delle polizze assicurative che sono cresciute a un ritmo quasi doppio rispetto all'incremento annuo del costo della vita (Figura 2).

Figura 2. Prezzo medio annuo delle polizze assicurative collettive aziendali per la copertura di una famiglia: in blu la componente a carico delle imprese, in celeste quella a carico dei lavoratori. Anni 1999-2023.

Average Annual Worker and Employer Contributions to Premiums and Total Premiums for Family Coverage, 1999-2023



* Estimate is statistically different from estimate for the previous year shown (p < .05).

SOURCE: KFF Employer Health Benefits Survey, 2018-2023; Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999-2017

Come si può notare l'aumento del costo complessivo si accompagna all'aumento a carico dei lavoratori che nel 2023 ha toccato la cifra annua media di oltre 6.500 dollari. Il carico sui lavoratori è proporzionale alle loro condizioni di salute, perchè è determinato:

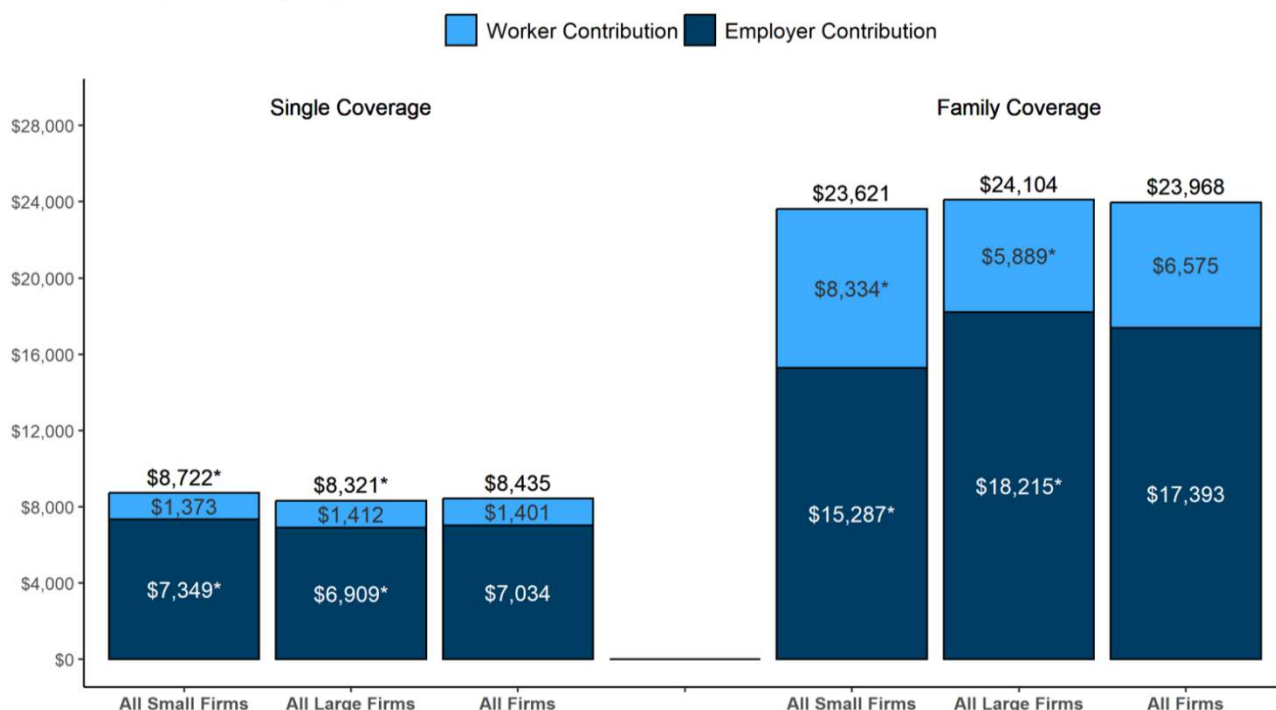
- a) dalla compartecipazione (copayment) alla spesa delle prestazioni erogate, che può toccare il 25%

- b) dal livello di franchigia (deductible) che può superare i 2.000 e anche i 5.000 \$ l'anno (l'assicurazione interviene solo dopo che le spese sanitarie hanno superato un determinato livello: fino a quel livello il lavoratore paga direttamente).

Ovviamente tanto più alti sono i livelli di compartecipazione e di franchigia, tanto sono più economiche le polizze per l'impresa, tanto queste sono più onerose per i lavoratori. Chi ci rimette di più sono i dipendenti delle imprese più piccole che tendono a risparmiare sul prezzo delle polizze (quando queste vengono concesse...) e che arrivano a contribuire mediamente con oltre 8.300 \$ l'anno (Figura 3), che possono essere anche molto superiori se una persona deve ricorrere frequentemente alle cure, come ad esempio un paziente diabetico o cardiopatico.

Figura 3. Prezzo medio annuo delle polizze assicurative collettive aziendali per la copertura di un singolo e di una famiglia, per dimensioni dell'impresa: in blu la componente a carico delle imprese, in celeste quella a carico dei lavoratori. Anno 2023.

Average Annual Worker and Employer Premium Contributions and Total Premiums for Single and Family Coverage, by Firm Size, 2023



* Estimate is statistically different between All Small Firms and All Large Firms estimate ($p < .05$).

NOTE: Small Firms have 3-199 workers and Large Firms have 200 or more workers.

SOURCE: KFF Employer Health Benefits Survey, 2023

Il Rapporto di Commonwealth Fund si conclude con un ventaglio molto ampio di suggerimenti indubbiamente impegnativi da realizzare, ma conditi anche da una certa dose di realismo. A titolo d'esempio, e questo va riconosciuto ad onore del loro pragmatismo, non menzionano l'obiettivo del passaggio tout court allo one single payer, cioè a un sistema sanitario nazionale con copertura universale pubblica. Dinanzi alla contrarietà della presidenza Biden e agli equilibri attuali al Congresso, che vedono una maggioranza conservatrice alla Camera dei rappresentanti, sventolare il drappo del "Medicare for all" equivarrebbe ad auspicare l'avvento della pace nel mondo: assai edificante, drammaticamente improbabile.

Il piano d'azione del Rapporto per rendere più sostenibile il sistema sanitario americano si regge, diversamente, su due pilastri: la protezione dei consumatori con un'assistenza finanziaria ampliata, specialmente nei periodi di malattia, e un freno alla crescita dei costi accollati dai provider di servizi medici-ospedalieri, oltre che dalle case farmaceutiche, alle compagnie assicurative.

La soluzione ottimale viene individuata nella "public option", ovvero in un intervento diretto del governo con un'assicurazione federale in grado di entrare in concorrenza con le polizze private con un effetto calmiera. Su questa possibilità, però, lo stesso presidente Obama dieci anni fa, e con una congiuntura politicamente decisamente favorevole, fu costretto a fare marcia indietro per non compromettere l'approvazione dell'intera riforma sanitaria.

Altrettanto ambiziosa e, probabilmente, più fattibile è l'idea di ridurre premi, franchigie e copayment delle polizze aziendali sui salari più bassi oppure la richiesta di intervenire per via legislativa per consentire ai singoli Stati di regolare il mercato delle assicurazioni sponsorizzate dal datore di lavoro.

Nell'elenco di suggerimenti, è in potenza bipartisan la proposta di rendere permanenti gli sgravi fiscali in scadenza nel 2025 per l'acquisto di polizze individuali, riducendo le franchigie e le quote destinate all'esborso diretto a carico del lavoratore. Un miglioramento delle cure, inoltre, deriverebbe da un azzeramento del copayment per la medicina primaria, formula in cui rientrano le visite dal medico di base, oltre che da un intervento del CMS, il centro federale che amministra il Medicare e il Medicaid, per garantire che i maggiori provider si impegnino a garantire tutti i servizi sanitari più richiesti.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/11/america-se-una-assicurazione-non-basta/>



Gestione del rischio clinico e telemedicina. L'uso di analisi proattive per anticipare i rischi

Riccardo Tartaglia * e Chiara Parretti ** Facoltà di Ingegneria - Università G. Marconi

La telemedicina è stata introdotta con l'obiettivo di agevolare tutte le attività cliniche finalizzate alla valutazione da remoto dello stato di salute di un paziente (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza, ecc.). È una innovazione tecnologica che offre molti vantaggi: maggiore facilità di accesso alle cure, capacità di fornire livelli più elevati di assistenza ai pazienti, minori costi, maggiore efficienza e ridurre i rischi legati alla lontananza da luoghi di assistenza e cura

La pandemia ha dato un grande impulso al suo sviluppo, consentendo di sfruttare e utilizzare strumenti digitali e tecnologie presso il domicilio del paziente per il monitoraggio remoto delle sue condizioni, evitando così il sovraccarico degli ospedali e la diffusione dei contagi. Inoltre, ha offerto la possibilità di valutare problematiche cliniche di persone distanti dal luogo di cura, garantendo un primo intervento sanitario clinico-diagnostico in tempi rapidi.

Tuttavia, riguardo alla sicurezza delle cure non possediamo ancora sufficiente esperienza sui possibili errori e sugli eventi avversi conseguenti che potrebbero derivare dal suo impiego su vasta scala.

È evidente che il suo utilizzo potrebbe causare problemi legati alla trasmissione incompleta o confusa di dati e informazioni, derivanti da problematiche legate alla tecnologia utilizzata ma anche all'operatore sanitario. Ad esempio, potrebbero sorgere difficoltà di comunicazione tra medico e paziente o una diagnostica per immagini poco chiara, con conseguenti errori di diagnosi e terapeutici.

È pertanto necessario identificare tempestivamente le criticità conseguenti al suo impiego e progettare strategie per affrontarle prontamente ed efficacemente, prima che comportino ripercussioni sui pazienti e sul personale.

Per implementare la telemedicina in modo affidabile, è però necessario identificare preventivamente le barriere tecniche e organizzative che possono presentarsi e progettare strategie capaci di affrontarle e risolverle prontamente.

Ingenti finanziamenti sono stati stanziati con il Pnrr per lo sviluppo della medicina digitale, nonostante molti aspetti debbano ancora essere chiariti e validati (ad esempio, responsabilità medica, fattori umani, usabilità, privacy e cybersecurity, effettiva efficacia per il miglioramento delle cure sanitarie). Il suo utilizzo (si veda la figura allegata), calcolato su un campione randomizzato di circa 800 operatori sanitari (Internal and Emergency Medicine, 2021), sembra ancora limitato. Siamo quindi ancora in tempo prima della sua diffusione per lavorare sui processi di implementazione in modo proattivo per individuare in anticipo le criticità, prevenendo eventuali eventi avversi.

L'uso di alcuni strumenti di anticipazione del rischio dovrebbe essere considerato ogni qualvolta si implementi la telemedicina, considerando che i problemi possono derivare dal contesto d'uso, dallo strumento tecnologico utilizzato, dall'usabilità ed ergonomia del sistema e dal fattore umano. È opportuno dire che si tratta di analisi che hanno la loro validità limitatamente al contesto in cui sono state effettuate.

Purtroppo, si presta ancora scarsa attenzione all'interazione uomo-macchina, eppure il successo delle tecnologie informatiche è basato proprio sugli studi di ergonomia cognitiva, portati avanti da Donald Norman, forse il maggior esperto a livello internazionale in questo campo.

Gli errori nell'ambito della gestione del rischio clinico legati alle tecnologie digitali sono accaduti per problemi legati alle interfacce e purtroppo quando avvengono hanno la capacità di propagarsi nel sistema sanitario in modo molto veloce e

spesso incontrollabile. Un esempio gli errori di data entry per terapie o esami di laboratori per un inadeguato design della cartella clinica informatizzata, non conforme ai criteri di ergonomia del software

.Un recente studio italiano pubblicato su American Journal of Medical Quality ha sottolineato la necessità di anticipare i rischi mediante tecniche proattive di analisi, già da tempo impiegate nell'ambito della sicurezza delle cure. Lo studio ha valutato l'impatto che la telemedicina potrebbe avere sulla qualità delle cure.

Questa ricerca, basata su una esperienza di telemonitoraggio di pazienti con Covid, ha evidenziato una riduzione del numero di ospedalizzazioni e dei costi. Le questioni critiche più rilevanti sono state correlate alla compatibilità tecnologica e ai problemi di usabilità che, soprattutto per le persone molto anziane, possono essere un problema.

Ci auguriamo che questo articolo possa favorire l'uso dell'analisi proattiva dei rischi nell'ambito della medicina digitale, in piena evoluzione, e che siano segnalati gli eventi avversi derivanti dal suo uso mediante i sistemi di segnalazione e apprendimento oggi disponibili.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-11-27/gestione-rischio-clinico-e-telemedicina-l-uso-analisi-proattive-anticipare-rischi-105828.php?uuid=AFPAbBoB&cmpid=nlqf>



Agenas: migliorano le liste d'attesa, nel 2023 in crescita le visite e gli esami erogati dal Ssn

Nella maggioranza delle Regioni italiane salgono nel 2023 le prestazioni ambulatoriali, ovvero la quantità di visite ed esami diagnostici erogati nel Servizio sanitario nazionale. In generale si riscontra un trend in miglioramento rispetto al primo semestre 2022; viceversa il confronto con il primo semestre 2019 individua da parte di tutte le Regioni - tranne che per la Toscana nell'ambito delle visite di controllo - delle criticità nel ristabilire i volumi di prestazioni antecedenti la pandemia.

Questo è quanto emerge dai dati messi a disposizione da Agenas in occasione dell'evento 'Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali - anno 2023 - attività di sperimentazione'.

L'evento è l'occasione per presentare i dati di una sperimentazione - avviata da Agenas in collaborazione con la Fondazione The Bridge - sul monitoraggio delle prenotazioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale in modalità ex ante.

L'obiettivo generale del progetto pilota è quello far luce sulle liste di attesa rendendo disponibili dati omogenei e standardizzati a livello regionale. In totale sono state raccolte informazioni su 125.000 prenotazioni di visite specialistiche e 146.000 prenotazioni di esami di diagnostica strumentale.

Tutte le Regioni sono state invitate a partecipare alla sperimentazione. Hanno inviato attualmente i dati 13 Regioni.

Dai dati messi a disposizione emerge come, ad esempio, la prima visita cardiologica è garantita in classe B (entro 10 gg) nell'84% dei casi e in classe D (entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici) nell'80% dei casi.

I valori mediani delle giornate di attesa in classe B che si osservano tra le Regioni passano da 13 giorni in Friuli V.G. ai 5 giorni dell'Emilia-Romagna.

Per la prima visita ortopedica la garanzia, sempre in classe B, è pari al 74% dei casi e in classe D al 78% dei casi. In Toscana, in classe D, il valore mediano di attesa è pari a 18 giorni mentre in Piemonte tale valore raggiunge i 36 giorni. Passando ai tempi di attesa delle prestazioni di diagnostica strumentale, la Tac è garantita in classe B nel 78% dei casi e in classe D nell'89% dei casi. I valori mediani delle giornate di attesa in classe D che si osservano tra le Regioni passano da 4 giorni in PA di Trento ai 21 giorni delle Marche.

Per un'ecografia dell'addome, invece, la garanzia, in classe B, è pari al 78% dei casi e in classe D all'84% dei casi. In Abruzzo, in classe B, il valore mediano di attesa è pari a 4 giorni mentre in Regione Lazio tale valore raggiunge i 31 giorni. Dal monitoraggio emergono due elementi di possibile distorsione rispetto alla corretta gestione delle prestazioni: i giorni che intercorrono dalla data di prescrizione a quella di contatto con il CUP per ricevere l'appuntamento, nonché le scelte da parte dell'utente.

In quest'ultimo caso, infatti, emerge come circa il 60% rifiuta l'opzione fornita dal sistema preferendo, seppur con un prolungamento dei tempi, di ricevere la prestazione presso una struttura/ospedale ritenuta di maggior gradimento rispetto a quella proposta.

“Le raccolte dati sulle liste d’attesa realizzate negli ultimi due anni dall’Osservatorio Healthcare Insights - ha detto **Rosaria Iardino**, presidente di Fondazione The Bridge - evidenziavano un quadro complessivo di scarsa confrontabilità dei dati tra le Regioni, ma anche tra quelli di una stessa Regione, se considerate diverse annualità. Inoltre, i dati forniti erano spesso incompleti. Alla luce di tutto ciò, il cittadino si trova oggi in una situazione di grave carenza informativa, non avendo accesso a tutte le informazioni necessarie per comprendere l’andamento della performance del Servizio Sanitario Nazionale, nonostante sia suo diritto. Da quest’anno, insieme ad Agenas, abbiamo intrapreso un percorso che ha l’obiettivo di individuare delle regole univoche per la raccolta dei dati sulle liste d’attesa da parte delle Regioni e consentirne la leggibilità, sia in termini di diritto di accesso da parte dei cittadini, sia per una corretta pianificazione da parte dei decisori. È evidente come Agenas stia già assolvendo al ruolo fondamentale della raccolta dei dati presso tutte le Regioni, auspichiamo che tale competenza sia istituzionalizzata e resa sistemica”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-11-10/agenas-migliorano-liste-d-attesa-2023-crescita-visite-e-esami-erogati-ssn-140123.php?uuid=AF9721aB&cmpid=nlqf>

Scenari del Sistema Sanitario Nazionale

quotidiano**sanita**.it

I miti che hanno avvelenato i pozzi del nostro Ssn

Roberto Polillo

31 OTT -

Gentile direttore,

il nostro SSN è ormai un pozzo le cui scarse acque sono state avvelenate da miti e credenze che hanno sostituito la politica partecipativa, aperta allo sguardo e alla parola di operatori e cittadini, con pratiche gestionali pseudo-razionali che hanno privatizzato gran parte dell’assistenza, incrementato le disuguaglianze di salute ed emarginato i professionisti senza migliorare l’efficienza

Il mito della superiorità del privato

I sistemi sanitari a prevalenza del privato sono i meno efficienti e i meno equi.

Nei USA dove si spende il 15,9 del PIL e dove lo stato impegna per medicare e medicaid quanto investiamo noi in sanità gli esiti di salute sono, tra i paesi avanzati, i peggiori e maggiori sono le disuguaglianze tra le diverse classi sociali e gruppi di origine.

Nel nostro paese la regione Lombardia, dove il 50% degli erogatori sono privati, è crollata sotto i colpi del COVID, non per l’indimostrata particolarità genetica di popolazione descritta da Remuzzi, ma per la mancanza dei servizi di prevenzione e per l’abbandono e la disapplicazione delle più elementari misure di profilassi e di contrasto alle infezioni negli ospedali come nei servizi extraospedalieri.

Una deriva culturale prima che organizzativa che ha trasformato la sanità lombarda in un mercato, regno di una remunerativa medicina riparativa che macina DRG senza più interesse per la medicina di comunità.

Uno shift inarrestabile verso il privato ed il profitto che, con il progressivo ritiro dello stato, ha spianato la strada agli erogatori privati anche nelle altre regioni emarginando il pubblico, ora ridotto a un ruolo sussidiario: dei grandi gruppi imprenditoriali presenti ormai dovunque nel paese o della ospedalità religiosa come nel caso del Lazio.

Una regione in cui, nel deserto del territorio, sono oggi il Gemelli e il Bambino Gesù a rappresentare le due residue eccellenze nel campo dell’assistenza ospedaliera.

Un primato reso possibile dall’impegno dei professionisti che vi operano e che vengono remunerati ben diversamente rispetto ai colleghi del pubblico anche grazie a un regime fiscale particolare e dai cospicui finanziamenti ricevuti, nel corso degli anni, da parte della regione e dello Stato.

Un primato che viene oggi mantenuto anche attraverso una crescente attività di privato- sociale a diretto carico dei pazienti nei confronti di prestazioni ambulatoriali o indagini complesse, come la diagnostica allergologica per farmaci o veleni, poco remunerative e dunque non più rese in regime convenzionato.

Il mito della rivoluzione tecnocratica

Per anni si è sostenuto che la dimensione della sanità fosse quella verticale della razionalità tecnica, dei tagli chirurgici alle inefficienze e delle economie di scala.

Una massiccia produzione di discorsi orientati alla promozione di questa macabra razionalizzazione ha avuto in realtà come obiettivo la negazione della dimensione politica della salute e dei modelli a questa consona orientati alla orizzontalità e alla equa e diffusa distribuzione di servizi integrati.

Si è puntato alla concentrazione delle cosiddette eccellenze, distruggendo i servizi di base senza neanche riuscire a garantire che le poche strutture accentrate fossero adeguatamente popolate dal personale medico e di assistenza. In breve, gli ospedali, per il blocco delle assunzioni, si sono trasformati in Cattedrali nel deserto popolate da malati alla disperata ricerca di posto letto e di medici che possano prenderli in cura.

Anche così è stata aperta la strada al predominio privato che si è sostituito facilmente a un pubblico dismissionato a vantaggio, tuttavia, non della comunità ma di coloro che dispongono di assicurazioni o beni personali

Il mito della governamentalità verticale

Il governo dell'incertezza della complessità clinica che caratterizza l'ambizioso obiettivo della medicina strutturata secondo piano e linee di competenze è stato sostituito da una governamentalità top-down impegnata a disciplinare la pratica medica. Una logica da caserma con i suoi ufficiali di complemento rappresentati da primari, primarietti, responsabili di area etc scelti dal management dell'azienda che ha per fine l'imposizione di norme, regole e divieti.

Un sistema disciplinare che ha trasformato gli ospedali da luoghi dove la clinica moderna è nata, relegando sugli scaffali della storia la settecentesca medicina delle specie, in non-luoghi di mortificazione di ogni spirito creativo, soffocando in una rigida routine ogni stimolo al miglioramento della qualità che, come cento fiori, nasce e cresce dalle intelligenze collettive di chi facendo produce conoscenza

Il mito della medicina riparativa delle cause prossime

Una medicina riparativa basata sull'intensività assistenziale dei presidi ospedalieri è una medicina che rinuncia a combattere le cause remote delle malattie. È una medicina che lascia che i fatti morbosi avvengano nel loro spontaneo manifestarsi e offre ex post possibilità di cura con un forte gradiente di classe. Non è una medicina per tutti, ma una medicina che stratifica la cura in funzione del capitale economico e sociale posseduto dal paziente. La promozione della salute fin dal momento del concepimento e la lotta ai fattori socioeconomici di nocività vengono considerati non aspetti fondamentali per la creazione di benessere collettivo ma anticaglie da socialismo reale. La dimensione psicosocioculturale della malattia è stata totalmente sostituita da una concezione organicistica tutta orientata alla medicina di precisione, sponsorizzata dalle grandi aziende produttrici di farmaci biologici.

Il messaggio è chiaro: mangiate come volete, fumate e consumate alcool senza limiti, trascorrete metà della vostra giornata nel traffico urbano o in ambienti malsani e, se vi ammalate, sarete curati con i nuovi farmaci rivolti contro target molecolari messi generosamente a disposizione per voi da Bigpharma. Una mistificazione della realtà che confonde gli effetti con le cause e non produce salute collettiva.

Ricomporre i saperi per una nuova medicina

La medicina non è e non sarà mai una scienza esatta, anche se i suoi fondamenti fisiopatologici come l'equilibrio acido/base o la dinamica dei fluidi obbediscono alle leggi della chimica e della fisica.

La medicina è ben altro, perché il corpo umano vive un contesto sociale che lo plasma e lo trasforma ogni giorno. Anche il nostro patrimonio genetico è uno degli elementi importanti, ma non esclusivi, che ci fa essere quello che siamo.

Il nostro fenotipo è infatti la piegatura del nostro corredo genetico all' influsso dell'ambiente fin dal momento del concepimento.

Poco sappiamo ancora su come questo si realizzi ma abbiamo certezza che le nostre malattie originano in larga misura dall' ambiente in cui viviamo.

Una medicina moderna deve assumere questo punto di vista e orientarsi di conseguenza; deve in altre parole assumere la complessità come propria dimensione epistemica rinunciando a quel modello semplificato e fallacemente unidirezionale che cura la malattia al suo manifestarsi.

Assumere causato punto di vista significa ridefinire ruoli, competenze, valori e saperi

Una visione alternativa indispensabile per non fare morire nostro SSN di cui non c'è traccia nel governo e in una confusa opposizione schiacciata sul conformismo.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117936

Intervista/ Elio Borgonovi: «Ecco la mia ricetta di sostenibilità per il Ssn. Ma serve coraggio»

Barbara Gobbi

Riorganizzare la catena dell'assistenza. Arruolare in pieno tutti gli attori che "sanitari non sono" ma che la salute contribuiscono a perseguirla e a mantenerla. Applicare le leggi che ci sono, senza continuare a moltiplicarle, nell'ottica del "fare". E smettere di "fare i pittori" per diventare invece "scultori" del Servizio sanitario nazionale: alleggerendolo così di tutti gli orpelli che in 45 anni di vita lo hanno appesantito a cominciare dai carichi burocratici. Elio Borgonovi (SDA Bocconi School of Management), ancora fresco dell'intervento al XVIII Forum Risk Management di Arezzo tratteggia la sua visione della sostenibilità per un Ssn oggettivamente in affanno. Ma rispetto al quale, sottolinea, «abbiamo il dovere di essere ottimisti». Così come nella vita in generale.

Professore, il leitmotiv oggi è che il Ssn lo stiamo perdendo. Qual è la sua ricetta per una sostenibilità possibile?
Per rendere sostenibile il sistema, posto che gli spazi di aumento di spesa sono limitati e sul fronte del recupero di efficienza già si è fatto parecchio, occorre puntare sulla riorganizzazione lungo la catena della continuità assistenziale. Quindi il potenziamento delle cure al di fuori delle condizioni per acuti diventa l'elemento cruciale. Il tema case di comunità e Dm 77, ad esempio, visto da solo rischia di non risolvere nulla: dobbiamo considerarlo come uno degli elementi che consentono di riorganizzare l'intera catena assistenziale. Il secondo concetto è che bisogna andare alla ricerca di nuove forze.

Quali?

Penso alla collaborazione, soprattutto a livello territoriale, con soggetti esterni al Servizio sanitario. Penso all'integrazione con i Comuni, all'attivazione delle comunità locali e di risorse come il non profit e il volontariato, che va inserito in modo sistemico negli interventi. E aggiungo qui un terzo tema importante e cioè la maggiore responsabilizzazione del cittadino-paziente: quel "patient engagement" che non dev'essere semplicemente una parola ma che va realizzato con politiche di informazione, comunicazione e coinvolgimento per farlo sentire parte attiva del sistema

Questa complessità come si relaziona con le novità introdotte dal Pnrr quanto a riorganizzazione del territorio?

Il Dm 77 nel suo complesso va visto in un'ottica di integrazione, non burocratica. Per fare un esempio, dev'essere applicato coinvolgendo e responsabilizzando a livello decentrato, non in modo formale come si sta facendo adesso. Faccio l'esempio della richiesta da parte di Agenas di ricevere entro il 15 dicembre gli elenchi dettagliati dei nomi delle 4.500 persone da formare nei prossimi anni, come quadri intermedi. Qui si tratta piuttosto di avere fiducia e di responsabilizzare: basta dare criteri e requisiti di responsabilità del sistema. L'idea è di controllare chi abbia o meno diritto ma la burocrazia va alleggerita, non complicata ulteriormente.

Dal suo osservatorio le risulta che questo sia un modus operandi?

In parte sì: il modus operandi è dare gli standard e calare un modello dall'alto come soluzione ottimale. Ma che le Regioni abbiano impiegato male le risorse è vero solo in parte mentre in gran parte non lo è: in ogni caso serve flessibilità in un mondo che cambia continuamente, oppure non ce la si fa. La sostenibilità del sistema si ottiene con più flessibilità ed elasticità: al contrario, se lo si ingessa si rompe.

Quanto al suo stimolo di cercare e arruolare nuove forze, la sensazione è che l'integrazione tra sanitario e sociale sia lontana

Nel complesso è ancora in ritardo e molto a macchia di leopardo ma ci sono buone esperienze e buone pratiche nelle regioni "classiche" come l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto, in parte in Lombardia, così come in altre come Puglia e Campania. Più in generale, l'integrazione deve diventare un modo di porsi del sistema: non si può più agire come se il Ssn fosse autosufficiente. Poi, il mio cavallo di battaglia è un po' questo: le tecnologie ci sono, le conoscenze si sviluppano velocemente ma ora bisogna modificare le teste delle persone. La sostenibilità si può cercare di perseguirla applicando concretamente e non solo a parole il passaggio dalla cura e dalle prestazioni alla presa in carico. Solo grazie a quest'ultima possiamo ad esempio - se guardo in particolare al tema multi cronicità - pensare di eliminare le duplicazioni nell'offerta perseguendo la riconciliazione farmaceutica invece di consumare farmaci per avere in definitiva meno salute.

Temi di appropriatezza organizzativa molto cari al ministro della Sanità

Il "cosa fare" ormai lo si sa. Si sa un po' meno il "come" e poi la debolezza del sistema Italia è scaricare a terra le cose: il problema diventa di "formazione all'azione". Non dobbiamo domandarci cosa sarebbe meglio o necessario fare: la

variabile su cui agire è quella della qualità delle persone e con ciò intendo professionalità, razionalità, passione ed emozioni. Potremmo dire che oggi tutto rema contro il mantenimento del Ssn, salvo quel po' di incoscienza di chi continua a operare in un contesto contraddittorio. È però un'incoscienza legata al coraggio, all'impegno e alla passione di chi ha dei valori e vuol continuare a essere al servizio delle persone. E alla fine della giornata e della vita può dire "io ci ho provato".

A quale livello bisognerebbe agire?

In tutte le organizzazioni pubbliche e private, le imprese che vanno bene sono quelle che investono - in particolare - nella formazione dei quadri intermedi. Perché il problema non è avere la qualità dei vertici ma la qualità delle cinghie di trasmissione che poi sono il cosiddetto "middle management" e lì siamo molto in ritardo. Tra l'altro sarebbero interventi ad elevato rapporto beneficio/costo. L'investimento darebbe un risultato enorme in termini di qualità dell'assistenza e di contenimento della spesa

In generale quale è la situazione a cui tendere?

Bisogna passare da un modello "obblighi-vincoli-controlli-sanzioni", a un modello "autonomia-responsabilizzazione-valutazione dei risultati". Faccio un esempio: è molto meglio agire su infermieri di famiglia e comunità, cosa che stiamo facendo in Lombardia con dei corsi mirati, che organizzare l'ennesima formazione per direttori generali, sanitari e amministrativi e di struttura complessa. Bisogna dare autonomia e responsabilizzazione, poi verificare i risultati.

Il suo punto di vista rispetto al progetto Calderoli, in particolare sul versante Sanità?

Al di là del giudizio politico e sociopolitico, servirebbe un modello capace di favorire i collegamenti tra le Regioni cosiddette "forti" e quelle "deboli". In Germania dopo la riunificazione, ad esempio, in campo universitario un ateneo dell'ovest doveva gemellarsi con uno dell'est per aumentarne il livello e così era per gli ospedali e in altri settori. Così tra le nostre Regioni andrebbero favorite le collaborazioni attraverso "tavoli" e scambio di conoscenze. Dall'altra parte, il livello centrale invece di chiedere l'accentramento di poteri dovrebbe mettere a disposizione delle task force - come in parte Agenas sta tentando di fare - che intervengano in aiuto delle strutture più fragili. Dove ci sono Regioni a capitale istituzionale più debole e con personale meno preparato per vari motivi, portare "trasfusioni di capacità organizzative".

Questi due aspetti potrebbero in prospettiva andare a sostituire il commissariamento?

Il commissariamento rientra in una prospettiva sanzionatoria mentre questo nuovo approccio rientrerebbe nelle condizioni facilitanti. In parte Agenas lo sta facendo con la raccolta delle buone pratiche e con l'istituzione di alcuni tavoli di confronto. Poi è chiaro che ci sono problemi di difficoltà oggettiva, non solo in Italia: il servizio sanitario inglese è più allo sbando di noi e quello tedesco nonostante gli investimenti più elevati e quasi il doppio di spesa pro capite ha anche lui dei problemi. Va detto: non tutto da noi è negativo solo perché siamo in una situazione di oggettiva difficoltà. Ma non è ancora chiaro dove investire e si procede un po' per rammendi.

Nel frattempo ci troviamo con un Servizio sanitario nazionale fondato nel lontano 1978...

Oggi ci sarebbe bisogno di fare un tagliando straordinario al Ssn perché dopo 45 anni non bastano i rabberciamenti. La 833 è arrivata dopo 20 anni di confronto e dibattito culturale: dietro c'era pensiero, che è stato raccolto da Tina Anselmi. Poi le riforme degli anni Novanta, sia quella del "502" sia quella del "517" e poi il "229" della Bindi tutto sommato avevano comunque un dibattito alle spalle; mentre negli ultimi 25 anni ci sono stati solo rattoppi e sottrazioni, inclusa la spending review. Per me la soluzione oggi è quella di smettere di "fare i pittori" e di metterci a "scolpire": dobbiamo togliere tutto quello che è stato messo in questi 45 anni in cui al Ssn disegnato nel 1978 sono stati fatti baffi, aggiunte e ritocchi, per far sì ad esempio che i medici possano tornare a fare i medici almeno all'80%, snellendo le procedure e limitando i loro carichi di scribacchini. L'altra cosa è cominciare a dire basta alle belle leggi: vanno sviluppate le capacità di attuazione perché ancora oggi in Italia c'è un gap enorme tra ciò che scrive e ciò che poi fa. E nel momento del fare restano in pochi. È l'ora di dire solo ciò che poi ci si impegna a fare in collaborazione con altri.

C'è chi oggi chiede 6-7 miliardi l'anno in più: lei concorda?

Il punto è se sia o meno realistico. Le condizioni del Paese e quelle di chi vota dicono che non le avremo mai queste cifre in più. Io sono ragioniere di estrazione e con i numeri mi diverto anche: va benissimo dire che mancano i soldi però il problema è come riesco a migliorare pure in assenza di denari. Perché tanto la presidente Meloni dice che non ci sono mentre le persone di certo non votano perché la sanità sia al top dell'attenzione - fino a quando dovranno pagare tutto -: votano su altri temi e per altri motivi.

Ci siamo abituati a dare la Sanità pubblica per scontato?

La libertà e la salute sono due temi che hanno una caratteristica: si apprezzano quando si perdono e si perdono perché si è abituati ad averli e si pensa che siano dati una volta per tutte. Il che ovviamente non è vero e la storia ce lo insegna. Allora la mia posizione è sempre stata: criticiamo e lottiamo perché migliorino le condizioni in cui operiamo e ci siano più soldi però il vero dovere e la vera responsabilità sociale è di migliorare all'interno di queste condizioni. Bisogna essere

realistici: il mondo va altrove. E non c'è scritto da nessuna parte che avendo informazioni e dati sempre più eclatanti migliorano le capacità decisionali. Il problema è fare in modo che il sistema resista di più. Qualcuno parte dai diritti che vanno tutelati mentre io dico: i diritti a contenuto economico si tutelano solo se ci sono risorse prima e, quando le risorse sono scarse, utilizzandole al meglio. In più, si vada a recuperare qualcosa d'altro che sono le risorse di cui ho già detto e cioè il volontariato, gli over 70enni che stanno bene e il terzo settore nel suo complesso.

Potrebbe quindi essere la volta buona per tirarle finalmente in barca, queste realtà che vanno crescendo? O resta un "Piano B"?

Non è affatto un "piano B" ma il piano di una logica diversa. La "Res Publica" non la garantisce solo l'istituzione pubblica ma è qualcosa che ognuno di noi deve garantire. Secondo: l'ultimo secolo e mezzo è andato avanti su una logica "a silos" mentre oggi dobbiamo collegare le responsabilità e lavorare in orizzontale. Non è un piano B: è il piano di una società a democrazia avanzata e compiuta, dove i vari soggetti economici e sociali invece di vedersi separatamente si integrano e si collegano. Cosa che a oggi non ci riesce molto bene perché veniamo da 20 anni di "poco pensiero". C'è una frase: "quando il sole della cultura è basso, i nani sembrano giganti": ebbene, se non alziamo il sole della cultura, difficilmente troveremo soluzioni.

Come farlo risorgere, questo sole

Abbiamo il dovere di essere positivi e ottimisti. Ognuno di noi deve capire dove sono i segnali positivi e coltivare la speranza che anche le cose che sembrano impossibili possano diventare possibili. Come diceva Einstein, «le cose cambieranno se cambieremo il modo di vedere le cose». Quindi diamoci da fare.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-11-28/intervista-elio-borgonovi-ecco-mia-ricetta-sostenibilita-il-ssn-ma-serve-coraggio-132050.php?uuid=AFbloDpB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

La questione è più complessa di come sintetizzato da Cavicchi

Grazia Labate

31 OTT -

Gentile direttore,

ricorro volentieri al poeta Giusti e alla sua bella poesia Sant' Ambrogio: "Che fa il nesci, Eccellenza? o non l'ha letto? Ah, intendo; il suo cervel, Dio lo riposi, in tutt'altre faccende affaccendato, a questa roba è morto e sotterrato", per rispondere all'[articolo di Cavicchi](#) a partire da una sana ironia perché comprendo che Cavicchi ha chiuso i circuiti dell'ascolto dell'altro per cui valgono in assoluto i suoi pensieri.

No, la questione è molto più complicata di come la semplifica nella sua quarta riforma e nel ripescaggio della teoria della compossibilità. Concetto utilizzato da Leibniz in chiave logico-metafisica e rielaborato in chiave etica da Vito Fazio-Allmayer. Che cosa è la compossibilità? Non è certo la semplice constatazione della possibilità di una contemporanea coesistenza. È piuttosto apertura alla possibilità dell'altro e riconoscimento che la nostra stessa possibilità dipende dal confronto con l'altro. È riconoscimento della dignità della irripetibile singolarità dell'altro e del fatto che le nostre irripetibili singolarità sono divenienti e si costruiscono nel dialogo.

Questo vale per tutti i campi della conoscenza umana compresa l'economia. E evidente che non va confusa con sostenibilità "Soddisfare i bisogni presenti senza compromettere gli equilibri esistenti.

È evidente come negli ultimi 30 anni siano cambiati i bisogni di salute della popolazione che invecchia sempre di ed è altrettanto evidente che occorra ridefinire per la sanità il paradigma quanti-qualitativo di costo- investimento, senno non c'è prospettiva di sviluppo futuro. Questo a sua volta implica una visione comune e politiche comuni ed unitarie sugli aspetti portanti di sistema in tutta Europa.

Ma non ho più parole per esprimere il fatto che la politica sanitaria oggi è diventata qualcosa, che da soli gli stati, quelli ricchi e i meno ricchi non sono più in grado di risolvere da soli, se vogliono corrispondere l'universalità del diritto e noi siamo messi peggio di altri nostri partner europei, abbiamo bisogno di aprire un Fronte sanità come investimento e non come costo e dunque andare in Europa perché qui ed ora, si ottengano regole di bilancio perché la crisi pandemica, quella energetica, l'inflazione e le guerre in corso richiedono di mettersi insieme e fare bilanci in grado di riparare bisogni e traumi post pandemici, costi delle maggiori spese vaccinali per i più fragili, riorganizzazione a livello territoriale di un

modo di concepire e proporre la risposta sanitaria di base perché l'invecchiamento lo richiede, come fatto oggettivo con cui fare i conti ed infine tanta, tanta prevenzione per evitare malattie e loro cronicizzazioni future.

Questo propongo, ma prima di me la stessa Ocse che Cavicchi cita e le stesse conclusioni a cui arriva l'analisi indipendente di Gimbe, lo affermano. Salute= Investimento. Non rinnego la mia storia politica ed istituzionale Pci, PDS, DS ma non sono mai stata Pd e la storia mi dà ragione: la sinistra si è persa in una subalternità culturale impietosa., che le impedisce di riconoscere e di farsi riconoscere come tale. Io sono fiera delle battaglie che ho condotto ed anche vinto. A partire dal via i comitati di gestione e di potere nella sanità.

Occhetto mi ascoltò e fu il primo firmatario in tal senso di una proposta di legge di eliminazione dei famigerati comitati di gestione. Quando fui al governo con Veronesi togliemmo il superticket sui farmaci, introducemmo gli screening tumorali gratuiti su seno, utero e colon, aumentammo le risorse per la sanità.

Combatteremo in Europa con determinazione "Mucca Pazza" ottenendo maggiori risorse per intensificare controlli a tappeto con i nostri gloriosi veterinari, nonostante l'ostruzionismo in aula della lega.

Della 229 non ho condiviso l'intramoenia talmente allargata che fin dal suo esordio è diventata sanità di serie A e B per chi può e chi non può. Così del fatto che Sono riuscita a fare tutti i decreti attuativi della legge 42 sulle professioni sanitarie non mediche, lavorando giorno e notte, mi è testimone Saverio Proia, tranne che per gli odontotecnici e gli ottici optometristi, grazie al blocco da parte delle rispettive categorie mediche.

Il profilo di odontotecnico tutt'ora è fermo al 1928 e il troppo abusivismo nella professione svolto da soggetti non abilitati alla fabbricazione delle protesi si è manifestato con forza in molte realtà del paese. Così per gli ottici optometristi che hanno necessità di veder riconosciuta la professione come nel resto d'Europa.

Sui fondi sanitari Cavicchi mi attribuisce scelte che non ho fatto che facevano parte dell'ordinamento in vigore, ma che tutti facevano finta di non vedere, lasciandoli a proliferare senza regole nè controlli.

Abbiamo tentato con Livia Turco di attuare una regolamentazione di una realtà a cui nessun ministro aveva messo mano chiedendoci quale ricaduta sul SSN e sui cittadini avevano i fondi sanitari esistenti che nel 2006 avevano raggiunto una consistenza rilevante con detrazioni fiscali altrettanto rilevanti, senza che nessuno avesse messo le mani dentro, per vedere e controllare la ricaduta in termini di migliori o peggiori politiche per la salute.

Li abbiamo regolamentati abbiamo costruito un'anagrafe con depositati statuti, bilanci prestazioni erogate ed abbiamo introdotto una gradualità in termini di copertura delle prestazioni spostando le prestazioni verso gli anziani e le cure odontoiatriche, ambiti di intervento sui quali i Lea erano avari e sparuti.

Almeno il 20% delle prestazioni dovevano riguardare questi aspetti e poi ci eravamo ripromesse di andare entro 2 anni dalla costruzione dell'anagrafe ad un 40% delle prestazioni per denti, assistenza domiciliare e ADI, costruendo un osservatorio in grado di relazionare al Parlamento di anno in anno sull'andamento del fenomeno, vista l'esplosione che stavano avendo nella contrattazione e visto il risorgere di SMS, società di mutuo soccorso, per affermare il bisogno di prestazioni socio sanitarie sul territorio.

I sindacati hanno fatto crescere una contrattazione con un welfare aziendale corposo, per mettersi al riparo dalle crisi finanziarie del 2008, da un paese che non cresceva e non cresce a sufficienza per garantire un welfare degno di questo nome, compresi i gloriosi metalmeccanici di Landini, che hanno un cospicuo fondo sanitario.

E secondo Cavicchi cosa si doveva fare? continuare senza regole facendo andare avanti un sistema binario di copertura senza regole, per cui nel mondo del lavoro ognuno con il suo fondo senza ritorno sui veri fabbisogni sanitari?

E già, ma questa per Cavicchi è cucina antiriformatrice di basso livello e scarso pensiero. E perché nessuno ha mai sollevato, secondo Cavicchi, il problema della previdenza complementare? che ha il doppio della defiscalizzazione dei fondi sanitari nel nostro ordinamento. Senza la quale il futuro pensionistico di moltissimi lavoratori e non voglio parlare dei giovani sono a totale rischio nel nostro paese? Perché tutto dovrebbe essere risolto da palingenetiche riforme. Peraltro anche la sua datata 2016. E' cambiato il mondo in questi ultimi 7 anni.

La verità è che se questo paese non cresce, non si dà una regola di equità redistributiva degna di questo nome, non tutela pienamente i propri giovani e nel contempo la piena salute della propria popolazione e si affida di volta in volta ai giochetti di distrazione di massa, come ha fatto col tentativo degli extraprofiti delle banche e con il palliativo delle miserande aliquote Irpef, caro dott. Cavicchi non c'è trippa per gatti.

Quando si tenta di fare un ragionamento a largo raggio vedendo a che punto di complessità siamo arrivati, per trovare soluzioni congrue, il problema non è "sentirsi inondati da fiumi di parole". Proviamo a pensare che c'è stato uno sconvolgimento da quando Cavicchi ha scritto la sua quarta riforma, compresa una pandemia e 2 guerre, altro che più poteri ai comuni invece che alle Regioni, che nuovi modelli organizzativi e nuove autonomie e responsabilità. Ci vuole una inversione dei paradigmi per trovare soluzioni efficaci.

Infine vorrei ricordare che Cavicchi scrive valanghe di articoli anche a più puntate su questo giornale che ci ospita da anni con pazienza e benevolenza, ma nessuno si è mai permesso di criticare per la lunghezza degli elaborati o per contenuti che non condivideva, si è riconosciuto e tuttora si riconosce a tutti, come è giusto che sia, la libertà di pensiero, salvo il diritto della redazione di decidere in tutta libertà, di rifiutarne la pubblicazione se lo ritiene. Infallibilità, mancanza di autocritica, sono caratteristiche che non mi appartengono, non fanno parte della mia formazione, non soffro di delirio

di onnipotenza e nemmeno di narcisismo esasperato. Sulle cose che penso elaboro, scrivo, ci metto sempre la faccia ed anche coerenza dei comportamenti istituzionali, dei voti parlamentari, anche molte volte in dissenso dal mio gruppo.

Vedo anche io il rischio grosso che stiamo correndo e mi auguro per questo nostro paese e per il nostro diritto alla salute, che si possa invertire la rotta, cambiando regole economiche e finanziarie, rafforzando la nostra grande risorsa umana in sanità, medici e tutto il personale sanitario, dandoci un programma d'azione, dal territorio alla ricerca, che ponga al centro il cittadino e la sua salute, i suoi diritti ma anche la responsabilità di conservarli, in un contesto dove economia, salute e ambiente siano capaci di rifondarsi per il bene comune. In amicizia buon vento e buona salute a tutti.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117965

quotidianosanita.it

In sanità destra e sinistra pari non son: il caso dell'emergenza territoriale in Emilia-Romagna e nelle Marche

Claudio Maria Maffei

31 OTT -

Gentile direttore,

in questo SSN dai 21 Servizi Sanitari Regionali (e Provinciali) si può assistere alla nascita quasi negli stessi giorni di modelli organizzativi completamente diversi su aree pure ad alta criticità come i modelli di emergenza territoriale. Particolarmente clamorosa e significativa è ad esempio la differenza di approccio alla riforma di questo Settore nelle due Regioni, così geograficamente vicine quanto politicamente lontane, Emilia-Romagna (governata dal centro-sinistra) e Marche (governate dal centro-destra).

Periodicamente Qs ospita degli aggiornamenti sulla riforma dell'emergenza-urgenza in Emilia-Romagna e in particolare sulla istituzione dei cosiddetti Cau (Centri di assistenza e urgenza). Da [uno degli ulti aggiornamenti](#) riprendiamo una loro descrizione: "Rappresentano il nuovo modello di sanità territoriale potenziata pensato per rispondere alla gran parte dei bisogni e delle urgenze a bassa complessità clinica e assistenziale, sgravando così il Pronto soccorso, dove far confluire solo i casi più gravi per una presa in carico più veloce e appropriata. Sono strutture territoriali - a regime almeno una per ogni Distretto sanitario - dotate di équipe medico infermieristiche adeguatamente formate, che, quando il percorso sarà completato, saranno attive H24 7 giorni su 7, con un bacino d'utenza tra 35.000 e 75.000 abitanti.

L'obiettivo, infatti, è garantire a tutti i cittadini la cura migliore e un percorso di assistenza personalizzato, in tempi rapidi e senza lunghe attese." A questo modello (oggetto di una specifica Delibera Regionale, la 1206 del 17/07/2023) si è arrivati dopo uno studio iniziale sui flussi dei pazienti e sulle risorse disponibili nell'ambito dell'emergenza territoriale che ha portato a definire un nuovo approccio con il coinvolgimento dei territori e con [accordi con le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale](#) per il coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità. Di recente è stato fatto anche protocollo di collaborazione firmato dalla Regione e dai rappresentanti dell'Associazione Liberi Specializzandi (Als) dell'Emilia-Romagna per "dare agli specializzandi le stesse condizioni di accesso, formazione e retribuzione degli altri colleghi medici che lavoreranno nei Cau", come [riportato proprio ieri qui su Qs](#).

Alla nascita del nuovo modello contribuiscono tra l'altro delle sperimentazioni locali, delle [iniziative di confronto tecnico-politico in presenza](#) dell'Agenas e [una pagina web](#) cui i cittadini possono riferirsi per saperne di più. Vale la pena di ricordare che alla istituzione dei Cau [si affiancano altre due linee di intervento](#): il potenziamento dell'emergenza urgenza preospedaliera e la introduzione del Numero unico europeo di emergenza (NUE 112) e del Numero europeo armonizzato (NEA 116117), con 3 Centrali operative che lavoreranno in stretta relazione e contiguità con le 3 Centrali 118. Non mi interessa qui esaltare il modello emiliano-romagnolo di riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza, ma sottolineare il relativo percorso tecnico-istituzionale le cui parole chiave sono: analisi, progettazione, formalizzazione, coinvolgimento di tecnici e Sindacati, comunicazione coi cittadini e sperimentazione. Un percorso che [la pagina regionale di QS della Emilia-Romagna](#) consente di seguire bene.

E adesso veniamo alla Regione Marche. Partiamo dalla cronaca di ieri, giornata in cui viene presentato il Progetto del nuovo ospedale di comunità di Cagli. Facciamoci aiutare dal [Comunicato stampa della Regione Marche](#), significativo già dal titolo: “Nuovo presidio ospedaliero: a Cagli presentazione del progetto e firma dell’accordo di programma”. Quel termine, presidio ospedaliero al posto di ospedale di comunità quale è Cagli, è significativo perché legato alla campagna elettorale del centro-destra che governa le Marche dall’ottobre 2020. In questa campagna il centro-destra si è largamente sbilanciato verso la riapertura dei piccoli ospedali riconvertiti a Ospedali di Comunità dalle precedenti Giunte di centro-sinistra, tra cui appunto quello di Cagli, al centro di un territorio in cui questa promessa ha pagato molto bene elettoralmente, promessa che adesso costituisce una cambiale che il centro-destra deve pagare.

Torniamo al Comunicato stampa in cui si legge che: “Oltre alla Casa e all’Ospedale di Comunità (con 36 posti letto in due moduli), la struttura subirà anche un potenziamento delle prestazioni, già previsto dal nuovo Piano sociosanitario delle Marche: riguarderanno la specialistica ambulatoriale, la diagnostica radiologica e laboratoristica per la copertura completa delle necessità sanitarie della popolazione residente. Saranno inoltre individuati percorsi di potenziamento della rete di Emergenza Urgenza, con presenza di personale medico dedicato H24, in aggiunta a quello già presente nelle ambulanze medicalizzate.” Quindi di fatto si va nella direzione completamente opposta a quella della Regione Emilia-Romagna prevedendo in un ospedale di comunità un simil-Pronto Soccorso con personale specializzato.

Questo per pudore il Comunicato non lo dice, ma lo dice il [Piano Sociosanitario](#) che costituisce il riferimento per questa decisione. Il Piano infatti per la struttura di Cagli prevede un “Punto Intervento Territoriale, in stretta integrazione funzionale con l’Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale, con personale medico dedicato all’Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica prevista dal DM 30.1.98 e funzionalmente integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento”, ovvero prevede il personale che il DM 70 riserva ai Pronto Soccorso degli ospedali di area disagiata. Inutile dire che tale previsione per l’ospedale di comunità di Cagli non solo è lontanissima dalle indicazioni del DM 70, ma lo è ancor di più da quelle del DM 77. Lo stesso Punto di Primo Intervento previsto a Cagli è previsto nel Piano anche in altri due ospedali di comunità dello stesso bacino elettorale. Per tutti gli altri ospedali di comunità delle Marche, che peraltro non si ancora tra vecchi e nuovi quanti saranno, non è previsto niente di simile.

Non solo la scelta della Regione Marche differisce sostanzialmente da quella della Regione Emilia-Romagna in termini di contenuto (prevede in un punto chiave del sistema specialisti, che non ci sono, dove l’Emilia-Romagna prevede medici della assistenza primaria), ma differiscono ancor prima e soprattutto in termini di metodo. Nella sanità populista delle Marche le promesse elettorali sostituiscono le analisi, il rendering degli interventi edilizi sostituiscono la progettazione, la formalizzazione delle scelte avviene con le determinate dei dirigenti che si occupano delle opere pubbliche, il coinvolgimento dei tecnici e dei Sindacati non è previsto (tanto che determina nel caso dei sindacati anche delle [reazioni critiche](#) a scelte di questo tipo i cui echi arrivano anche qui su Qs), la comunicazione coi cittadini è quella delle campagne elettorali e la sperimentazione sul campo non si sa nemmeno cosa sia.

Il dibattito qui su Qs sul rapporto tra politica e Ssn dovrebbe nutrirsi, pare mio, dalla conoscenza di merito dello stile di governo che ispirano sinistra e destra. La sanità di Emilia-Romagna e Marche, così differenti seppur così vicine, offrono al riguardo utili spunti di riflessione. E certo non portano alla conclusione che [“a sinistra a nessuno interessa per davvero salvare la sanità”](#). Io guarderei un po’ meglio dall’altra parte, cui questa affermazione mi sembra adattarsi molto di più.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117943

quotidianosanita.it

Le riforme sono più facili da distruggere che da ricostruire

di Ivan Cavicchi

30 OTT -

Gentile direttore,

proprio non riesco a capire, da quando c'è il governo di destra, soprattutto a sinistra, si dice urbi et orbi che bisogna "salvare la sanità", non ho contato i comitati che sono stati messi in piedi per salvarla, la raccolta di firme, appelli scritti al grido la "sanità è sotto attacco salviamola" per non parlare dei piani di rilancio. La Cgil ha perfino fatto una manifestazione nazionale a Roma in difesa del "diritto alla salute" (24 giugno 2023) mentre la Schlein, senza mai perdere un'occasione attacca il governo prevalentemente sulla sanità.

A parte ciò tutti i giorni leggo di persone, anche molto stimate, che su questo giornale ci propongono, come se fossero consumati "mossieri" del palio di Siena, di salvare la sanità in "tre mosse", altri con "otto mosse", altri con "10 punti" e ancora altri con "tre macro-questioni" ecc.

Sono d'accordo con tutti coloro che sono preoccupati delle sorti della nostra sanità anche se temo che, le mie preoccupazioni. non sono proprio uguali alle loro.

Le mie preoccupazioni

Nel quadro descritto dall'Ocse (Health care financing in times of high inflation 2023) personalmente sono preoccupato:

-di perdere del tutto l'art 32, controriformato dai nostri neoliberisti di sinistra,

-di rompere del tutto i rapporti ormai molto logori tra economia e sanità, tra salute e sanità, tra sanità e società

-di veder compromessi i valori portanti del Ssn

-di essere contro-riformato dagli esiti nefasti delle controriforme neoliberiste fatte negli anni 90 (aziendalizzazione e privatizzazione universalismo selettivo, seconda gamba ecc) perché oggi con la crisi che abbiamo queste controriforme risultano insostenibili

-di avere come al tempo della crisi delle mutue enormi problemi di sostenibilità e quindi di lasciare il campo al mercato.

Oggi il governo, nell'impossibilità di finanziare in modo adeguato il servizio pubblico, innalza il tetto di spesa per comprare come Stato sanità dal mercato.

Ma questo è possibile solo perché qualcuno ha pensato di fare, a partire dalla 229, una sanità privata quando, secondo l'art 46 della 833, non c'era nessun bisogno di farlo ma soprattutto di farlo a spese del fisco. Sarebbe bastato rispettare la 833 e finanziare così al meglio la sanità pubblica

La contraddizione più grossa

Oggi, il finanziamento pubblico del privato in luogo di un finanziamento adeguato del pubblico è oggettivamente la contraddizione più grossa ma anche più pesante che abbiamo.

Alla fine, invece di fare una sanità pubblica abbiamo messo su un sistema mezzo pubblico e mezzo privato che costa un botto di soldi (complessivamente più di 170 mld), e che trascurando disfunzioni inefficienze e altre ben note criticità, non garantisce il diritto alla salute allo stesso modo a tutti.

Un sistema che sembra programmato per auto-negarsi nel tempo e lasciare il posto a quel sistema concorrente che non si è mai rassegnato ad uscire di scena

Tra fervorini e minacce

Gli altri, quelli che vorrebbero salvare la sanità, a dir il vero mi sembrano preoccupati di una sola cosa: rifinanziare il carrozzone tale e quale e andare avanti costi quel che costi.

Poi leggo Quotidiana sanità del 27 ottobre e mi trovo un fervorino di [Panti](#) che mi accusa di "discutere del sesso degli angeli" (QS 27 Ottobre 2023) e uno smisurato articolo di [Grazia Labate](#) che, come una bomba d'acqua, ci inonda come una enciclopedia di numeri di citazioni di aneddoti, ma che come Panti non ci spiega:

-come salverebbe, nel quadro Ocse citato, una sanità da salvare ammesso sia chiaro che la sanità sia da salvare

-perché è contro la "quarta riforma cioè perché non vuole correggere gli errori contro riformatori fatti in passato

-perché alla fine sui problemi veri di sostenibilità non dice una parola soprattutto quando giustamente lei stessa fa notare che oggi la sanità universale è comunque "minacciata" anche nei paesi più ricchi

A entrambi vorrei rispondere con affetto e cortesia.

Salvare il salvabile

Prendo atto che Panti sulla "quarta riforma" ha cambiato idea. Conoscendolo da anni so che gli succede spesso ma vi risparmio gli esempi. Qui mi limito solo a ricordargli ciò che ha scritto su questo giornale (QS 10 novembre e QS 15 novembre 2016)

Ad Antonio vorrei dire solo che, in particolare nella situazione in cui ci troviamo oggi, bisogna smetterla di dire tutto e il contrario di tutto. Oggi dobbiamo essere per forza seri e decidere una linea.

Oggi la vera novità è, che c'è, con un governo di destra, un processo contro-riformatore in atto messo in moto dalla sinistra il quale se non interferiamo con fermezza coraggio intelligenza e onestà intellettuale, si compirà nel modo peggiore.

Se caro Antonio facciamo come proponi tu cioè "salvare il salvabile". rimandando la discussione su come "inventare nuove soluzioni" aspettando in sostanza che la sinistra torni al governo allora sappi che sarà sconfitta sicura. Secondo me, se, la sinistra sulla sanità, nella crisi data, continuerà a chiedere di rifinanziare l'invarianza quindi le controriforme fatte nonostante la loro evidente insostenibilità, cioè si rifiuterà alla "quarta riforma", non solo ci farà perdere il SSN ma non è escluso che la destra resti al governo ancora per un bel po'.

Mi resta la curiosità di sapere da te cosa intendi per "salvabile" ma conoscendoti non mi meraviglierebbe scoprire che il tuo salvabile potrebbe coincidere solo con ciò al quale tiene di più e cioè con gli interessi dei medici di medicina generale.

Contro a priori

Alla mia amica Grazia Labate dico che proprio perché la sanità, è da salvare non comprendo la sua avversione per la "quarta riforma" cioè la sua avversione contro una strategia pensata per non far deragliare il treno cioè per salvare l'art 32 e la 833.

Perché l'idea di una "quarta riforma" ti crea, ma non solo a te, anche a tante persone di sinistra, così tanti problemi?

Prova a pensarci su. Tu sei stata [Sottosegretario di Stato](#) alla Sanità nel secondo governo di [Giuliano Amato](#) ma anche per molti anni responsabile della sanità dei DS quindi deputata e nel periodo dell'Ulivo sei stata una delle massime sostenitrici dopo la Bindi della seconda gamba. Io penso che fare l'apologia del proprio operato ci sta cioè sia umanamente comprensibile ma il rifiuto dell'autocritica in una situazione grave come la nostra è inaccettabile.

Oggi cara Grazia mi scuso se parlo in modo provocatorio della "grande marchetta" ma non è colpa mia se l'Ocse ci dice che oggi, in questa crisi economica, la revisione del rapporto pubblico e privato è una "questione strategica". Mi dispiace per il tuo amor proprio, rispetto la tua storia, ma il problema della grande marchetta c'è nostro malgrado.

Il rifiuto dell'autocritica

Il rifiuto dell'autocritica presuppone una idea di infallibilità che pur con il bene che ti voglio cara Grazia non riesco a concederti. Né a te né a nessun altro. Bindi e Dirindin in testa. Per non parlare di Speranza. Prima del nostro amor proprio, se fossimo davvero gente di sinistra cioè gente seria e responsabile dovrebbe venire il bene pubblico. L'interesse generale. Se noi per primi non ammettiamo gli errori fatti è come chiedere alla destra di mutuarli.

Ma come è possibile che una persona seria e rigorosa come tu sei proprio sul discorso "verità e giustizia" mi proponga come esempio di "cultura innovativa e riformatrice" uno dei principali esponenti del pensiero neoliberale in sanità peraltro il più convinto teorico dell'universalismo selettivo e del ruolo fondamentale dell'intermediazione finanziaria e dei fondi sanitari integrativi?

Ma poi, perché mai oggi se si dovesse salvare la sanità non dovrei correggere gli errori fatti? Mi si dirà che di errori strategici importanti non ne sono stati fatti. Bene me lo si dimostri ed io ritiro la proposta di "quarta riforma". Ma se gli errori non sono stati fatti allora mi si spieghi perché oggi rischiamo di perdere l'art 32 e il SSN e io essere accusato di parlare del sesso degli angeli, solo perché voglio fare una quarta riforma?

Possibile non è uguale a compatibile

Da ultimo vorrei approfittare della circostanza per spiegare a Grazia Labate e senza scomodare l'epistemologia che cosa è politicamente la compossibilità e che differenza c'è con la compatibilità. Cioè cosa dovrebbe essere oggi una riforma. La compossibilità è una politica una strategia che si sforza di rendere possibile quindi di far coesistere l'art 32 con l'economia esattamente come prevedeva la 833 tanti anni fa (Capo 2 art 3 Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie).

La compossibilità quindi è un nuovo accordo tra economia e salute e sanità al quale dobbiamo aggiungere per estensione i nuovi art. 9 e 41 della Costituzione. Cioè l'ambiente, ormai considerato da tutte le Costituzioni del mondo, il diritto di "quarta generazione".

La compatibilità, anche essa è una politica, ma che appartiene all'orizzonte neoliberista quindi che non riconosce al diritto il suo carattere fondamentale anzi che pretende che questo diritto si adegui e si adatti alle risorse finanziarie disponibili. Cioè sia compatibile a priori.

Nel momento in cui il diritto si adegua alle risorse disponibili esso suo malgrado diventa un diritto potestativo cioè perde la caratteristica di essere fondamentale.

Tutti i nostri guai oggi nascono da questa politica e dal suo presupposto sbagliato. Le controriforme fatte in passato si basano integralmente sull'idea neoliberista di compatibilità.

Un modo altro di fare economia e salute

Compossibilità sia chiaro non vuol dire che il diritto alla salute, come pensa il PD oggi, sia un diritto da rifinanziare e basta quindi esentato dal fare i conti con l'economia con le crisi, con la spesa pubblica, con le diseconomie ma vuol dire il contrario e cioè che i conti con l'economia questo diritto li fa ma seguendo logiche culture approcci completamente diverse da quelle liberiste.

Capisco che questo discorso a Grazia Labate che è senz'altro una compatibilista risulti indigesto e non mi meraviglia, che lei nell'indicarci i suoi cavalieri preferiti indichi 6 nomi 4 dei quali a parte essere economisti sono tutti compatibilisti cioè convinti che il problema della sanità è adattare il diritto alla salute alla economia.

Ma siccome rivendico il diritto di proporre quello di cui sono convinto ditemi, di grazia, come faccio con un governo di destra a riprendermi l'art 32 e a rifinanziare la sanità pubblica se resto in un regime compatibilista? Cioè se resto in un regime dove il privato come ci ha spiegato tanto la Bindi che la Dirndin ma anche Grazia Labate è praticamente delegato a garantire la sostenibilità del sistema dal momento che il pubblico è considerato a priori non autosufficiente? (QS 23 gennaio 2023)

La quarta riforma

La parola compossibilità nel vocabolario di Grazia Labate e in quelli dei suoi cavalieri non esiste, esiste solo la parola compatibilità. Ma allora mi chiedo come faccio a salvare la sanità lasciandola marcire nelle compatibilità sapendo che essa è la prima giustificazione per non finanziarla?

Ma secondo voi la Meloni per decidere il defianziamento della sanità quale ragionamento ha seguito?

Possibile mai che sia così difficile capire che se faccio una quarta riforma senza superare le logiche compatibiliste usate come giustificazione politica dal governo è come se la quarta riforma non la facessi?

Possibile mai che non si capisca che se voglio rifinanziare davvero la sanità devo cambiare strategia e passare dalla compatibilità alla compossibilità. Se resto nella compatibilità dal governo avrò solo elemosine ma mai finanziamenti veri.

La grande contraddizione

Quale è la contraddizione politica? In tutto questo anno abbiamo fatto comitati appelli manifestazioni con il risultato di portare a casa un pugno di mosche. E' un dato di fatto.

Per salvare la sanità abbiamo chiesto più soldi e riempito le piazze ma restando nelle compatibilità cioè restando nel passato.

Ma è ovvio che i soldi che chiedi per ragioni di compatibilità non li avrai mai.

Oggi "salvare la sanità" per la sinistra senza un vero pensiero riformatore è solo propaganda. Non prendiamoci in giro. A sinistra a nessuno interessa per davvero salvare la sanità.

Conclusione

Spero che comprendiate che per me, proporre una quarta riforma è un dovere politico cioè una questione di onestà intellettuale, nei confronti del mio paese e nei confronti di milioni di persone destinata per colpa nostra ad essere nei confronti delle malattie sempre più indifese.

Non mi interessa che mi ridiate dietro ma nei confronti di ciò a cui ho sempre creduto capirete (spero) che dopo tante battaglie voglio stare per lo meno con la coscienza a posto.

Le riforme sono più facili da distruggere che da ricostruire.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117908

Eutanasia del Ssn

10/11/2023 in *Editoriali*

Sarà una morte dolce e naturale quella verso cui è incamminato il nostro povero servizio sanitario. A questa considerazione, negativa ma non traumatica, mi indirizzano gli interventi della politica alla grande Convention per il venticinquennale della Fiaso.

Giovanni Monchiero

L'ambiente è quello giusto – il Palazzo dei Congressi dell'Eur, architettura magniloquente e statalista – la platea, Direttori e middle management delle Aziende sanitarie, particolarmente attenta e qualificata, la rappresentanza politica che più autorevole non si può: il Ministro Schillaci e i presidenti delle Commissioni sanità di Camera e Senato. L'intervento di quest'ultimo meriterebbe una chiosa critica, ma non è il caso. Mi limito a quel che ha detto il Ministro, con garbo e partecipazione, e ce n'è già a sufficienza per abbandonare ogni residuo ottimismo.

Bisogna innanzitutto riconoscere al nostro ministro grande impegno nell'essere riuscito a spuntare in sede di legge finanziaria un incremento del Fondo Sanitario Nazionale che, nella prima versione del documento, era limitato a pochi spiccioli. Una parte significativa di questa risorse sarà destinata alla riduzione delle liste d'attesa, ottenuta attraverso ulteriori prestazioni di lavoro straordinario da parte dei dipendenti del Ssn. In più, qualche vaga promessa di sgravi fiscali ad "hoc" che mi sembrano gravidi di minacce all'armonia interna delle aziende sanitarie. **Questa idea dei "bonus" da distribuire qua e là è una costante della politica del nuovo millennio, a scapito della chiarezza dei rapporti fra lo Stato e i cittadini.**

Ma torniamo alla sanità. Si tratta di pannicelli caldi, di due aspirine somministrate ad un paziente da rianimazione. Comprendo che per l'autorità politica l'ottimismo sia quasi un dovere istituzionale, ma un eccesso di fiducia non aiuta a comprendere e quindi a risolvere le difficoltà del presente.

Come andiamo dicendo da tempo, i problemi del Ssn non sono solo di natura economica. Anche se, miracolosamente, il governo reperisse 5 o 6 miliardi in più all'anno, la fine del sistema sarebbe solo procrastinata, non scongiurata.

Se vogliamo salvaguardarne i principi, la 833 va riscritta, non rifinanziata. E qui, per prima cosa, appare evidente che non c'è alcuna volontà di intervenire, innanzitutto perché nessuno, dal governo come dall'opposizione, avrebbe la più pallida idea di cosa fare.

In secondo luogo, non v'è ipotesi di intervento che non scontenterebbe qualche corporazione fra le molte che operano nel sistema. **E la politica non ama confrontarsi con il dissenso.** C'è una fortissima tendenza a lasciare che l'acqua vada al basso. Non per nulla siamo un paese di ricorrenti alluvioni.

Sommerso sarà, presto, anche il servizio sanitario nazionale.

Parentesi. Negli ultimi tempi si ascolta con preoccupante frequenza, dal ministero e dalle regioni, che il problema delle liste d'attesa sarebbe gonfiato dalla stampa e che i dati ufficiali rappresentano una realtà non così grave. Chi opera in sanità sa benissimo come sono raccolti i dati; che i Cup regionali servono ad offrire un quadro non realistico della domanda (il posto libero domani mattina un poliambulatorio minore, magari all'interno di un ospedale di montagna); che l'attività diagnostica del privato non convenzionato è in rapidissima crescita; che non c'è, in vista, alcuna inversione di tendenza.

L'acqua va al basso. Il rigagnolo del privato-privato è diventato un torrente, presto sarà un fiume in piena che nessun argine potrà contenere. La minaccia al Ssn non è costituita dalle cliniche e dagli ospedali di proprietà privata inseriti all'interno del sistema di offerta pubblico che "sottraggono risorse", come talvolta capita di ascoltare anche dai manager del Ssn. **Il nemico è il mondo delle assicurazioni che, allo stato dei fatti, gradualmente sostituirà il pubblico nella funzione di "tutela", vera essenza del Ssn.**

Questa morte indolore non sarà sgradita alla politica che continua a proclamare che il Ssn è un irrinunciabile pilastro di equità sociale, ma si mostra incapace a tutelarla. E non ha neanche bisogno di assumere posizioni diverse.

Il passaggio fatale – come capita sempre più raramente fra gli umani – avverrà ineludibilmente, per progressivo rallentamento delle funzioni vitali e delle relazioni con il mondo esterno, fino a che parenti e amici che ancora manifestano al morente amore ed affetto si rassegheranno alla perdita e l'ultimo che gli sta tenendo la mano, con voce sommessa, annuncerà: non è più con noi.

<https://www.panoramasanita.it/2023/11/10/eutanasia-del-ssn-2/>

Ma i fondi per la sanità sono pochi o tanti?

Vittorio Mapelli

IL 21/11/2023

IN EVIDENZA

La spesa sanitaria in Italia è inferiore a quella di altri paesi perché più basso è il nostro Pil. Senza crescita economica, le risorse per il sistema sanitario possono arrivare da un recupero dell'evasione, da un aumento delle tasse o da nuovo debito.

Il bersaglio sbagliato

A settembre la pubblicazione della NadeF (Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza) ha suscitato un vespaio di critiche negative, da parte di opinionisti e politici, che confondono la spesa del Servizio sanitario nazionale con il suo finanziamento.

Si è potuto conoscere quest'ultimo dato solo a novembre quando il [disegno di legge di bilancio 2024-2026](#) è stato depositato al Senato. Contro ogni ragionevole speranza, l'articolo 41 del Ddl stanziava 3 miliardi di euro per la sanità, che sommati ai 2,3 deliberati lo scorso anno, fanno 5,3 miliardi in più (+4,1 per cento). Paradossalmente, il finanziamento del disegno di legge (134 miliardi) supera la spesa tendenziale della NadeF (132,9 miliardi), segno che quest'ultima è poco credibile, anche perché quest'anno chiuderà già sui 135 miliardi. Se fosse realmente credibile, il finanziamento del Ddl di bilancio dovrebbe scendere di oltre 1 miliardo. Non meritano, quindi, attenzione i commenti allarmati sulle previsioni di finanziamento del 2025-2026, perché saranno aumentate dalla nuova legge di bilancio 2025, come succede ormai da diverso tempo (si veda la tavola 8 della [Corte dei conti](#) con la cronologia dei cambi). A un primo esame, l'incremento dei fondi per il 2024 appare congruo, anche se la base di partenza (il fabbisogno sanitario 2023) è troppo bassa e lascerà qualche deficit da coprire alle regioni.

Quasi tutti i commentatori della NadeF si sono focalizzati sulla percentuale di spesa sanitaria in rapporto al Pil, troppo bassa e in calo (dal 6,6 per cento nel 2023 al 6,1 per cento nel 2026), ma la misura è fallace, perché risente dell'andamento congiunturale del Pil. Se paradossalmente il Pil cade, come nel 2020, l'incidenza sale (al 7,3 per cento) e si raggiunge l'agognata media europea o dei paesi Ocse.

La vera misura è invece quella che considera la spesa sanitaria "pro-capite equivalente deflazionata": pro-capite, perché la popolazione italiana è in decrescita e con la stessa percentuale di Pil si dispone di più risorse per ogni abitante; equivalente per considerare il peso relativo degli anziani, grandi consumatori di prestazioni sanitarie (secondo il ministero della Salute gli anziani sopra i 65 anni consumano 2,98 volte più delle altre classi 0-64 anni); deflazionata per depurarla dell'effetto congiunturale dei prezzi e confrontarla negli anni.

Se lo stanziamento della legge di bilancio è almeno pari all'incremento delle tre variabili, il fabbisogno di spesa è congruo, perché preserva il potere d'acquisto dei fondi sanitari dall'inflazione (deflatore del Pil) e ogni cittadino che invecchia ha la sua giusta quota di risorse.

Con le informazioni disponibili, si può quindi valutare la congruità del finanziamento: secondo l'Istat la popolazione diminuirà nel 2024 di -0,1 per cento (-29 mila abitanti), mentre l'effetto invecchiamento (l'aumento della popolazione equivalente) peserà per +0,3 per cento (nostri calcoli). Secondo la NadeF, il deflatore del Pil nel 2024 sarà del 2,9 per cento. L'aumento totale delle tre variabili sarà dunque del 3,1 per cento, inferiore all'incremento di bilancio del 4,1 per cento. La differenza dell'1 per cento potrà essere destinata a un aumento delle quantità di prestazioni domandate (negli ultimi anni è stato dello 0,5 per cento) o venire assorbito dai maggiori costi delle prestazioni erogate (ospedaliere e specialistiche) o dal maggiore valore delle prestazioni domandate (per esempio, delle terapie farmacologiche).

Su queste previsioni pesano, tuttavia, le incognite del previsto forte calo dei prezzi dell'economia (deflatore del Pil) e del maggior costo delle prestazioni sanitarie, conseguente al rinnovo contrattuale del personale del Servizio sanitario nazionale (2,3 su 5,3 miliardi stanziati), che potrebbero erodere il residuo 1 per cento. L'adeguamento salariale è un sacrosanto diritto – il contratto dei nostri "eroi della pandemia" era scaduto nel 2018 e il nuovo si ferma al 2021 –, ma risulta improbabile che il più alto costo del lavoro (+5,7 per cento) possa essere riassorbito dalla maggiore produttività del lavoro.

TAVOLA 7

QUADRO DI SINTESI DEL FABBISOGNO FINANZIARIO SANITARIO PER IL SSN -
ANNO 2022 - 2025 (importi assoluti in milioni)

	2023	2024	2025	2026 (**)
Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard a legislazione vigente	128.869	131.013	131.391	131.391
variazione %	2,29	1,66	0,29	-
in quota Pil	6,28	6,15	5,96	5,78
Contributo statale per ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici (RISORSE EXTRA FONDO) d.l. 34/2023	1.085			
Incremento finanziamento sanitario nazionale DLB 2024 (art. 41)		3.000	4.000	4.200
di cui				
art.10 c. 3 4 (stima *) rinnovo contratto settore		2.431	2.431	2.431
art.42 incremento tariffa oraria prestazioni agg.		280	280	280
art.43 rideterminazione tetti farmaceutica				
art.44 modifica distribuzione farmaci		53	77	77
art.45 abbattimento liste attese				
art.46 aggiornamento tetto acquisti da privato		123	368	490
art.47 proroga quote premiali				
art.48 finanziamento aggiornamento LEA		50	200	200
art.49 contributo SSN lavoratori frontalieri				
art.50 c.1 potenziamento ass. territoriale PNRR			250	350
art.50 c.2 cure palliative e terapia del dolore		10	10	10
art.50 c.3 obiettivi sanitari prioritari			240	310
art.66 c.2 finanziamento INMP		1	1	1
totale parziale		2.948	3.857	4.149
Totale complessivo del Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard	128.869	134.013	135.391	135.591
variazione %	2,29	3,99	1,03	0,15
in quota Pil	6,28	6,29	6,15	5,96
Totale complessivo d.l. 34/2023	129.954	134.013	135.391	135.591
variazione %	3,15	3,12	1,03	0,15
in quota Pil	6,34	6,29	6,15	5,96
Stima rinnovo contratto sanità (*)				
unità lavoratori interessati (dato 2021)	724.734			
retribuzione media complessiva (pro capite)	42.358			
incremento a regime (dal 2024)	5,78			
onere annuo (pro capite)	2.448			
onere complessivo per retribuzioni (in milioni)	1.774			
oneri riflessi a carico datore di lavoro (32,7 %) in milioni	657			
Costo complessivo	2.431			

Fonte elaborazione su dati MEF e Ministero della salute

TAVOLA 8

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI
(importi assoluti in milioni)

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
LB 2024	<i>127.451</i>	<i>131.103</i>	<i>134.734</i>	<i>135.946</i>	<i>140.701</i>	<i>143.172</i>
variazione su anno prec	3,90	2,87	2,77	0,90	3,50	1,76
in % Pil	6,99	6,74	6,57	6,38	6,39	6,30
in % spesa corrente primaria	15,61	15,28	15,31	15,08	15,33	15,45
Nadef 2023	<i>127.451</i>	<i>131.103</i>	<i>134.734</i>	<i>132.946</i>	<i>136.701</i>	<i>138.972</i>
variazione su anno prec	3,90	2,87	2,77	-1,33	2,82	1,66
in % Pil	6,99	6,74	6,57	6,24	6,21	6,11
in % spesa corrente primaria	15,61	15,28	15,31	14,85	15,07	15,15
Def 2023	<i>127.451</i>	<i>131.103</i>	<i>136.043</i>	<i>132.737</i>	<i>135.034</i>	<i>138.339</i>
variazione su anno prec	3,90	2,87	3,77	-2,43	1,73	2,45
in % Pil	7,13	6,87	6,74	6,31	6,21	6,17
in % spesa corrente primaria	15,65	15,33	15,35	14,98	15,01	15,13
LB 2023	<i>127.834</i>	<i>133.998</i>	<i>134.548</i>	<i>131.039</i>	<i>132.095</i>	
variazione su anno prec	4,17	4,82	0,41	-2,61	0,81	
in % Pil	7,17	7,04	6,76	6,31	6,14	
in % spesa corrente primaria	15,70	15,39	15,46	14,74	14,67	
Nadef 2022	<i>127.834</i>	<i>133.998</i>	<i>131.724</i>	<i>128.708</i>	<i>129.428</i>	
variazione su anno prec	4,17	4,82	-1,70	-2,29	0,56	
in % Pil	7,17	7,04	6,62	6,20	6,02	
in % spesa corrente primaria	15,70	15,39	15,14	14,48	14,37	
Def 2022	<i>127.834</i>	<i>131.710</i>	<i>130.734</i>	<i>128.872</i>	<i>129.518</i>	
variazione su anno prec	4,17	3,03	-0,74	-1,42	0,50	
in % Pil	7,20	7,00	6,65	6,32	6,15	
in % spesa corrente primaria	15,66	15,55	15,08	14,78	14,66	
Nadef 2021	129.449	125.708	123.554	124.428		
variazione su anno prec	4,84	-2,89	-1,71	0,71		
in % Pil	7,28	6,67	6,30	6,14		
in % spesa corrente primaria	15,54	15,20	14,93	14,89		
Def 2021	127.138	123.662	126.231	124.410		
variazione su anno prec	2,97	-2,73	2,08	-1,44		
in % Pil	7,31	6,74	6,63	6,33		
in % spesa corrente primaria	15,41	15,00	15,15	14,83		

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF vari anni

Il rilancio del sistema

Basteranno questi fondi per fare funzionare meglio la sanità pubblica? Finora qui si è discusso dell'incremento dei fondi, ma è allo zoccolo di partenza che bisognerebbe guardare. Il quale risulta molto basso: il finanziamento pro-capite equivalente nel 2024 sarebbe di soli 1.533 euro. È probabile che serviranno per far galleggiare il sistema sanitario ancora un anno, non per un vero rilancio, di cui c'è assoluta necessità. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza prevede investimenti strutturali e tecnologici per 20,2 miliardi di euro, ma le case e gli ospedali di comunità necessitano di almeno 20-25 mila infermieri per poter funzionare e trasformare la sanità territoriale – il vero nodo delle riforme. Alcuni studiosi e politici sostengono che un livello adeguato di spesa per l'Italia dovrebbe essere pari all'incidenza media sul Pil dei paesi Ocse o dell'Ue: al nostro paese mancherebbero almeno 50 miliardi di fondi. La Regione Emilia-Romagna ha avanzato una proposta di legge per impegnare il governo a stanziare 4 miliardi di euro ogni anno, dal 2023 al 2027, per raggiungere l'obiettivo del 7,5 per cento sul Pil entro il quinquennio. Sono proposte irrealistiche, ma è indubitabile che l'opinione pubblica e i partiti sia di governo che di opposizione assegnino oggi un'elevata priorità all'investimento di più risorse nella sanità pubblica.

Tuttavia, le maggiori risorse o si creano o si devono trovare. La via maestra per investire più risorse in sanità è attraverso (i) la crescita del Pil: se l'Italia spende meno di Francia e Germania, come spesso si cita (a sproposito), è semplicemente perché il loro livello di Pil è superiore al nostro rispettivamente del 17 e del 40 per cento. E così si dica per le retribuzioni di medici e infermieri, di professori e insegnanti – che noi tutti vorremmo guadagnassero di più. L'Italia potrà permettersi quel livello di spesa e di retribuzioni se e quando raggiungerà il loro Pil pro-capite. Più crescita economica significa più entrate fiscali per lo stato. In assenza di crescita, le risorse si possono trovare attraverso (ii) il recupero dell'evasione e dell'elusione fiscale, che in Italia sono scandalosamente alte o (iii) l'aumento della pressione fiscale: Tony Blair vinse le elezioni del 2001 chiedendo agli inglesi più tasse per portare la spesa del National Health Service dal 5,5 per cento del Pil alla media europea del 7 per cento (dopo la vittoria, lo fece realmente). Altre risorse si possono trovare (iv) riducendo gli sprechi e le inefficienze in sanità, che tutti denunciano come elevate, senza però introdurre misure conseguenti per intaccarle. Da ultimo, attraverso (v) nuovo debito: debito ex ante, previsto dalla legge di bilancio, e debito ex-post creato e sanato dalle regioni sotto il piano di rientro. Ha iniziato il governo Conte, durante la pandemia, con 3,8 miliardi di indebitamento ex-ante nel 2020 (portato poi a 7,3 miliardi), ed è proseguito con i successivi governi Draghi (14,4 miliardi) e Meloni (14,6 miliardi), fino a totalizzare oggi 36,3 miliardi euro. Nel 2024 coprirà ben 9,5 miliardi delle spese del Ssn. Sono le somme degli indebitamenti triennali contenuti nelle varie leggi di bilancio: quello del 2024, ad esempio, è la somma di 5,4 miliardi della legge di bilancio del 2022, di 2,3 miliardi di quella del 2023 e di 1,8 miliardi di quella del 2024. Se da un lato, il trend ascendente preoccupa, dall'altro testimonia l'attenzione di tutti i governi al tema della salute. Servirà tenere bene a mente queste cifre, per usare con responsabilità i soldi presi a prestito.

<https://lavoce.info/archives/102855/ma-i-fondi-per-la-sanita-sono-pochi-o-tanti/>

quotidianosanita.it

Ripensare la sanità senza una vera riforma non salverà il Ssn: più equità e più discontinuità

Emilio Didonè, Segretario generale Fnp Cisl pensionati

Il Ssn è un pilastro della nostra società che sta scricchiolando, per questo va difeso e preservato. Qui o ci salviamo tutti o non si salva nessuno perché tutti, prima o poi, avremo bisogno di usufruire del nostro Ssn pubblico che finora ha davvero garantito a tutti, ricchi e poveri, un uguale ed equo accesso alle cure. Non lasciamoci portare via questo bene prezioso che è patrimonio di tutti e da tutti deve essere salvato

22 NOV -

Liste di attesa. Giovanni, un anziano signore di 80 anni si presenta allo sportello di una struttura del Ssn: “Buongiorno, questa è la richiesta del mio medico curante che mi ha prescritto una visita oculistica abbastanza urgente, vedo male e tutto offuscato” – “Il primo posto libero è tra 10 mesi” - “Mi scusi, io non ci vedo e alla mia età non posso aspettare tanto tempo, come posso fare?” – “In alternativa può prenotare una visita privata a pagamento, il primo posto libero è tra tre giorni” – “E per un intervento alla cataratta quanto tempo dovrei aspettare?” – “Meglio chiedere all'oculista ma per un intervento alla cataratta si va dai 12 ai 18 mesi”.

Continuità assistenziale e dimissioni protette. “Buongiorno, voi siete i parenti della signora Maria?” – “Beh dottore, più che parenti noi siamo i vicini di casa da anni della signora Maria, 80 anni, vedova da oltre 20 anni e senza figli”. - “Questo è un problema perché noi, oggi, dobbiamo dimettere la signora Maria. Abbiamo bisogno del letto per fare posto a un altro malato grave che arriva dal pronto soccorso. E la dobbiamo dimettere, anche se non so come Lei potrà organizzarsi a casa, da sola, con i problemi motori che l’ictus cerebrale le ha causato”.

Due dialoghi immaginari, con persone immaginarie, ma che nella realtà capita spesso di sentire da persone che hanno avuto esperienze simili nella sanità italiana di oggi.

Il fronte delle liste di attesa in questo Paese non risparmia nessuna regione, da Nord a Sud. Nelle varie inchieste emergono casi in cui si aspettano 10 mesi per una prima visita dermatologica, quasi un anno e mezzo per una gastroscopia programmabile, dai 12 ai 18 mesi per un intervento alla cataratta. E questi sono solo alcuni esempi di tempi di attesa segnalati dai cittadini, che lamentano anche disfunzioni nei servizi di accesso e prenotazione, spesso determinati dal mancato rispetto dei tempi di priorità, dalle difficoltà a contattare telefonicamente il Cup, dall’impossibilità a prenotare per le liste d’attesa bloccate. In molti casi la conseguenza è la rinuncia a curarsi, e sono sempre di più gli italiani che rinunciano alle cure a causa delle lunghe liste d’attesa. Secondo l’Istat, l’anno scorso oltre 4 milioni di italiani (il 7% della popolazione) ha rinunciato a cure di cui aveva bisogno. E questo riguarda tutte le fasce d’età, senza distinzioni tra Nord e Sud.

Cresce la spesa privata a carico dei cittadini che possono pagare, e quelli che non possono non si curano. Nel 2021 la spesa sanitaria privata ha superato la soglia dei 37 miliardi, raggiungendo livelli mai visti prima della pandemia. A questi si devono sommare anche i 4,5 miliardi della sanità integrativa, sempre a carico degli assicurati, fissando così un nuovo dato “storico”: il 25% della spesa per la salute è a carico dei cittadini, vale a dire un euro su quattro lo tirano fuori di tasca gli italiani. Mentre la spesa pubblica, dopo essere balzata per i costi legati al Covid al 7,4% del Pil nel 2020 e al 7,2% nel 2021, sta scendendo rapidamente e passerà dal 6,6% al 6,4% del Pil per gli anni 2024-2025.

Intorno ad un intervento chirurgico c’è sempre una persona con la sua dignità. Le dimissioni, che dovrebbero essere un momento lieto, il ritorno finalmente a casa dopo un ricovero in ospedale, diventano talvolta fonte di angoscia per l’assistito e/o per i familiari, quando ci sono. A volte, al momento della comunicazione della “bella notizia”, il rientro a casa può rattristare e preoccupare quasi più del ricovero. Soprattutto se non si è completamente guariti, e magari sono presenti patologie debilitanti che assumono contorni di cronicità. A una persona anziana, tornare a casa può fare paura, soprattutto quando si vive soli. Il pensiero di solitudine, di fragilità, di non autosufficienza, di non avere più quella sicurezza rappresentata dal personale di reparto, di ospitalità, di risposta immediata ad ogni necessità spaventa, eccome!

E quando la decantata “appropriatezza” impone al medico ospedaliero di liberare un letto per acuti, il sistema sanitario, molto spesso, non prende in considerazione né l’età del ricoverato, né il contesto sociale e familiare in cui vive, che magari rendono difficile, se non impossibile, l’immediato rientro al domicilio. Pertanto, la necessità di continuità assistenziale, o di assistenza domiciliare, o di riabilitazione o di altre cure che il caso clinico e sociale richiederebbe, è molto spesso disattesa e il “prendersi cura della persona”, che il sistema deve costituzionalmente garantire a tutti i cittadini, è scaricato all’assistito e/o alla famiglia, quando è presente. Ecco che improvvisamente, da un giorno all’altro, ci si trova direttamente o indirettamente coinvolti a fare insieme da badante, volontario, caregiver (chi presta le cure e si prende cura) senza alcuna precisa indicazione.

Un vero e proprio “tsunami” per chi se ne fa carico senza la necessaria preparazione. Il prendersi cura di un coniuge, partner, figlio, genitore o altra persona cara non autosufficiente può diventare logorante, pieno di alti e bassi e di imprevisti che possono capitare quando si segue un malato di questo tipo. È un percorso reso ancora più complicato perché inevitabilmente accompagnato da stress fisico, sociale e gravoso anche dal punto di vista economico, e, senza precise indicazioni e adeguati sostegni psicologici, si rischia di “bruciarsi in fretta” anche se pervasi dai migliori propositi e intenzioni.

Un altro evidente “problema”, che non aiuta la buona integrazione tra assistenza sanitaria e sociale all’interno del nostro sistema sanitario e sociosanitario di welfare, è spesso anche il Medico di medicina generale (Mmg). Questo “professionista”, chiamato anche medico di famiglia, ha, purtroppo, perso nel tempo il suo ruolo fondamentale di “punto di riferimento” dell’assistito, sia dal punto di vista professionale e che sociale. Sempre più declassato è ormai percepito come semplice “burocrate e compilatore di ricette”. Nel sistema sanitario è stata fatta passare la logica di rivolgersi direttamente al medico specialista, che, di fatto, ha esautorato il Mmg da quel ruolo di “referente” per i bisogni sanitari dell’assistito. Dal mio osservatorio privilegiato assisto al “mercato” dei clienti che continuano a girare medici specialisti, da Sud a Nord del Paese. Ognuno di questi medici specialisti vede e analizza il problema dell’assistito con una logica ovviamente ristretta al settore di competenza. Quindi, si è persa nel tempo quella funzione del Mmg di aiutare l’assistito a distinguere, a comprendere la sua situazione clinica per poter avere una visione generale del suo stato di salute. Al riguardo, in Italia mancano 2.900 medici di base e nei prossimi due anni ne perderemo altri 3.400. Questo significa che due medici su cinque superano ampiamente il numero ottimale di pazienti che dovrebbero seguire, ossia 1.000. Le ultime proiezioni ipotizzano che nei prossimi dieci anni andranno in pensione 20.000 medici di medicina generale. È probabile una riduzione anche per i Pediatri di Libera Scelta (PLs); già oggi ne mancano almeno 840, e ognuno di quelli in servizio deve seguire almeno 100 bambini in più oltre la soglia massima fissata per legge di 800 piccoli.

I cambiamenti sociali, economici e soprattutto demografici, stanno modificando gli scenari assistenziali nel nostro Paese. Ci troviamo davanti ad una società sempre più anziana e la risposta ai suoi bisogni non può essere solo l'ospedale. Occorre potenziare il territorio con un nuovo modello di medicina territoriale, per cui servono nuove forme di accreditamento anche per strutture convenzionate, in grado di garantire un'assistenza di qualità ai pazienti più fragili e alle loro famiglie. Ma servono anche modelli meno burocratici e più orientati alla soluzione dei problemi più urgenti. La curva demografica disegna una piramide rovesciata, con oltre 15 milioni di anziani over 65, di cui la metà sono over 75. La maggioranza di loro vive sola o in compagnia di un altro anziano, entrambi affetti da qualche patologia cronica a carattere progressivo, che non si risolve con la semplice assunzione di farmaci, per quanto mirati. Hanno bisogno di un'assistenza sociosanitaria, e l'accento va posto proprio sull'aspetto sociale.

Negli ultimi 20 anni in Italia si sono chiusi ospedali senza affiancare interventi territoriali e residenziali, si sono tagliati migliaia di posti letto, si sono ridotti il numero di medici e infermieri, facendo finta di non vedere l'aumento della domanda di cure, conseguenza inevitabile dell'invecchiamento della popolazione.

L'assistenza sul territorio e le cure domiciliari per prendere in carico le persone con cronicità, fanno parte di un sistema ancora tutto da comporre, che presenta grandi disomogeneità nel Paese. E in questo contesto, il pronto soccorso dell'ospedale (preso d'assalto) è, ancora, oggi, il principale punto di riferimento in materia di assistenza sanitaria.

E nonostante le scelte "inopportune" della nostra politica, la sanità italiana, grazie alla professionalità e al senso di responsabilità dei suoi operatori in prima linea, è ancora oggi una delle migliori sanità del mondo. Sia per l'ottima posizione di cui ancora gode il nostro Paese in termini di mortalità, tra le più basse in Europa; sia per la speranza di vita alla nascita; sia per un livello di spesa sanitaria, pro capite, nettamente inferiore rispetto ai maggiori Paesi, non solo europei, con dati comparabili ai nostri.

In questo contesto di "malcontento" che si è diffuso dentro le strutture sanitarie e nel Paese, da dove ricominciare?

È vero che per la sanità c'è bisogno di più risorse economiche, ma quelle da sole non risolvono tutti i problemi. Non è solo un problema di soldi ma anche di come si spendono. Bisogna imparare a spendere meglio prima ancora che spendere di più. In primis occorre valorizzare i nostri medici, i nostri infermieri, evitando che emigrino all'estero in cerca di riconoscimento di ruolo, prima ancora che di aumenti di stipendio.

Più soldi sicuramente da destinare alle politiche socio sanitarie ma al tempo stesso servono più visioni e strategie a lungo termine. Discontinuità con il passato, quindi fare l'opposto rispetto alla strada intrapresa negli ultimi 20 anni dai diversi governi, che hanno favorito l'indebolimento del Ssn pubblico con logiche e meccanismi che hanno introdotto un disegno di lenta privatizzazione del sistema sanitario italiano. Serve una programmazione, una visione strategica che superi il limite dell'emergenza "qui e subito" e che sappia, con coraggio, prevedere un sistema sanitario e sociale a medio e lungo termine.

La sanità deve passare da "spesa" a "investimento" per il futuro del Paese. Quindi si richiede discontinuità, e bisogna avere il coraggio di sostituire la parola "spesa sanitaria e sociale" con "investimento sanitario e sociale", per incoraggiare un approccio più sereno dal punto di vista finanziario, dove è ovvio che le risorse non sono illimitate ma senza "strapparsi le vesti", ogniqualvolta in termini di bilancio, si teme per la sostenibilità del sistema Paese. E questa discontinuità chiama in causa la responsabilità di tutti i soggetti coinvolti: Regioni, Stato, Enti locali, professionisti, addetti ai lavori e cittadini "clienti".

Per alcuni aspetti la pandemia ha dato importanti indicazioni ai cittadini, agli addetti ai lavori, alla politica, alle Istituzioni. Innanzitutto, la drammatica esperienza ci ha fatto prendere, o meglio riprendere, coscienza di una evidenza indiscutibile: la salute del singolo, quella di ognuno di noi, non può essere più pensata come una faccenda puramente privata, o al massimo familiare. Oggi l'epidemia ci ha reso consapevoli che la salute ha tutte le caratteristiche di per essere considerata un bene comune globale. Lo ha detto anche Papa Francesco qualche tempo fa: "nessuno si salva da solo".

Occorre costringere la politica a scendere allo scoperto. A dire con chiarezza quale modello di Ssn pubblico e universalistico propone per il prossimo futuro, quali competenze deve avere il pubblico e quale ruolo deve avere il privato, quale sarà il preciso ruolo dello Stato, delle Regioni e dei Comuni.

Occorre costringere la politica a dichiarare guerra all'evasione fiscale, al malaffare, alla corruzione con provvedimenti concreti, perché solo con il contributo della fiscalità generale si possono trovare risorse adeguate a finanziare un sistema sanitario e di welfare realmente pubblico, equo e universalistico. Il modello di un servizio sanitario pubblico così concepito, è una conquista sociale e di civiltà irrinunciabile per tutti i cittadini che, come sancito dalla nostra Costituzione, hanno pari dignità e sono eguali davanti al Ssn, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

Bisogna convincere i cittadini che la tutela della salute è uno dei cardini della sicurezza globale di ogni Paese e del mondo. Quest'idea dovrebbe diventare "voce" di ogni cittadino e il servizio sanitario deve tornare al centro del dibattito pubblico. Se questo non accadrà, per quanto il nuovo Ministro si sforzi, la sanità rimarrà ai margini del confronto politico. Tutti a parole sono a favore della sanità pubblica ma pochi sono disponibili poi a rischiare in proprio per il bene comune.

I principi fondanti del nostro Ssn, universalità, uguaglianza, equità delle cure vengono ogni giorno disattesi senza che si prenda consapevolezza dei danni che si stanno creando, con le differenze tra chi può pagare le cure e chi no, tra chi risiede a Bolzano e chi a Reggio Calabria.

Da tempo abbiamo proposto un “tavolo di confronto” tra Governo, sindacati, istituzioni e rappresentanze sociali per promuovere la salvaguardia del Ssn pubblico, anche se non tutti i soggetti hanno la stessa visione di salute pubblica. In questa azione comune di salvaguardia del Ssn è necessario coinvolgere anche i cittadini, forse ancora poco consapevoli di quanto stanno perdendo ma, allo stesso tempo, arrabbiati con gli operatori sanitari, convinti che siano i medici e gli infermieri a negare loro le cure nei tempi e nei modi necessari.

Il Ssn è un pilastro della nostra società che sta scricchiolando, per questo va difeso e preservato. Qui o ci salviamo tutti o non si salva nessuno perché tutti, prima o poi, avremo bisogno di usufruire del nostro Ssn pubblico che finora ha davvero garantito a tutti, ricchi e poveri, un uguale ed equo accesso alle cure.

Non lasciamoci portare via questo bene prezioso che è patrimonio di tutti e da tutti deve essere salvato. Nel frattempo, in attesa di risposte concrete e coerenti da questo Governo, lancio uno slogan: “Salviamo il nostro Ssn pubblico e universalistico per le future generazioni”, consapevole che in mezzo a tante difficoltà nascono anche importanti opportunità.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=118485

quotidianosanita.it

Manovra. Istat: “Le lunghe liste d’attesa sono la principale barriera di accesso alle cure”

di G.R.

Dalle indagini Istat sulla popolazione si rileva infatti una riduzione della quota di persone che ha effettuato visite specialistiche (dal 42,3% nel 2019 al 38,8% nel 2022) o accertamenti diagnostici (dal 35,7% al 32,0%); nel Mezzogiorno quest’ultima riduzione raggiunge i 5 punti percentuali. Un altro dei fattori di criticità riguarda la bassa coerenza fra l’allocazione della spesa per le cure e la prevenzione sanitaria a livello regionale e le condizioni di salute della popolazione. Penalizzate soprattutto le Regioni del Sud.

14 NOV -

Le lunghe liste d’attesa continuano a rappresentare il principale ostacolo all’accesso ai servizi sanitari. Si riduce invece la percentuale di popolazione che rinuncia alle cure per motivi economici. Si registrano differenze territoriali nella dotazione di medici e infermieri e una “bassa coerenza” fra l’allocazione della spesa per le cure e il livello di salute della popolazione, a scapito in particolare delle Regioni del Sud.

Questo quanto emerso dall’audizione dell’Istat di ieri sulla manovra, presso le commissioni riunite Bilancio di Camera e Senato.

*Come dicevamo, uno dei fattori di criticità denunciato riguarda “la **bassa coerenza fra l’allocazione della spesa per le cure e la prevenzione sanitaria a livello regionale e le condizioni di salute della popolazione**”, ovvero il bisogno potenziale da soddisfare dal sistema sanitario pubblico. In particolare, le regioni più penalizzate (spesa inferiore e percentuale maggiore di multi-cronici) sono Calabria, Basilicata, Sicilia, Abruzzo, Puglia e Campania; le Province autonome di Bolzano e Trento, Valle d’Aosta, Molise, Veneto e Lombardia risultano invece più avvantaggiate.*

Personale sanitario

Il livello medio della spesa tra il 2012 e il 2021 per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale è stato di poco inferiore ai 36.100 milioni di euro, con un incremento medio annuo dello 0,5%.

La dotazione di medici e infermieri dipendenti del Servizio sanitario nazionale palesa differenze significative tra le aree del Paese. Nel 2021, il numero più elevato di medici in relazione alla popolazione residente si riscontra nelle Isole, con tassi di circa 20 medici ogni 10mila abitanti; all’estremo opposto si collocano le Regioni del Nord- ovest nelle quali i medici sono poco più di 15 per 10mila abitanti. Dal 2016 al 2021, la quota dei medici cresce significativamente nelle Regioni del Centro, passando da 16,6 a 18,7 per 10mila abitanti; incrementi di minore entità si registrano nel Sud e nel Nord-est, mentre nelle restanti ripartizioni la dotazione rimane sostanzialmente stabile.

Sempre nel 2021, la dotazione maggiore di personale infermieristico si riscontra nelle Regioni del Nord-est, con

58,2 infermieri per 10mila abitanti; al contrario nelle regioni del Sud la dotazione si attesta a 37,5 ogni 10mila abitanti. L'andamento osservato dal 2016 al 2021 evidenzia una costante crescita in tutte le aree del Paese, ad eccezione delle Isole dove presenta un trend in leggera diminuzione. L'incremento maggiore si rileva nelle Regioni del Nord-est, passate da 53,2 a 58,2 infermieri ogni 10mila abitanti; la lieve riduzione osservata nelle Isole ha portato la dotazione da 38,4 a 37,9 infermieri ogni 10mila abitanti.

Le differenze territoriali osservate rispetto al personale medico e infermieristico pubblico sono solo in parte spiegabili con la diversa composizione pubblico-privato convenzionato dell'offerta di strutture. Infatti, mentre la dotazione di infermieri che opera nel settore pubblico decresce all'aumentare della quota di strutture private convenzionate, quella dei medici non sembra legata a questa dinamica, restando sostanzialmente stabile al variare della composizione dell'offerta.

Anche per i medici di medicina generale (Mmg) e i pediatri di libera scelta (Pls) si rilevano differenze significative sul territorio, in particolare il tasso di Mmg più basso si riscontra nelle regioni del Nord, dove si attesta a poco più di 6 medici per 10mila abitanti; nelle Isole la quota si attesta a 7,8. La dotazione di Pls è superiore nelle Isole, 10 pediatri ogni 10mila bambini sotto i 15 anni, e inferiore nelle Regioni del Nord-ovest (8,3).

In generale, l'offerta di medici di medicina generale, osservata dal 2011 al 2021, palesa un trend in sensibile diminuzione in tutte le aree del Paese con una riduzione media annua dell'1,2%, leggermente più elevata nelle Regioni del Nord-ovest (-1,4%). Per effetto di queste dinamiche, la percentuale di Mmg che assistono un numero di pazienti superiore al valore soglia stabilito dall'accordo nazionale è andata aumentando in maniera significativa (dal 15,8% del 2004 al 38,2% nel 2020).

Sempre tra il 2011 e il 2021, risulta sostanzialmente stabile il trend dei Pls, che non evidenziano dinamiche significative, anche per la riduzione della popolazione assistita nella fascia di età sotto i 15 anni sperimentata in questo periodo.

Accessibilità delle cure

Nel 2022, la quota di persone che ha dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie ritenute necessarie si attesta al 7,0%, una percentuale simile a quella rilevata nel 2018 (7,2%), ma più contenuta dei due anni critici del 2020 e del 2021. Nel confronto tra il 2022 e gli anni pregressi della pandemia, emerge un'inequivocabile barriera all'accesso costituita dalle lunghe liste di attesa, che nel 2022 diventa il motivo più frequente (il 3,8% della popolazione), a fronte di una riduzione della quota di chi rinuncia per motivi economici (era 4,3% nel 2019 e scende al 2,9% nel 2022).

Nel 2022, le prestazioni sanitarie fruite sono, inoltre, più contenute rispetto al periodo pre-pandemico. Dalle indagini Istat sulla popolazione si rileva infatti una riduzione – diffusa a tutte le ripartizioni – della quota di persone che ha effettuato visite specialistiche (dal 42,3% nel 2019 al 38,8% nel 2022) o accertamenti diagnostici (dal 35,7% al 32,0%); nel Mezzogiorno quest'ultima riduzione raggiunge i 5 punti percentuali. La flessione riguarda tutte le fasce d'età, ma è maggiore nelle età anziane, con riduzioni di 6 punti per le donne, e comunque anche tra i minori che ricorrono a visite specialistiche (-6 p.p.) o tra le donne adulte per gli accertamenti.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118257

Esame del disegno di legge recante
"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e
bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026"
(A.S. 926)

Audizione del Presidente *f.f.* dell'Istituto nazionale di statistica
Prof. Francesco Maria Chelli

Commissioni congiunte
5ª Commissione (Programmazione economica, bilancio)
del Senato della Repubblica
V Commissione (Bilancio, tesoro e programmazione)
della Camera dei Deputati
13 novembre 2023

<https://www.cantiereterzosettore.it/nazionale/monitoraggio-legislativo-nazionale-dal-6-al-10-novembre-2023/>

quotidianosanita.it

Il personale del Ssn tra razionamento e riorganizzazione dei servizi.

Avviare un cambiamento difficile ma generativo

Francesco Longo, CERGAS, SDA Bocconi

Alberto Ricci, CERGAS, SDA Bocconi

27 NOV - Il Ssn rappresentato dal Rapporto OASI 2023 si trova oggi di fronte a uno scenario di grande tensione. Un finanziamento che, nei prossimi anni, si attesterà tra il 6% e il 6,5% del PIL, almeno tre punti al di sotto di Francia, Germania, Regno Unito. L'elevata inflazione. La crescita de bisogni, inevitabile alla luce delle previsioni Istat che

prefigurano una crescita della popolazione over65 da 14 a 19 milioni nei prossimi vent'anni, di cui 6 milioni che vivranno soli. Infine, sono fattori cruciali di tensione l'anzianità e la carenza di personale. La carenza, pur attenuata nel biennio della pandemia (+3% di nuovi dipendenti tra 2019 e 2021), è esacerbata da alcuni squilibri interni per i quali non si intravedono inversioni di tendenza.

Nei prossimi 6-7 anni la nuova programmazione delle facoltà di Medicina e delle scuole di specializzazione riporterà gli organici medici in linea o al di sopra rispetto al resto d'Europa. Alcune carenze continueranno probabilmente a manifestarsi in specifiche discipline come emergenza-urgenza, anestesia e rianimazione, o medicina di laboratorio. Tuttavia, la criticità più macroscopica sarà la ridotta dotazione infermieri, già oggi al di sotto di tutti gli altri grandi Paesi occidentali, a causa della carenza strutturale di "vocazioni", e quindi indipendentemente dal numero di posti disponibili in università. Nel 2023, le facoltà di medicina offriranno al settore tanti medici quanti infermieri (10.000 circa), quando il fabbisogno dei secondi è circa 2,5-3 volte quello dei primi, anche considerando solamente la sostituzione degli attuali occupati. Infine, per molte delle 23 professioni sanitarie non mancano i candidati, che, però, non vengono ritenuti fungibili per alcune funzioni di cura e assistenza, attualmente di esclusiva competenza degli infermieri o di altre professioni sanitarie sempre più ricercate.

Davanti a tale scenario sono possibili due diverse risposte da parte di chi, a livello regionale e aziendale, non decide l'entità sostanziale del finanziamento del SSN: il razionamento o la riorganizzazione.

Gli interventi di razionamento riducono al margine le singole voci di costo, o quantomeno ne frenano la crescita, cercando di mantenere gli stessi volumi erogativi. Questo approccio può fare leva sul tema della lotta allo spreco, che non sarà mai ridotto a zero. I criteri di valutazione dell'operato manageriale sono semplici: un migliore rapporto tra volumi di servizio e risorse erogate e l'equilibrio economico sanciscono il successo.

La riorganizzazione, all'opposto, è un processo di cambiamento più profondo, che agisce su più leve e in maniera più sofisticata. Si tratta di definire le priorità di intervento, studiare i percorsi di accesso, riallocare le risorse, rimodulare i ruoli professionali, sviluppare e diffondere nuove competenze tecniche e gestionali. Questo approccio valuta il proprio successo attraverso dimensioni più difficili da misurare: il tasso di copertura dei bisogni, l'equità degli accessi, la qualità dei servizi,

Quale strada imboccare? Proviamo a delineare un esempio tanto pratico quanto attuale: le difficoltà dei servizi di emergenza-urgenza e, per la prospettiva della riorganizzazione, gli spunti offerti dai progetti di riforma avviati da Lombardia ed Emilia Romagna.

Secondo la logica del razionamento, si può cercare di rispondere alla carenza di risorse e di personale, specialmente di medici dell'emergenza-urgenza, coinvolgendo nei pronto soccorso medici a gettone di altre discipline. Man mano che il vincolo delle risorse si acuisce, si possono ridurre progressivamente gli organici, l'ampiezza dei servizi di supporto e l'intensità assistenziale, aumentando le attese e le insoddisfazioni dei pazienti. Questi ultimi continuano ad affluire senza filtri verso modelli di servizio ormai profondamente inadeguati.

Secondo la logica della riorganizzazione, si tratta, innanzitutto, di comprendere lo squilibrio tra la massa di domanda non governata che grava sui PS, da un lato, e la scarsità di accessi in continuità assistenziale, dall'altro. Bisogna creare setting più appropriati e diversificati in relazione al bisogno dei pazienti, distinguendo, a partire dalla porta di ingresso e dal luogo erogativo, tra codici rossi e gialli da un lato e codici bianchi e verdi dall'altro. I primi dovranno essere presi in carico in PS, da medici dell'emergenza-urgenza. I secondi saranno indirizzati verso ambulatori per le urgenze a bassa complessità dove verranno presi in carico dai medici delle cure primarie o con altra formazione, oltre che ovviamente da infermieri. Un simile cambiamento è possibile ragionando e costruendo sui canali di accesso: valorizzando il primo contatto telefonico e la possibilità, in alcuni casi, di effettuare triage e interventi di telemedicina, grazie a nuove funzioni digitali centralizzate e disponibili da remoto per tutti gli utenti.

Si tratta di un semplice esempio, che però può rendere l'idea della logica di fondo. La difficoltà gestionale è probabilmente simile tra processi di riorganizzazione, che devono affrontare stakeholder resistenti al cambiamento ma possono essere generativi, e scelte conservative di razionamento, che ricercano la sopravvivenza di modelli di servizio incoerenti e insostenibili nel contesto epidemiologico ed economico dato.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento_id=18620

Europa, Forum Disuguaglianze e Diversità: “Soddisfatti che il Panel Stoa del Parlamento Ue abbia respinto il tentativo di ostacolare la pubblicazione di uno studio indipendente sui farmaci”

Grazie alla necessità di fare luce sul caso, sollevata dal ForumDD e condivisa da diverse europarlamentari, il Panel Stoa del Parlamento europeo ha respinto il tentativo di ostacolare la pubblicazione di uno studio rigoroso, favorevole a una forte iniziativa pubblica in ambito farmaceutico, commissionato dal parlamento stesso nell’ambito del dibattito sulla revisione del settore. Il Panel STOA ha deciso ([qui link della registrazione](#)) di pubblicare finalmente in modo ufficiale lo studio “Improving access to medicines and promoting pharmaceutical innovation” dei ricercatori Simona Gamba, (Università degli Studi di Milano), Laura Magazzini (Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa) e Paolo Pertile (Università di Verona), che il 30 ottobre scorso era stato rimosso dal sito istituzionale Ue a soli tre giorni dalla prima pubblicazione

Il Forum Disuguaglianze e Diversità esprime soddisfazione per la decisione presa ieri mattina dal **Panel STOA del Parlamento europeo** ([qui link della registrazione](#)) di **pubblicare finalmente in modo ufficiale** lo studio “Improving access to medicines and promoting pharmaceutical innovation” dei ricercatori **Simona Gamba**, (Università degli Studi di Milano), **Laura Magazzini** (Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa) e **Paolo Pertile** (Università di Verona), che il 30 ottobre scorso era stato rimosso dal sito istituzionale Ue a soli tre giorni dalla prima pubblicazione. Il Panel Stoa del Parlamento europeo ha così respinto il tentativo di ostacolare la pubblicazione di uno **studio rigoroso, favorevole a una forte iniziativa pubblica in ambito farmaceutico**, commissionato dal parlamento stesso nell’ambito del dibattito sulla revisione del settore.

La necessità di fare luce sul caso, sollevata dal ForumDD il 1 novembre scorso, ieri mattina, nel corso della riunione del Panel Stoa, è stata condivisa da **diverse europarlamentari** – l’italiana **Patrizia Toia**, la portoghese **Maria Manuel Leitão Marques**, la spagnola **Lina Gálvez Muñoz** (tutte e tre del gruppo dell’Alleanza progressista di Socialisti e Democratici), l’italiana **Rosa D’Amato** e la francese **Michèle Rivasi** (entrambe del Gruppo dei Verdi/Alleanza libera europea) – che **hanno protestato per la rimozione dello studio e posto numerose domande** nel corso dei propri interventi.

Dalle risposte fornite alle europarlamentari dal segretariato dello Stoa è emerso che a fine ottobre, l’European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), la lobby europea dell’industria farmaceutica, ha inviato due mail con osservazioni sullo studio all’europarlamentare Pernille Weiss mettendo in copia anche il segretariato. Quest’ultimo ha dichiarato di non sapere chi tra gli europarlamentari abbia mandato lo studio ancora in bozza, che tutti gli europarlamentari lo avrebbero ricevuto prima della pubblicazione e che comunque a quelle mail non è stata data alcuna risposta e che quindi non hanno avuto alcuna diretta influenza. **Nel pomeriggio lo studio definitivo, le domande poste dagli europarlamentari e le risposte fornite dagli autori, sono state pubblicate sul sito istituzionale del Parlamento Ue** ([lo trovate qui](#)).

Il ForumDD ritiene che l’attenzione sollevata sul caso dalle europarlamentari e la decisione del Panel di ripubblicare lo studio siano una **notizia importante**, che segna un risultato non solo per il ForumDD e per le altre organizzazioni che hanno chiesto di fare luce sull’accaduto o per la stampa indipendente che ha seguito con accuratezza il caso, ma per l’intera cittadinanza perché un dibattito che riguarda tutti e tutte come quello sulla **revisione della legislazione sui farmaci**, adesso in discussione al Parlamento europeo, potrà contare su questo studio rigoroso per valutare quale sia la direzione da intraprendere per **rafforzare l’interesse pubblico in tema di salute**.

Il ForumDD ricorda che **lo studio individua le proposte più funzionali** a facilitare l’accesso ai farmaci, soprattutto nelle aree cliniche dove gli investimenti dell’industria farmaceutica sono insufficienti, e a stimolare l’innovazione,

superando gli ostacoli alla circolazione della conoscenza, **con lo scopo di riequilibrare il parziale disallineamento attuale tra le priorità dell'industria farmaceutica e gli obiettivi di salute pubblica.**

L'Unione europea, secondo lo studio, trarrebbe vantaggio da un maggior coordinamento dei diritti di proprietà intellettuale e dalla possibilità per i Paesi Membri di aderire a una procedura di acquisto centralizzata a livello europeo, dalla revisione degli incentivi e dalla creazione di **un'infrastruttura pubblica europea per vaccini e farmaci** che per il ForumDD è la soluzione per anteporre gli interessi della collettività a quelli delle imprese private in un settore decisivo per la giustizia sociale e ambientale, come quello della salute. Il ForumDD continuerà a seguire la discussione in merito alla revisione della legislazione farmaceutica.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcqzGwHpShPlfbLtVQJncfJDXLbKTI>

One Health, clima e salute



23.200 morti per il calore nel 2022: i dati del Rapporto Lancet Countdown sulla crisi climatica

Nell'articolo "Crisi Climatica: un Grave Monito per la COP28 a Dubai," si analizza il report Lancet Countdown e un articolo di Delger Erdenesanaa del New York Times. Il report mostra un aumento preoccupante delle morti per calore, specialmente tra anziani e neonati, e perdite economiche a causa del caldo estremo.

Andrea Dari

Il rapporto di Lancet sulla Crisi Climatica è un monito cruciale per la COP28 a Dubai

Nel suo recente articolo sul New York Times, "Health Risks Linked to Climate Change Are Getting Worse, Experts Warn", **Delger Erdenesanaa** lancia un allarme riguardo i rischi per la salute in peggioramento a causa del cambiamento climatico.

Questo evidenzia le importanti informazioni dell'ultimo **LANCET Countdown**, un'indagine approfondita condotta dall'University College di Londra, che rappresenta il lavoro di 114 esperti provenienti da 52 di ricerca e agenzie Onu di tutto il mondo, tra cui l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e l'Organizzazione meteorologica mondiale (Omm) che presenta 47 indicatori che includono metriche nuove e migliorate per monitorare l'inquinamento atmosferico domestico, il finanziamento dei combustibili fossili, e l'impegno delle organizzazioni internazionali sui benefici per la salute derivanti dalla mitigazione del clima.

I risultati offrono un quadro inquietante della nostra attuale crisi climatica, sottolineando la necessità di azioni decisive alla prossima COP28 a Dubai.

L'articolo di Erdenesanaa rivela statistiche sconcertanti: "le morti legate al calore delle persone con più di 65 anni sono aumentate dell'85% dagli anni '90."

Questo gruppo, insieme ai neonati, è particolarmente vulnerabile alle temperature estreme, ora sperimentando il doppio dei giorni di ondate di calore annui rispetto al periodo 1986-2005.

Questi dati sono un triste promemoria del costo umano del nostro pianeta in riscaldamento.

L'impatto finanziario è altrettanto allarmante.

Nel 2022, il calore estremo ha portato a **perdite di reddito globali stimate fino a 863 miliardi di dollari.**

Inoltre, nel 2021, ulteriori 127 milioni di persone hanno affrontato insicurezza alimentare moderata o grave a causa di ondate di calore e siccità, un netto aumento rispetto al periodo 1981-2010.

Marina Romanello, direttrice esecutiva del rapporto, sottolinea: "Abbiamo perso anni preziosi di azione sul clima e questo è costato enormemente in termini di salute."

Gli Stati Uniti non fanno eccezione a queste tendenze. "Le morti legate al calore degli adulti di 65 anni e più sono aumentate dell'88% tra il 2018 e il 2022", portando a circa 23.200 morti nel solo 2022. Questi non sono solo numeri, ma persone reali che soffrono le conseguenze del nostro ambiente in cambiamento. Come riflette la Dr.ssa Renee Salas, coautrice del rapporto, "Questi numeri mi ricordano i pazienti anziani che vedo nel mio ospedale con colpi di calore."

Le proiezioni del Lancet Countdown sono un monito severo: **un aumento della temperatura media globale di 2 gradi Celsius potrebbe portare a un aumento del 370% delle morti legate al calore entro la metà del secolo.**

Tuttavia, il rapporto porta anche un barlume di speranza, mostrando che la riduzione dell'inquinamento da combustibili fossili, in particolare del carbone, ha diminuito del 15% le morti da inquinamento atmosferico dal 2005.

In vista della COP28, questo rapporto dovrebbe fungere da punto di riferimento critico per i leader mondiali.

Il declino degli indicatori di salute pubblica a causa del cambiamento climatico richiede azioni immediate e concrete al di là delle semplici dichiarazioni di intenti.

È tempo di riconoscere che la nostra continua dipendenza dai combustibili fossili non solo mette in pericolo il nostro pianeta, ma minaccia direttamente la salute e la sopravvivenza umana.

Il settore sanitario e le politiche globali devono adattarsi rapidamente al nostro mondo in riscaldamento. "Se non siamo stati in grado di far fronte oggi, è probabile che non saremo in grado di far fronte in futuro", avverte la Dr.ssa Romanello.

Pertanto, la COP28 a Dubai deve dare priorità a piani di azione climatica che includano impegni forti per ridurre drasticamente le emissioni di gas serra e passare a fonti di energia pulita e sostenibile. La salute del nostro pianeta e dei suoi abitanti dipende dalle decisioni prese in questi incontri cruciali.

Ci troviamo in un momento cruciale nella nostra lotta contro il cambiamento climatico.

Le intuizioni del rapporto Lancet Countdown dovrebbero non solo guidare le discussioni alla COP28, ma anche ispirare un'azione collettiva per salvaguardare il nostro futuro.

E il recente accordo di Sunnylands

È ora di un'azione climatica decisiva e focalizzata sulla salute.

<https://www.ingenio-web.it/articoli/topic/cambiamenti-climatici/>

THE LANCET

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

CONTO ALLA ROVESCIA | PRIMA IN LINEA

Il rapporto 2023 di *Lancet* Countdown su salute e cambiamenti climatici: l'imperativo di una risposta incentrata sulla salute in un mondo che si trova ad affrontare danni irreversibili

Marina Romanello, PhD • Claudia di Napoli, dottore di ricerca • Carole Green, MPH • Harry Kennard, Ph.D • Pete Lampard, dottore di ricerca • Daniel Scamman, PhD • et al. [Mostra tutti gli autori](#) • [Mostra le note a piè di pagina](#)

Pubblicato: 14 novembre 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7) [Check for updates](#)

The **Lancet** Countdown è una collaborazione di ricerca internazionale che monitora in modo indipendente gli impatti in evoluzione dei cambiamenti climatici sulla salute e le opportunità sanitarie emergenti dell'azione per il clima. Giunto alla sua ottava edizione, questo rapporto del 2023 si avvale delle competenze di 114 scienziati e operatori sanitari provenienti da 52 istituti di ricerca e agenzie delle Nazioni Unite in tutto il mondo per fornire la valutazione più completa finora.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01859-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01859-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)
quotidianosanita.it

Cop28. Decessi over 65 per il caldo incrementati del 70%. Le morti per inquinamento atmosferico sono 7 milioni ogni anno. Da Oms richiesta di "un'azione urgente su clima e salute"

Riconoscendo il gap finanziario nei sistemi sanitari, la comunità sanitaria chiede maggiori finanziamenti da nuove fonti. L'appello è quello di disinvestire e porre fine ai sussidi per i combustibili fossili e di mobilitare nuovi fondi per sostenere i sistemi sanitari nella gestione del cambiamento climatico. "L'eredità della COP 28 sarà l'impegno per un pianeta più sano, in cui gli argomenti sanitari a favore dell'azione per il clima non solo vengano ascoltati ma portino a risultati tangibili".

28 NOV -

In vista della COP28, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), insieme alla comunità sanitaria globale, sta alzando la voce per garantire che l'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute sia al centro dei negoziati: "È imperativo ampliare l'attenzione alla salute umana nelle discussioni globali, senza lasciare spazio a scuse, e costringere i negoziatori a riconoscere che hanno la responsabilità del benessere del nostro bene più prezioso: la salute delle popolazioni in tutto il mondo".

"Dare priorità alla salute non è solo una scelta; è il fondamento di società resilienti - **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, direttore generale dell'Oms -. Dobbiamo cambiare la narrazione e dimostrare gli enormi benefici di un'azione climatica più coraggiosa sulla nostra salute e sul nostro benessere".

Gli eventi meteorologici estremi avvenuti in tutto il mondo negli ultimi mesi offrono uno sguardo terrificante su ciò che ci aspetta in un mondo in rapido riscaldamento. Il rapporto dell'Ipcc afferma che circa 3,5 miliardi di persone – quasi la metà dell'umanità – vivono in aree altamente vulnerabili ai cambiamenti climatici. **Secondo i dati dell'Oms, i decessi legati al caldo tra le persone di età superiore ai 65 anni sono aumentati del 70% in tutto il mondo in due decenni.** Solo uno sforzo drammatico e dedicato per limitare il riscaldamento a 1,5°C potrà impedire un futuro molto peggiore di quello che vediamo ora.

Anche gli eventi meteorologici estremi sempre più frequenti e gravi, come siccità, inondazioni e ondate di caldo, metteranno a dura prova le infrastrutture sanitarie. Le inondazioni dello scorso anno in Pakistan hanno provocato lo sfollamento di 8 milioni di persone e ne hanno colpite complessivamente 33 milioni. Le previsioni della Banca Mondiale indicano che senza un'azione coraggiosa e immediata, il cambiamento climatico potrebbe sfollare circa 216 milioni di persone entro il 2050.

Mentre la crisi climatica mette a repentaglio vite e mezzi di sussistenza, i sistemi alimentari globali faticano a sostenere una popolazione in crescita e le risorse idriche compromesse aggravano le sfide. **Parallelamente, il cambiamento climatico sta catalizzando un'ondata di malattie infettive come la dengue e il colera, mettendo in pericolo milioni di persone.**

"Ora è il momento di un'azione decisiva e collaborativa per mitigare gli impatti sulla salute della crisi climatica e costruire un futuro sostenibile per tutti - scrive l'Oms -. Poiché il cambiamento climatico rappresenta una sfida senza precedenti per i sistemi sanitari di tutto il mondo, è anche imperativo rafforzare i nostri sistemi affinché siano resilienti, a basse emissioni di carbonio e sostenibili. La mancata azione rapida renderà i sistemi sanitari di tutto il mondo vulnerabili agli enormi impatti dei cambiamenti climatici.

Il cambiamento climatico non è una minaccia lontana; è un pericolo attuale che colpisce la nostra salute su più fronti. La comunità sanitaria afferma che il cambiamento climatico sta già influenzando la nostra salute, contribuendo alla diffusione di malattie infettive e malattie trasmesse da vettori. C'è un urgente bisogno che i negoziatori comprendano che il cambiamento climatico è una minaccia diretta alla salute globale che non può più essere ignorata o minimizzata" "Adattare i nostri sistemi sanitari significa potenziare interventi chiave come il controllo dei vettori, la sorveglianza epidemiologica e l'accesso all'acqua sicura e ai servizi igienico-sanitari - prosegue l'Oms -. Inoltre, la formazione del personale sanitario è fondamentale ed è necessario il sostegno per allineare i sistemi sanitari con le linee guida incluse nel quadro operativo dell'Oms per la costruzione di sistemi sanitari resilienti ai cambiamenti climatici e a basse emissioni di carbonio".

Per ridurre l'impatto negativo sulla salute, la comunità sanitaria sottolinea l'importanza di ridurre e arrestare le emissioni. **Secondo l'Oms, 7 milioni di morti premature ogni anno sono attribuite all'inquinamento atmosferico.** "Sono necessarie misure urgenti di mitigazione, inclusa la transizione verso fonti di energia pulita, per proteggere la salute umana e creare risultati sostenibili. La comunità sanitaria riconosce il ruolo svolto dai sistemi sanitari nel contribuire alle emissioni e sostiene l'ecologizzazione del settore sanitario. Ciò comporta la decarbonizzazione dei sistemi sanitari, la digitalizzazione della medicina e l'implementazione di pratiche sostenibili negli ospedali e nelle strutture sanitarie per ridurre significativamente le emissioni globali del 5% attribuite al settore sanitario".

Oltre 1 miliardo di persone in tutto il mondo sono servite da strutture sanitarie con elettricità inaffidabile o senza elettricità. Per i paesi a basso reddito che non hanno accesso all'elettricità, la comunità sanitaria chiede un'accelerazione dell'accesso all'energia pulita. L'Oms sta lavorando con i partner per accelerare l'elettrificazione delle strutture sanitarie

attraverso le energie rinnovabili e per armonizzare le forniture mediche e guidare un cambiamento trasformativo verso fonti energetiche più pulite, servizi migliori e una minore dipendenza dal diesel e dal gas.

Riconoscere la disparità finanziaria nei sistemi sanitari

Riconoscendo il gap finanziario nei sistemi sanitari, la comunità sanitaria chiede maggiori finanziamenti da nuove fonti. **L'appello è quello di disinvestire e porre fine ai sussidi per i combustibili fossili e di mobilitare nuovi fondi per sostenere i sistemi sanitari nella gestione del cambiamento climatico.**

L'Alleanza per l'azione trasformativa sul clima e la salute (Atach) guidata dall'Oms è impegnata a realizzare gli obiettivi fissati alla COP26 sfruttando l'influenza collettiva degli Stati membri dell'Oms e delle parti interessate per promuovere sistemi sanitari resilienti ai cambiamenti climatici. ATACH si concentra anche sull'identificazione delle esigenze di finanziamento.

Con il settore sanitario alle prese con sfide senza precedenti, è imperativo affrontare l'evidente disparità nel sostegno finanziario. Attualmente, il settore riceve solo lo 0,5% dei finanziamenti globali per il clima. Per affrontare efficacemente le numerose sfide future – dall'attuale crisi sanitaria globale al panorama in continua evoluzione della ricerca medica e dei progressi tecnologici – un aumento sostanziale delle risorse non è solo giustificato ma essenziale. Moltiplicando il sostegno finanziario, possiamo rafforzare la capacità del settore di innovare, adattarsi e fornire cure ottimali, garantendo un'infrastruttura sanitaria resiliente per le sfide di oggi e le incertezze di domani.

Appello urgente dell'Oms per un'azione per il clima e la salute alla COP28

Mentre il mondo si unisce alla COP28, la comunità sanitaria chiede un'azione decisiva. "Esortiamo i negoziatori a riconoscere che l'azione per il clima è un'azione per la salute e che l'incapacità di affrontare questa realtà avrà profonde conseguenze per il benessere delle generazioni attuali e future".

L'appello all'azione dell'Oms unisce la comunità sanitaria nel chiedere l'impegno a costruire sistemi sanitari resilienti, ridurre le emissioni e dare priorità alla salute. La prima Giornata della Salute è destinata a elevare il profilo globale del nesso tra clima e salute e a integrare la salute nell'agenda del cambiamento climatico.

Giornata della Salute e sessione ministeriale

La prima Giornata della Salute è destinata a elevare il profilo globale del nesso tra clima e salute e a integrare la salute nell'agenda del cambiamento climatico. Per la prima volta in assoluto, un numero record di ministri della Salute parteciperà alla COP28. La presenza di un numero significativo di ministri della sanità sottolinea l'impegno a dare priorità alla salute nel contesto delle discussioni sul clima e rafforza il nostro impegno a creare un futuro più sano e sostenibile. La sessione ministeriale promette di amplificare l'urgenza di agire riunendo i leader globali per attuare soluzioni sostenibili. Questo incontro storico si concentrerà sull'affrontare l'intersezione cruciale tra salute e cambiamento climatico.

L'eredità della COP 28 sarà l'impegno per un pianeta più sano, in cui gli argomenti sanitari a favore dell'azione per il clima non solo vengano ascoltati ma portino a risultati tangibili.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=118650



Inquinamento: la Corte Europea dei diritti dell'Uomo condanna l'Italia

Massimo Tortorella, presidente Consulcesi: "Sentenza storica: da Europa diritto a vivere in un ambiente salubre anche senza danno alla salute. Forti analogie con la nostra azione collettiva Aria Pulita, un messaggio positivo anche per i 600 mila richiedenti"

[di Redazione](#)

«Una sentenza storica, un nuovo e fondamentale passo per il riconoscimento definitivo del diritto a nascere e a vivere in un ambiente salubre». Commenta così il Presidente Consulcesi Massimo Tortorella il ricorso presentato innanzi alla Corte di Strasburgo da alcuni cittadini italiani che si è concluso proprio in questi giorni con la condanna dell'Italia.

Con questa pronuncia, prosegue Tortorella, la Corte Europea ci sta dicendo qualcosa di innovativo e molto importante: «non dobbiamo aspettare di ammalarci o addirittura di morire di tumore o di altre malattie correlate all'inquinamento,

ma abbiamo il diritto di vivere in un ambiente sano ora; e se questo non accade, la responsabilità è principalmente delle Istituzioni».

La pronuncia (Corte EDU, Sez. I, 19 ottobre 2023 n. 35648/10) si riferisce al ricorso presentato dai residenti di alcune città campane interessate a partire dal 1994 da una grave emergenza rifiuti che si era protratta nel tempo, causando gravi disagi a tutta la popolazione delle zone interessate.

«Dall'Europa continuano ad arrivare messaggi concreti, forti e chiari alle Istituzioni nazionali, chiamate ad assumersi la responsabilità di garantire a ogni cittadino il diritto fondamentale di vivere in un ambiente sano – prosegue il Presidente del principale network legale, con esperienza ventennale in materia di violazioni comunitarie – Non è stato necessario, per condannare l'Italia, dimostrare la sussistenza di danni nel caso concreto, ma sono stati portati a supporto della tesi dei ricorrenti numerosi ed autorevoli studi scientifici che hanno evidenziato tutti i potenziali pericoli che un'esposizione prolungata a fattori inquinanti può causare».

È chiara, dunque, la strada che le Istituzioni europee hanno intrapreso per rendere sempre più efficaci le politiche di tutela dell'ambiente messe in atto dagli Stati. Questa sentenza segna un momento fondamentale di attribuzione delle responsabilità delle Istituzioni, anche qualora non siano riscontrabili danni concreti alla salute. Le Istituzioni sono, infatti, obbligate a garantire e tutelare la qualità della vita di tutti i cittadini.

«Dall'Europa arriva un messaggio positivo anche per i nostri 600 mila richiedenti all'azione collettiva Aria Pulita. «Non si tratta più solo di ottenere un risarcimento per il tempo in cui si è stati esposti ad aria inquinata, ma anche di indurre le istituzioni a mettere in atto politiche mirate a rendere più sano l'ambiente in cui viviamo» conclude Tortorella.

Per aderire all'azione collettiva, basta dimostrare, attraverso un certificato storico di residenza, di aver risieduto dal 2008-2018 in uno o più dei 3.384 comuni e città italiane candidabili all'azione collettiva [Aria Pulita](#) e gli stessi per i quali la Corte di Giustizia Europea ha multato l'Italia per violazione del superamento dei valori soglia di polveri sottili (Pm10) e biossido d'azoto (NO2). In totale sono oltre 40 milioni le persone che possono richiedere, tramite l'iniziativa legale di Consulcesi, un risarcimento per aver respirato aria insalubre.

Per scoprire se e come partecipare all'azione collettiva, Consulcesi mette a disposizione il sito di Aria Pulita: www.aria-pulita.it.

https://www.sanitainformazione.it/ambiente/inquinamento-la-corte-europea-dei-diritti-delluomo-condanna-litalia/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl07112023&utm_content=sif

THE LANCET Regional Health Western Pacific

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

SERIE | PRIMA IN LINEA, 100965

Le iniziative di sanità pubblica della Cina per l'adattamento al cambiamento climatico

John S. Ji • Yanjie Xia • Linxin Liu • Weiju Zhou • Renjie Chen • Guanghui Dong • et al. [Mostra tutti gli autori](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 14 novembre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100965>

Riepilogo

I progressi compiuti dalla Cina in termini di salute negli ultimi decenni rischiano di subire inversioni di rotta se non si dà priorità all'adattamento al cambiamento climatico. L'aumento della temperatura in Cina supera la media globale a causa delle isole di calore urbane e dei cambiamenti ecologici e richiede azioni urgenti per salvaguardare la salute pubblica. Un adattamento efficace deve considerare le tendenze dell'urbanizzazione della Cina, le malattie non trasmissibili, l'invecchiamento della popolazione e le future minacce pandemiche.

Le iniziative e le strategie di adattamento ai cambiamenti climatici includono spazi verdi urbani, ambienti interni sani, pianificazione territoriale per le città, sistemi avanzati di allerta precoce specifici per località per eventi meteorologici estremi e un approccio olistico per collegare la neutralità del carbonio ai benefici collaterali per la salute.

L'innovazione e l'adozione della tecnologia rappresentano un'opportunità cruciale. Il successo dell'adattamento climatico della Cina può favorire la collaborazione internazionale a livello regionale e oltre.

Messaggio chiave

La Cina rischia di perdere i vantaggi ottenuti in termini di salute nel giro di una sola generazione se la società non riesce ad adattarsi ai cambiamenti climatici. Negli ultimi cinquant'anni, la Cina ha compiuto notevoli progressi nel migliorare la salute della popolazione attraverso l'eliminazione della povertà, una migliore alimentazione, la prevenzione delle malattie, un migliore accesso all'assistenza sanitaria e l'educazione sanitaria. Garantire un adattamento efficace ai cambiamenti climatici è la prossima sfida cruciale per preservare questi progressi in termini di salute ottenuti con tanta fatica. In modo allarmante, la traiettoria di aumento della temperatura in Cina supera la media globale, in gran parte attribuita ai cambiamenti ecologici e all'amplificazione delle isole di calore urbane.

Ciò sottolinea la crescente urgenza di dare priorità alla protezione della salute pubblica per l'adattamento ai cambiamenti climatici, il tutto sostenendo lo sviluppo sostenibile. Le implicazioni negative per la salute derivanti dall'aumento delle temperature, dallo spostamento dei ritmi delle piogge e dall'intensificazione degli episodi meteorologici estremi richiedono azioni immediate e concertate. Un adattamento efficace richiede il riconoscimento delle sfide e delle opportunità uniche della Cina in termini di urbanizzazione, del crescente peso delle malattie non trasmissibili, dell'invecchiamento della popolazione e dei rischi di future pandemie. Per mitigare questi rischi, un adattamento di successo deve includere città verdi, migliori ambienti interni, sistemi potenziati per allertare il pubblico sui fenomeni meteorologici pericolosi e l'adozione di un approccio di co-benefici che consideri la salute umana per la neutralità del carbonio, progetti di città verdi e barriere più basse per nuove adozione della tecnologia. Le tecnologie innovative, come le torri di raffreddamento e i sistemi di distribuzione distrettuale, offrono soluzioni efficienti dal punto di vista energetico, mentre strategie come l'aumento della riflettività superficiale svolgono un ruolo nel frenare l'effetto isola di calore urbana. L'adozione di big data, sensori e Internet delle cose sarà determinante per la gestione dell'adattamento ai cambiamenti climatici. Tuttavia, è anche essenziale comprendere gli ostacoli che ostacolano l'adozione della tecnologia, soprattutto in luoghi con risorse limitate. Il raggiungimento di un adattamento climatico efficace è una risorsa globale condivisa che può promuovere una nuova cooperazione internazionale tra la Cina e il mondo.

Introduzione del cambiamento climatico e della salute in Cina

La diversità geografica e demografica della Cina nel contesto dell'adattamento

La vastità e la complessità della Cina sfidano un approccio unico all'adattamento climatico. Il ricco insieme di caratteristiche geografiche della nazione, dalle distese ghiacciate dell'altopiano tibetano e dell'imponente Himalaya alle aride distese del bacino del Tarim e della fertile pianura della Cina settentrionale, introduce una serie di sfide varie. Una manifestazione evidente del riscaldamento climatico è il ritiro dei ghiacciai sull'altopiano tibetano, una fonte d'acqua dolce fondamentale per fiumi cruciali come lo Yangtze, il Giallo e il Mekong.

A complicare ulteriormente le cose, i modelli irregolari delle precipitazioni indotti dal clima hanno intensificato sia le inondazioni che la siccità. Sebbene questa diversità geografica presenti una serie di sfide, la distribuzione demografica della Cina aggiunge un ulteriore livello di complessità. La maggior parte della popolazione cinese è concentrata nelle regioni costiere orientali, delineate dalla linea Hu o dalla linea Qinling-Huaihe ([riquadro 1](#)).

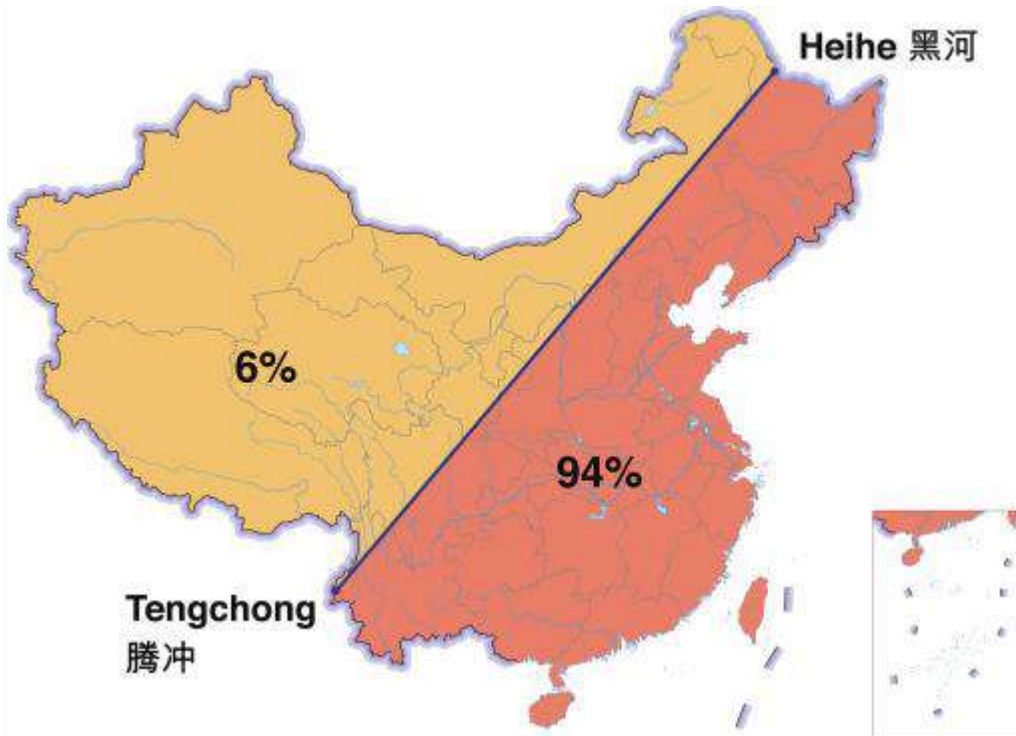
A est di questa demarcazione, i principali centri urbani come Pechino, Shanghai, Guangzhou e Shenzhen ospitano quasi i due terzi della popolazione del paese e sono potenze economiche. [La Fig. 1](#) fornisce una rappresentazione dettagliata dei rischi in questo vasto panorama. Una così complessa interazione tra geografia e demografia amplifica i rischi per la salute indotti dal clima.

Pertanto, è imperativo elaborare strategie di adattamento che siano perfettamente calibrate sulle esigenze uniche di ciascuna regione e dei suoi abitanti.

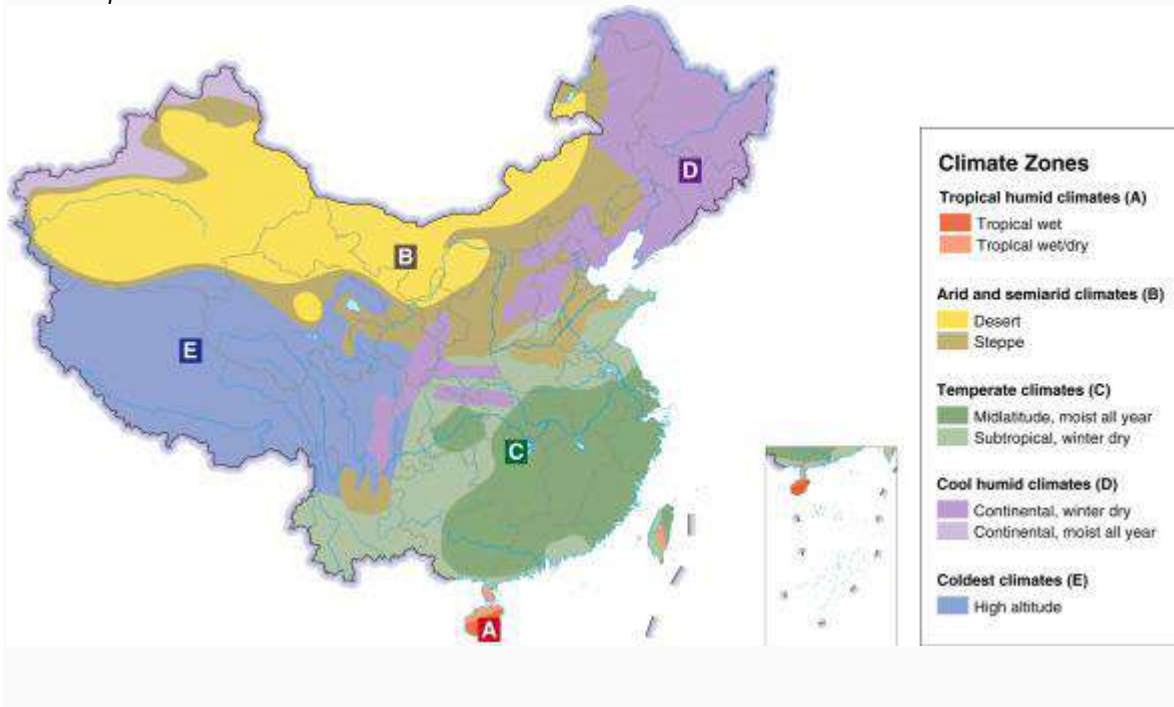
Riquadro 1

Popolazione e zone temperate della Cina.

Il contrasto nella densità di popolazione è rappresentato dalla "linea Hu", un confine demografico che divide i territori occidentali tentacolari ma sottopopolati dalle regioni orientali densamente abitate.



Zone temperate della Cina.



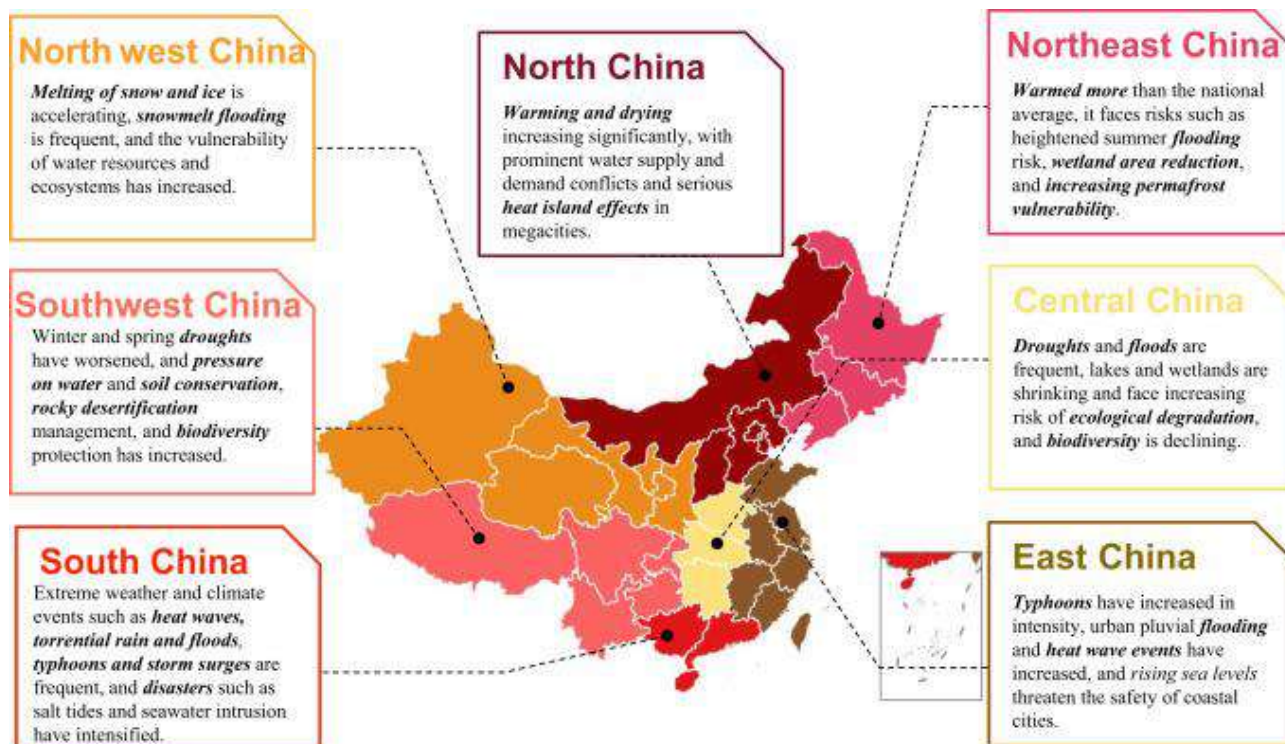


Fig. 1 Mappa dei rischi meteorologici estremi regionali in Cina.

Impegni di mitigazione e adattamento nel quadro dell'UNFCCC

La mitigazione ha la precedenza nelle politiche cinesi sul cambiamento climatico, che mirano a ridurre la dipendenza dai combustibili fossili promuovendo le tecnologie rinnovabili e superando le barriere tecnologiche. In qualità di partecipante attivo alla Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (UNFCCC), la Cina ha presentato due cicli di contributi determinati a livello nazionale (NDC).

Questi impegni delineano gli sforzi del Paese per ridurre le emissioni di gas serra in base alle circostanze, alle capacità e alle priorità nazionali. L'NDC cinese prevede obiettivi per raggiungere il picco delle emissioni di anidride carbonica entro il 2030 e raggiungere la neutralità del carbonio entro il 2060.

Inoltre, la Cina riconosce l'importanza delle misure di adattamento per affrontare gli impatti dei cambiamenti climatici. [Il riquadro 2](#) presenta gli obiettivi contributivi stabiliti a livello nazionale e i potenziali benefici collaterali dell'adattamento della Cina, riconoscendo la vulnerabilità del suo sistema ecologico, dell'economia e della società. Sebbene la mitigazione rimanga un obiettivo primario, i politici danno priorità anche all'adattamento ai cambiamenti climatici, che implica l'adattamento agli impatti dei cambiamenti climatici, la riduzione della vulnerabilità e il rafforzamento della resilienza. [La Fig. 2](#) illustra la cronologia nazionale e internazionale delle politiche di adattamento. L'NDC cinese delinea misure specifiche per rafforzare l'adattamento in settori come l'agricoltura, le risorse idriche e le infrastrutture, nonché per migliorare i sistemi di allarme rapido e la riduzione del rischio di catastrofi.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00283-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00283-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA, 100779

L'effetto dell'aggregazione temporale dei dati per valutare l'impatto del cambiamento delle temperature in Europa: uno studio di modellizzazione epidemiologica

Joan Ballester   • Kim Robin van Daalen • Zhao-Yue Chen • Hicham Achebak • Josep M. Antó • Xavier Basagaña • et al. [Mostra tutti gli autori](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 20 novembre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2023.100779>

Riepilogo

Sfondo

I modelli di regressione delle serie temporali giornaliere sono comunemente utilizzati per stimare la relazione non lineare ritardata tra temperatura e mortalità. Uno dei principali ostacoli a questo tipo di analisi è l'accesso limitato alle cartelle cliniche quotidiane. L'utilizzo dei dati settimanali e mensili rappresenta una possibile soluzione ad oggi inesplorata.

Metodi

Abbiamo aggregato temporalmente le temperature giornaliere e i record di mortalità di 147 regioni contigue in 16 paesi europei, che rappresentano l'intera popolazione di oltre 400 milioni di persone. Abbiamo stimato le relazioni temperatura-lag-mortalità utilizzando modelli di regressione quasi-Poisson di serie temporali standard applicati a dati giornalieri e abbiamo confrontato i risultati con quelli ottenuti con diversi gradi di aggregazione temporale.

Risultati

Abbiamo osservato differenze progressivamente maggiori nelle stime epidemiologiche con il grado di aggregazione temporale dei dati. Il modello di dati giornaliero stimava una mortalità annuale correlata al freddo e al caldo di 290.104 (213.745–359.636) e 39.434 (30.782–47.084) decessi, rispettivamente, e il modello settimanale sottostimava questi numeri dell'8,56% e del 21,56%. È importante sottolineare che le differenze erano sistematicamente più piccole durante i periodi di freddo e caldo estremi, come l'estate del 2003, con una sottostima di solo il 4,62% nel modello di dati settimanali. Abbiamo applicato questo quadro per dedurre che il carico di mortalità legato al caldo durante l'anno 2022 in Europa potrebbe aver superato i 70.000 decessi.

Interpretazione

Il presente lavoro rappresenta un primo studio di riferimento che convalida l'uso di serie temporali settimanali come approssimazione degli effetti a breve termine del freddo e del caldo sulla mortalità umana. Questo approccio può essere adottato per integrare le reti di dati ad accesso limitato e facilitare l'accesso ai dati per la ricerca, la traduzione e l'elaborazione delle politiche.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato su PubMed dalla concezione dello studio al 1 maggio 2023 gli articoli pubblicati in inglese utilizzando le parole di ricerca "temperatura", "mortalità", "dlnm" E "aggregazione". Abbiamo trovato solo un interessante studio teorico che introduce una metodologia generale che si occupa di serie temporali sanitarie aggregate, che è un approccio che rappresenta meglio la diffusione della risposta sanitaria a un'esposizione e riduce il rumore nei dati sanitari. La metodologia proposta è illustrata modellando l'influenza della temperatura sulla mortalità cardiovascolare in Canada. Lo studio è tuttavia diverso dal presente lavoro nel senso che analizza le medie mobili dei dati sanitari, quindi

non riduce il numero di punti dati nelle serie temporali sanitarie, come ci aspetteremmo quando si utilizzano dati sanitari settimanali o mensili.

Valore aggiunto di questo studio

Uno dei principali ostacoli agli studi epidemiologici su larga scala che analizzano gli effetti sulla salute a breve termine delle temperature ambientali è l'accesso limitato alle cartelle cliniche quotidiane in molti paesi, regioni e città. Una possibile soluzione per aggirare questo problema sarebbe l'uso di serie temporali settimanali o mensili di risultati sanitari, che sono più facilmente disponibili in accesso aperto a causa del minor livello di disaggregazione temporale. Qui aggregiamo temporalmente un database giornaliero di temperatura e mortalità da 147 regioni contigue in 16 paesi europei, e analizziamo e confrontiamo le stime ottenute da modelli di dati giornalieri, settimanali, bisettimanali e mensili. Abbiamo stimato le relazioni temperatura-lag-mortalità utilizzando modelli di regressione quasi-Poisson di serie temporali standard applicati a dati giornalieri e abbiamo confrontato i risultati con quelli ottenuti con diversi gradi di aggregazione dei dati temporali. A nostra conoscenza, questo è il primo studio ad analizzare l'effetto dell'aggregazione temporale dei dati negli studi epidemiologici di serie temporali su temperatura e mortalità.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

In genere abbiamo riscontrato che il grado di aggregazione dei dati mensili è temporalmente troppo approssimativo per essere utilizzato allo scopo di stimare gli effetti sanitari a breve termine delle temperature ambientali sulla mortalità umana. Invece, è stato dimostrato che le serie temporali settimanali aggregate di dati di temperatura e mortalità rappresentano un'approssimazione delle stime ottenute nel modello di dati giornaliero. Pertanto, il presente lavoro rappresenta un primo studio di riferimento che convalida l'uso di serie temporali settimanali come approssimazione alla relazione non lineare ritardata tra temperature giornaliere e registrazioni di mortalità. Pertanto, questo approccio può essere adottato per integrare le reti di dati esistenti, su larga scala e ad accesso limitato, e per facilitare l'accesso ai dati per la ricerca, la traduzione e l'elaborazione delle politiche utilizzando fonti di dati complementari non esplorate fino ad oggi.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(23\)00198-9/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(23)00198-9/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET Regional Health
Western Pacific

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

SERIE | PRIMA IN LINEA, 100936

< Cambiamenti climatici, estremi ambientali e salute umana in Australia: sfide, strategie di adattamento e lacune politiche

Rongbin Xu • Pei Yu • Yanming Liu • Gongbo Chen • Zhengyu Yang • Yiwen Zhang • et al. [Mostra tutti gli autori](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 14 novembre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100936>

Riepilogo

Il cambiamento climatico rappresenta un grave problema per la salute pubblica in Australia, caratterizzato da incendi, ondate di caldo, inondazioni, siccità senza precedenti e dalla diffusione di malattie infettive sensibili al clima. Nonostante queste sfide, la risposta dell'Australia alla crisi climatica è stata inadeguata e soggetta a cambiamenti da parte della politica, del sentimento pubblico e degli sviluppi globali. Questo studio illustra i modelli spatio-temporali di estremi ambientali legati al clima selezionati (ondate di caldo, incendi, inondazioni e siccità) in tutta l'Australia negli ultimi due

decenni e riassume le misure e le azioni di adattamento climatico che sono state intraprese a livello nazionale, statale/territorio, e governi locali. I nostri risultati rivelano impatti significativi degli estremi ambientali legati al clima sulla salute e sul benessere degli australiani. Sebbene i governi abbiano implementato varie strategie di adattamento, questi piani devono essere ulteriormente sviluppati per produrre azioni concrete. Inoltre, gli indigeni australiani non dovrebbero essere esclusi da questi sforzi di adattamento. È urgentemente necessario un approccio collaborativo e globale che coinvolga tutti i livelli di governo per prevenire, mitigare e adattarsi agli impatti sulla salute dei cambiamenti climatici.

Informazioni di base sul cambiamento climatico e sulla salute umana in Australia

L'Australia è un grande continente insulare nel Pacifico occidentale, che si estende dai tropici alla regione temperata. Nonostante sia un Paese ad alto reddito con sistemi sanitari e di gestione delle emergenze avanzati, è altamente vulnerabile agli estremi climatici ed è stato colto di sorpresa da una serie di eventi senza precedenti negli ultimi anni. Questi includono il più grande e catastrofico evento epidemico di asma con temporale nel 2016, gli estesi ed devastanti incendi e il caldo estremo dell'estate 2019/2020 – l'“estate nera”, e le precipitazioni record e le inondazioni diffuse e ripetute nel 2021/2022.

Questi eventi hanno travolto la gestione delle emergenze e i sistemi sanitari e hanno portato a notevoli impatti sanitari acuti e cronici e a decessi.

I rischi a cascata e aggravati del cambiamento climatico in Australia sono stati descritti in rapporti nazionali e globali.

L'Australia si è già riscaldata di 1,47 °C (±0,24 °C) in media dal 1910,

accompagnati da eventi di caldo estremo più frequenti e intensi.

Il paese ha anche sperimentato uno dei maggiori aumenti del rischio di incendi boschivi a livello globale, siccità prolungate nelle parti meridionali del paese e anticipate inondazioni più estreme nelle parti settentrionali più umide.

È probabile che questi rischi aumentino con conseguenze devastanti per la popolazione, l'economia e l'ambiente dell'Australia.

La salute e il benessere degli australiani sono stati significativamente colpiti dai cambiamenti climatici e da eventi meteorologici estremi, con conseguente aumento dell'incidenza di malattie infettive, malattie non trasmissibili, infortuni, malnutrizione, sfollamenti forzati e problemi di salute mentale.

Il cambiamento climatico può anche peggiorare la disuguaglianza sanitaria già esistente tra popolazioni indigene e non indigene, gruppi socioeconomici di basso e alto livello e popolazioni rurali rispetto a quelle urbane.

L'agricoltura e la sicurezza alimentare australiane sono state colpite dall'aumento della frequenza dei disastri legati al clima. Nonostante la ricchezza dell'Australia, una recente ricerca ha dimostrato che oltre 2 milioni di famiglie australiane (21%) hanno sperimentato una grave insicurezza alimentare nei 12 mesi precedenti, e che i disastri (ad esempio, inondazioni, incendi boschivi e siccità) hanno contribuito al 19% della grave insicurezza alimentare.

Nel frattempo, raggiungere un'alimentazione sostenibile e una dieta più sana potrebbe portare benefici collaterali ambientali, economici e sanitari che superano i costi delle misure di mitigazione del clima.

L'Australia ha tre livelli di governo (nazionale, statale/territoriale e locale), ciascuno con responsabilità diverse in relazione alla salute e al clima. Nonostante la crescente esposizione e vulnerabilità ai cambiamenti climatici, le risposte nazionali dell'Australia alla crisi climatica sono state inadeguate. L'impegno politico da parte del precedente governo federale è stato inadeguato e limitato, e i cambiamenti climatici e le questioni sanitarie sono stati affrontati in modo frammentario e disconnesso a livello nazionale.

La strategia nazionale australiana per la resilienza climatica e l'adattamento è stata pubblicata nell'ottobre 2021 non ha posto la salute al centro delle politiche, il che potrebbe contribuire a ridurre o diminuire i livelli di preoccupazione climatica e impedire il riconoscimento e la risposta alle minacce sanitarie legate al clima. Inoltre, ci sono stati pochi progressi nella politica nazionale per affrontare i fattori che determinano la disuguaglianza sanitaria a livello sociale, con la cultura non riconosciuta come vitale per la salute e il benessere dei popoli della Prima Nazione.

Inoltre, nonostante la popolazione australiana sia altamente urbanizzata, l'integrazione della pianificazione urbana e della salute pubblica nella politica sui cambiamenti climatici è rara. Ad esempio, i piani d'azione per la salute del calore (HHAP), che integrano la pianificazione urbana e le azioni di sanità pubblica, possono ridurre efficacemente gli esiti avversi sulla salute legati al caldo.

Sebbene ogni Stato abbia istituito il proprio HHAP, manca ancora un HHAP coordinato a livello nazionale. Anche la transizione verso le energie rinnovabili a livello nazionale è lenta, con una produzione di elettricità rinnovabile pari al 32%, una percentuale molto inferiore a quella di paesi comparabili.

L'incapacità dei governi di fornire risposte politiche adeguate e urgenti al cambiamento climatico ha molteplici effetti sociali e psicologici. Molte persone in Australia, in particolare i giovani, provano preoccupazione, eco-ansia, stress, disperazione/impotenza e la sensazione di non avere voce in capitolo sulla mancanza di risposte politiche adeguate e urgenti sul cambiamento climatico.

Le azioni per il clima svolgono un ruolo importante nel mobilitare il cambiamento e nel consentire la coesione sociale, ma la politica climatica in Australia è stata polarizzante e deprimente.

Dal 2021 l'Australia ha apportato alcuni cambiamenti politici positivi rilevanti per il clima, come lo stanziamento di 3,2 milioni di dollari australiani per istituire il primo Centro australiano per il controllo delle malattie (CDC) per migliorare le

risposte alle emergenze sanitarie pubbliche, e 3,4 milioni di dollari australiani per sviluppare la prima strategia nazionale australiana per la salute e il clima e un'unità nazionale per la sostenibilità sanitaria e il clima entro il 2023.

I governi statali hanno dimostrato l'impegno a sviluppare e attuare il Piano per il cambiamento climatico e l'adattamento sanitario a livello locale, collaborando con professionisti sanitari, accademici, organizzazioni non governative, industrie e comunità.

Un altro sviluppo degno di nota condotto dallo stato negli ultimi anni è stata l'inchiesta sulla salute climatica del governo dell'Australia occidentale.

Questa è stata forse la prima indagine legale in tutto il mondo focalizzata sugli impatti sulla salute dei cambiamenti climatici.

Questi cambiamenti offrono maggiori opportunità per coinvolgere i decisori politici e le varie parti interessate e agenzie per una migliore governance del clima e coordinamento, collaborazione e solidarietà a livello nazionale per affrontare la crisi sanitaria legata al clima. Gli operatori sanitari australiani sostengono sempre più politiche climatiche più ambiziose. L'Australian Medical Association (AMA) ha dichiarato il cambiamento climatico un'emergenza sanitaria nel 2019, seguita da altre associazioni sanitarie e mediche nazionali, ad esempio il Royal Australasian College of Physicians (RACP). Un rapporto del 2022 dell'Accademia australiana della salute e delle scienze mediche (AAHMS) evidenzia il cambiamento climatico come una priorità sanitaria urgente.

Ribadisce che il settore della salute e della ricerca medica può svolgere un ruolo importante promuovendo il riconoscimento, facendo avanzare la conoscenza, sostenendo la ricerca interdisciplinare per i co-benefici sanitari e amplificando le voci della Prima Nazione nel processo decisionale. Dallo storico Centro nazionale di ricerca sull'adattamento ai cambiamenti climatici (NCCARF) alla rete HEAL (Healthy Environments And Lives) recentemente istituita e il MJA-Lancet Countdown Australia,

Gli studiosi australiani hanno condotto ricerche pionieristiche e transdisciplinari per supportare politiche e pratiche di adattamento e mitigazione dei cambiamenti climatici, basate sull'evidenza, integrate e multidisciplinari per una visione condivisa che consenta a un sistema sanitario sostenibile e resiliente al clima di promuovere la salute dell'Australia in un clima che cambia.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00254-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00254-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Digital Health

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

Emissioni operative di gas serra del deep learning nella patologia digitale: uno studio di modellizzazione

Alireza Vafaei Sadr, PhD • Roman Bülow, MD • Saskia von Stillfried, dottoressa • Nikolas E.J. Schmitz, MSc • Pourya Pilva, MSc • David L. Hölscher • et al. [Mostra tutti gli autori](#)

[Accesso Libero](#) • Pubblicato: 22 novembre 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00219-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00219-4)

Riepilogo

Sfondo

Il deep learning è un modo promettente per migliorare l'assistenza sanitaria.

Si prevede che le discipline mediche legate all'elaborazione delle immagini, come la patologia, verranno trasformate dal deep learning.

I primi strumenti di supporto diagnostico di deep learning clinicamente applicabili sono già disponibili nella patologia oncologica e il loro numero è in aumento. Tuttavia, i dati sulla sostenibilità ambientale di questi strumenti sono scarsi. L'obiettivo era condurre un'analisi di sostenibilità ambientale di un'implementazione teorica dell'apprendimento profondo nella patologia della cura del paziente.

Metodi

Per questo studio di modellazione, abbiamo prima assemblato e calcolato i dati e i parametri rilevanti di un flusso di lavoro di patologia digitale.

I dati provenivano da campioni di seno e prostata provenienti dalla clinica universitaria dell'Istituto di Patologia della Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (Aquisgrana, Germania), per i quali era già disponibile il deep learning disponibile in commercio. Sono stati utilizzati solo i campioni raccolti tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2019, per omettere potenziali errori dovuti alla pandemia di COVID-19.

La nostra selezione finale si è basata su 2 settimane rappresentative al di fuori delle festività, coprendo diversi tipi di esemplari. Per calcolare le emissioni di anidride carbonica (CO₂) o CO₂ equivalente (CO₂ eq) derivanti dal deep learning in patologia, abbiamo raccolto dati rilevanti per numeri esatti e dimensioni di immagini a vetrino intero (WSI), che sono state generate scansionando campioni istopatologici di campioni di prostata e seno.

Abbiamo anche valutato diversi scenari di immissione dei dati (incluse tutte le tessere di diapositive, solo le tessere contenenti tessuti o solo le tessere contenenti regioni di interesse).

Per convertire il consumo energetico stimato da kWh a CO₂ eq, abbiamo utilizzato l'indirizzo del protocollo Internet del server di calcolo e il database di Electricity Maps per ottenere informazioni sulle fonti della rete elettrica locale (ovvero, rinnovabile vs non rinnovabile) e stimato il numero di alberi e la proporzione delle foreste locali e mondiali necessarie per sequestrare le emissioni di CO₂ equivalenti.

Abbiamo calcolato i requisiti computazionali e le emissioni di CO₂ eq di 30 modelli di deep learning che variavano per compito e dimensioni

Il primo scenario rappresentava l'uso di un modello di deep learning disponibile in commercio per un'attività in un caso (1 attività), il secondo scenario considerava due modelli di deep learning per due attività per caso (2 attività), il terzo scenario rappresentava un futuro flusso di lavoro potenzialmente automatizzato in grado di gestire 7 attività per caso (7 attività) e il quarto scenario rappresentava l'uso di un unico potenziale modello di visione artificiale di grandi dimensioni in grado di svolgere più attività (multitasking).

Abbiamo anche confrontato le prestazioni (cioè l'accuratezza) e le emissioni di CO₂ eq di diversi modelli di deep learning per la classificazione del carcinoma a cellule renali su WSI, sempre della Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen. Abbiamo anche testato altri approcci per ridurre le emissioni di CO₂ eq, tra cui la potatura del modello e un metodo alternativo per l'analisi istopatologica (patomica).

Risultati

Il database patologico conteneva 35.552 campioni (237.179 vetrini), di cui 6.420 campioni di prostata (10.115 vetrini) e 11.801 campioni di seno (19.763 vetrini).

Abbiamo selezionato e successivamente digitalizzato 140 vetrini di otto casi di cancro al seno e 223 vetrini di cinque casi di cancro alla prostata.

L'applicazione di grandi modelli di deep learning su tutti i riquadri WSI di casi di patologia della prostata e della mammella comporterebbe emissioni annuali di CO₂ eq di 7,65 tonnellate (t; 95% CI 7,62–7,68) con l'uso di un singolo modello di deep learning per caso;

Le emissioni annuali di CO₂ eq ammontavano a 100,56 t (100,21–100,99) con l'uso di sette modelli di deep learning per caso. Le emissioni di CO₂ eq per diversi scenari del modello di deep learning, input di dati e dimensioni del modello di deep learning per tutte le diapositive variavano da 3,61 t (3,59–3,63) a 2795,30 t (1177,51–6482 · 13).

Per quanto riguarda il numero stimato di casi patologici complessivi in tutto il mondo, le emissioni annuali di CO₂ eq variano, raggiungendo fino a 16 megatoni (Mt) di CO₂ eq, richiedendo fino a 86 590 km² (0,22%) di foresta mondiale per sequestrare le emissioni di CO₂ eq.

L'uso dello scenario a 7 compiti e di piccoli modelli di deep learning su vetrini contenenti solo tessuti potrebbe ridurre sostanzialmente le emissioni di CO₂ eq in tutto il mondo fino a 141 volte (0,1 Mt, 95% CI 0,1–0,1).

Considerando l'ambiente locale di Aquisgrana, in Germania, la massima emissione di CO₂ eq derivante dall'uso del deep learning solo nella patologia digitale richiederebbe il 32,8% (95% CI 13,8–76,6) della foresta locale per sequestrare le emissioni di CO₂ eq.

Un singolo pathomics eseguito su un tessuto potrebbe fornire informazioni paragonabili o addirittura migliori rispetto ai risultati dei modelli di deep learning multitasking, ma con emissioni di CO₂ eq ridotte di 147 volte.

Interpretazione

I nostri risultati suggeriscono che l'uso diffuso del deep learning in patologia potrebbe avere un notevole potenziale di riscaldamento globale.

La comunità medica, i decisori politici e il pubblico dovrebbero essere consapevoli di questo potenziale e incoraggiare l'uso di strategie di riduzione delle emissioni di CO₂ equivalenti, ove possibile.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato in PubMed, Web of Science, Google Scholar e arXiv utilizzando i termini di ricerca "Patologia" E/O "Intelligenza Artificiale" E/O "Apprendimento profondo" E/O "Sostenibilità" per la ricerca pubblicata in inglese tra l'avvio del database e marzo 30, 2023.

È stata incorporata anche la letteratura citata negli articoli identificati; sono stati controllati dati aggiuntivi dai database Our World in Data, Global Burden of Disease e TechPowerUp.

A nostra conoscenza, nessuna ricerca precedente ha studiato gli effetti ambientali dell'utilizzo di sistemi basati sull'apprendimento profondo in patologia.

Valore aggiunto di questo studio

A nostra conoscenza, questo è il primo studio che indaga il potenziale di riscaldamento globale derivante dall'utilizzo del deep learning in patologia calcolando le emissioni di gas serra di vari sistemi basati sul deep learning.

Forniamo un punto di riferimento rispetto al quale è possibile effettuare confronti, confrontando i potenziali risultati, che potrebbero informare il futuro processo decisionale nello sviluppo e nell'implementazione di questi sistemi

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questo studio sottolinea l'urgente necessità di considerare la sostenibilità nello sviluppo e nell'implementazione di sistemi basati sul deep learning nella patologia digitale. I decisori politici e i ricercatori dovrebbero lavorare verso pratiche sostenibili di deep learning.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(23\)00219-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(23)00219-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET Regional Health Western Pacific

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

SERIE | PRIMA IN LINEA, 100970

Migliorare la resilienza sanitaria in Giappone in un clima che cambia

Yoonhee Kim • Kazutaka Oka • Erin C. Kawazu • Chris Fook Sheng Ng • Sersé Seposo • Kayo Ueda • et al.

Mostra tutti gli autori

Accesso Libero • Pubblicato: 14 novembre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100970>

Riepilogo

Il cambiamento climatico rappresenta una minaccia significativa per la salute umana, spingendo il Giappone a intraprendere un'azione decisiva attraverso il Climate Change Adaptation Act del 2018.

Questo atto ha portato all'attuazione di politiche di adattamento al cambiamento climatico in vari settori, compresa l'assistenza sanitaria. In questa recensione, abbiamo sintetizzato le prove scientifiche esistenti sugli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute in Giappone e delineato le strategie e le misure di adattamento implementate dai governi centrale e locale. Il Paese ha dato priorità alla lotta alle malattie e alla mortalità legate al caldo e ha intrapreso varie misure di adattamento per mitigare questi rischi.

Tuttavia, deve affrontare sfide uniche a causa della sua società ultra-invecchiata. Garantire strategie efficaci e coordinate per affrontare le crescenti incertezze sulla vulnerabilità ai cambiamenti climatici e i complessi impatti intersettoriali dei disastri rimane una questione fondamentale.

Per combattere gli ulteriori rischi per la salute derivanti dai cambiamenti climatici, è fondamentale un approccio globale che abbracci le politiche di adattamento e mitigazione nel settore sanitario. Incoraggiare la comunicazione e la collaborazione intersettoriale sarà vitale per sviluppare strategie coerenti ed efficaci per salvaguardare la salute pubblica di fronte ai cambiamenti climatici.

Introduzione

Il cambiamento climatico rappresenta una minaccia significativa per la salute pubblica. Il Giappone, un paese con un considerevole invecchiamento della popolazione e una storia di numerosi disastri naturali, riconosce il profondo impatto del cambiamento climatico su tutti gli aspetti della società, compreso il settore sanitario.

Il governo giapponese ha promulgato la legge sull'adattamento ai cambiamenti climatici nel 2018 e ha sviluppato il piano nazionale di adattamento (NAP) e i piani di adattamento ai cambiamenti climatici locali (LCCAP) per gestire i rischi climatici e ridurre l'impatto dei cambiamenti climatici. Inoltre, il Ministero dell'Ambiente del Giappone (MOEJ) si è impegnato a pubblicare ogni cinque anni il suo rapporto di valutazione sugli impatti dei cambiamenti climatici in Giappone. Il secondo rapporto di valutazione è stato pubblicato nel 2020.

Il Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici (IPCC) ha descritto le opzioni di adattamento ai cambiamenti climatici per mitigare i rischi per la salute umana (come uno dei rischi chiave rappresentativi) nel suo rapporto del Gruppo di lavoro II del Six Assessment Report, elencando tre opzioni di adattamento: disponibilità di infrastrutture sanitarie, accesso all'assistenza sanitaria e allarme tempestivo in caso di catastrofi.

Una corretta attuazione delle misure di adattamento potrebbe ridurre i rischi per la salute legati al clima. Ad esempio, gli spazi verdi urbani possono ridurre l'effetto isola di calore urbana e migliorare la salute fisica e mentale.

Il rafforzamento delle infrastrutture sanitarie e l'accesso all'assistenza sanitaria migliorano la resilienza delle popolazioni vulnerabili.

I sistemi locali di raffreddamento e di allarme rapido possono ridurre al minimo la mortalità, la morbilità e le potenziali future epidemie di malattie infettive.

Per supportare la pianificazione dell'adattamento e promuovere la cooperazione internazionale, è utile condividere le conoscenze sulle vulnerabilità sanitarie attuali e future rispetto ai cambiamenti climatici, insieme all'adattamento ai cambiamenti climatici e ai casi di studio di ciascun paese. Questa serie di revisioni mira a riassumere le prove scientifiche esistenti sugli impatti osservati e le proiezioni future degli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute in Giappone e a introdurre strategie e misure di adattamento ai cambiamenti climatici implementate nel paese per migliorare la resilienza.

Profilo del paese del Giappone

Clima e meteo

Temperatura

Il Giappone è un paese insulare con quattro stagioni distinte (inverno, primavera, estate e autunno) e un clima eterogeneo a livello locale a causa della sua massa continentale allungata e del terreno montuoso.

In termini di sistema di classificazione Köppen-Geiger, il nord del paese è prevalentemente caratterizzato da un "clima continentale umido caldo-estivo" (Dfa), mentre il resto dell'arcipelago è prevalentemente caratterizzato da un clima subtropicale umido (Cwb, per esempio), con alcuni punti del clima della foresta pluviale tropicale (Af) e altri climi locali.

La Fig. 1 mostra le differenze di temperatura tra le prefetture nelle quattro stagioni.

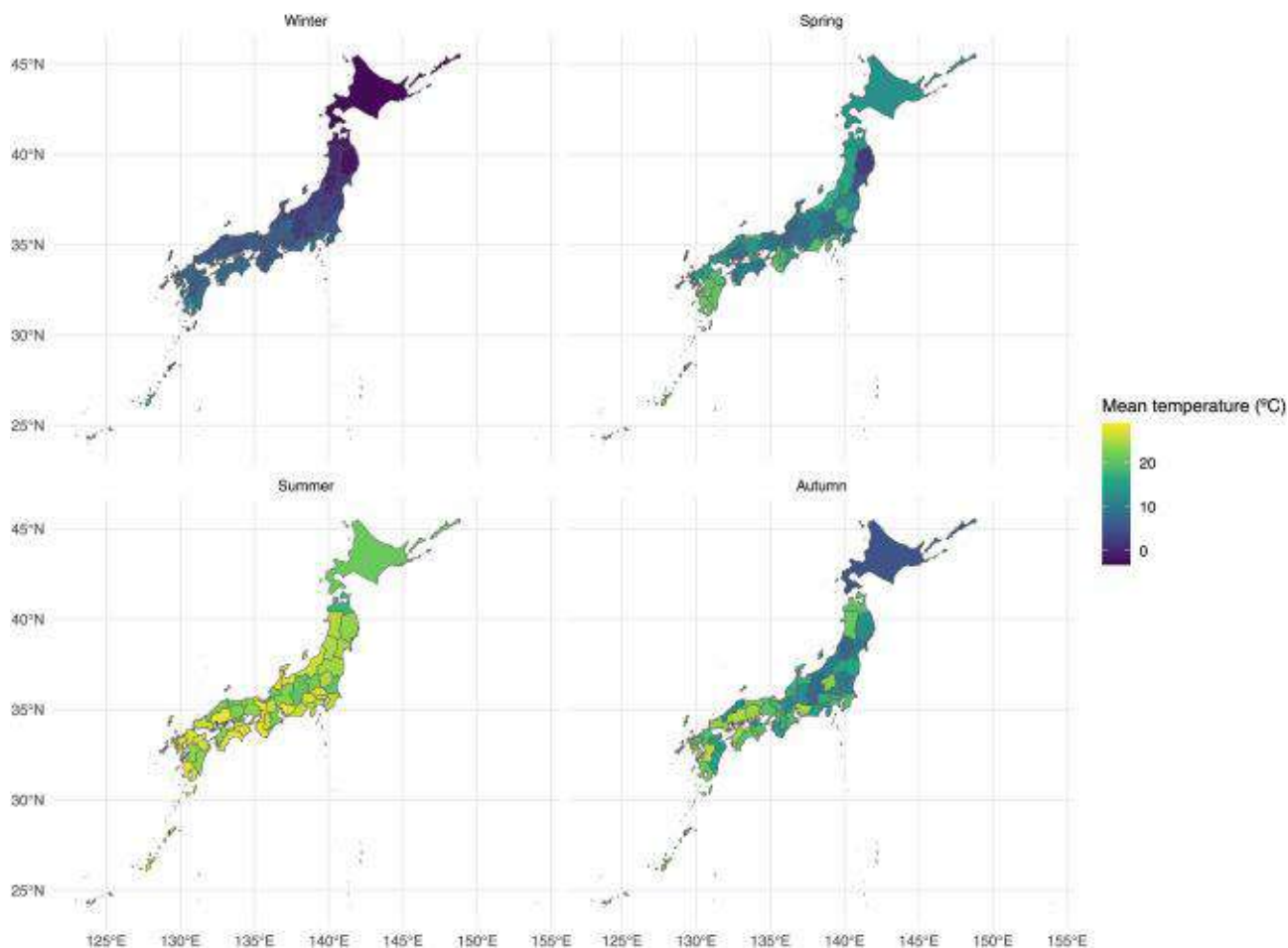


Fig. 1 Temperatura media stagionale per prefettura giapponese (1991–2020). Le stagioni sono state definite come segue: inverno da dicembre a febbraio, primavera da marzo a maggio, estate da giugno ad agosto e autunno da settembre a novembre.

Secondo l’Agenzia meteorologica giapponese (JMA), la temperatura atmosferica media in Giappone è generalmente aumentata dal 1898 al 2019, a ritmi più rapidi rispetto alla media globale.

Si prevede che la temperatura del Giappone aumenterà di 1,2-1,4 volte la media globale sia negli scenari RCP 2.6 (a basse emissioni) che RCP8.5 (ad alte emissioni).

Pioggia

Le precipitazioni tendono ad essere più elevate in estate, durante la stagione dei monsoni e dei tifoni, e nella parte nord-orientale del paese ([Figura supplementare S1](#)).

In generale, le tendenze delle precipitazioni sono diventate più estreme nel tempo. Nell’ultimo secolo (dal 1901 al 2019), il numero di giorni con forti precipitazioni è aumentato al ritmo di 0,29 giorni in più con 100 mm o più di precipitazioni per secolo. Tuttavia, il numero di giorni con precipitazioni (definite come 1,0 mm o più) è diminuito durante lo stesso periodo, dimostrando che le tendenze delle precipitazioni stanno diventando più estreme.

Si prevede che, secondo lo scenario RCP8.5, sia i giorni con forti piogge che i giorni asciutti continueranno ad aumentare entro la fine del secolo.

Eventi meteorologici estremi

Il Giappone è altamente esposto ai rischi climatici, tra cui, ma non solo, tempeste tropicali, forti piogge e inondazioni.

Il paese sperimenta un numero di tifoni maggiore rispetto alla media globale.

Sebbene la capacità del Giappone di mitigare e rispondere ai rischi meteorologici sia considerata elevata, i disastri naturali del recente passato hanno causato impatti significativi. Ad esempio, il tifone Faxai, un tifone particolarmente forte che si è abbattuto sull’area di Tokyo nel 2019, ha causato interruzioni di corrente in quasi un milione di case, costretto 5.000 persone all’evacuazione, danneggiato edifici e veicoli e interrotto sistemi di trasporto e attività commerciali.

Non è stata osservata alcuna tendenza apparente a lungo termine nel numero di tifoni; tuttavia, alcune prove hanno suggerito un previsto aumento del numero di super-tifoni (tempeste di categoria 4 e di categoria 5) nella regione del Pacifico settentrionale occidentale, compreso il Giappone, in futuro a causa del riscaldamento globale.

Demografia e salute: la società dei “super anziani”.

Il Paese sta invecchiando rapidamente, con circa un terzo che si stima avrà in media 65 anni e oltre, a partire da ottobre 2022. Quelli sotto i 15 anni costituiscono meno del 12% della popolazione totale, rafforzando la forma invertita della piramide della popolazione. Il Giappone ha l'aspettativa di vita alla nascita più lunga al mondo: 84 anni, anche se l'aspettativa di vita in buona salute alla nascita è di dieci anni inferiore.

L'invecchiamento della struttura demografica del Giappone è diventata una sfida importante per il sistema di sicurezza sociale, compreso il sistema di assicurazione sanitaria nazionale. Tra l'anno fiscale 2010 e l'anno fiscale 2019, la spesa medica pro capite per i beneficiari del Medical System for the Aged (ovvero, il sistema di assicurazione sanitaria per coloro che hanno più di 75 anni e quelli tra 65 e 75 anni con una disabilità riconosciuta dal governo) è aumentato da 904.795 yen giapponesi a 954.369 yen giapponesi.

Il numero di persone assicurate nell'ambito del Sistema medico per gli anziani è cresciuto costantemente, e anche la percentuale delle spese mediche per questa fascia di età sul totale della spesa medica nazionale è cresciuta dal 34,0% (anno fiscale 2010) al 38,4% (anno fiscale 2019)).

Urbanizzazione

Nel 2022, la popolazione totale del Giappone era stimata a circa 124,9 milioni, in diminuzione per il 12° anno consecutivo. Solo l'Area Metropolitana di Tokyo ha visto un aumento della popolazione rispetto al 2021, pari allo 0,2%; tutte le altre prefetture hanno registrato cali compresi tra lo 0,01% e l'1,59%.

Il 92% della popolazione totale vive nelle aree urbane.

Mentre la maggior parte delle prefetture, in media, ha osservato un'emigrazione netta nel 2022, l'immigrazione si è concentrata in un numero relativamente basso di grandi città: Tokyo è la più importante, seguita da Saitama, Osaka, Sapporo e Yokohama.

Emissioni di gas serra

Le concentrazioni di gas serra in Giappone sono aumentate rispetto ai livelli preindustriali.

Analogamente alle tendenze globali, le concentrazioni di anidride carbonica osservate sull'isola di Hateruma sono diminuite nei primi mesi della pandemia del nuovo coronavirus (COVID-19), principalmente a causa delle restrizioni in Cina, ma le prove suggeriscono che da allora le emissioni globali sono aumentate.

Nel 2021, la concentrazione media annuale di anidride carbonica atmosferica nelle tre stazioni di osservazione del Giappone era compresa tra 416,9 e 419,5 ppm.

Le concentrazioni medie di metano per le tre stazioni nel 2021 sono state le più alte mai registrate.

Cambiamenti climatici e impatto sulla salute

Alla luce del contesto nazionale descritto nella sezione [Profilo del paese del Giappone](#), la sezione [Cambiamenti climatici e impatto sulla salute](#) presenta una sintesi delle prove scientifiche che evidenziano gli impatti osservati dei cambiamenti climatici sulla salute e i rischi futuri previsti in Giappone. La strategia di ricerca e i criteri di selezione per l'aggiornamento delle prove sono descritti di seguito.

Una sintesi concisa delle prove aggiornate è fornita nella [Tabella 1](#). Per ragioni di coerenza con la relazione sulla valutazione d'impatto del governo,

abbiamo adottato le stesse categorie di impatto, come temperature non ottimali, inquinamento atmosferico, malattie infettive sensibili al clima, e abbiamo inserito i pollini atmosferici e le allergie come categoria principale. Questo allineamento ci consente di ottenere un quadro completo, collegando la nostra revisione con la valutazione degli esperti governativi, che tiene conto della significatività, dell'urgenza e della confidenza degli impatti, come indicato nella [Tabella Supplementare S1](#) e nella “metodologia per la valutazione dell'impatto del cambiamento climatico” in i [Materiali Supplementari](#).

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00288-2/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00288-2/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)



Health at a Glance 2023

OECD INDICATORS



<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

A cura del Forum Disuguaglianze Diversità, ottobre 2023

Come imprimere una svolta alla transizione/trasformazione ecologica imposta dal collasso climatico
Sintesi della proposta di

Charles Sabel e David Victor, *Fixing the Climate*, Princeton Un. Press, 2022

Come accelerare la transizione e la trasformazione ecologica imposta dal collasso climatico?

*Il cambiamento, tumultuoso, è in atto. Tocca tutte le dimensioni della nostra vita. Gli Stati investono e fissano target. Ma siamo in confusione. Pesa l'assenza di un governo del processo che affronti le complessità, ascolti e promuova chi assume il rischio di innovare, penalizzi i conservatori, provi nei fatti che "ambientale" non è nemico di "sociale". Una strada sta nelle proposte di *Fixing the Climate*, che Charles Sabel e David Victor hanno estratto da esperienze concrete. Il Forum Disuguaglianze Diversità (ForumDD) ha invitato Sabel per una Missione in Italia, fitta di incontri con le punte avanzate delle nostre "imprese verdi", ricercatori, ambientalisti, Cgil, Asvis. Ecco la sintesi (autorizzata) del libro preparata per gli incontri. La sintesi è accompagnata (in corsivo) da riferimenti e spunti al metodo e alle strategie del ForumDD.*

Un indispensabile cambio di passo, velocità e metodo

Come realizzare un cambio di passo nella trasformazione energetica ed ecologica? Charles Sabel e David Victor in **Fixing the Climate** hanno una risposta. Si tratta, secondo i due studiosi, di affiancare all'accordo di Parigi, da intendere come la **cornice di legittimazione della cooperazione fra Stati e di ogni sanzione e penalty default in tema di clima, dispositivi e processi concreti di collaborazione fra imprese, fra stato, imprese, cittadini e lavoro e fra Stati con due obiettivi**: primo, facilitare e rendere conveniente ricercare e investire in nuove tecnologie di frontiera e rendere costoso non farlo; secondo, promuovere l'adattamento di tali nuove tecnologie a ogni specifico contesto, con un forte accompagnamento e supporto delle imprese in campo e il confronto con la cittadinanza e il lavoro, condizione perché la trasformazione produca un'organizzazione più giusta di vita e lavoro.

Una governance che renda rischioso e costoso non innovare

Il libro descrive in modo operativo la **governance nazionale e internazionale necessaria per realizzare tali dispositivi e processi**. Grazie a essa, è la tesi, sempre più imprese in tutto il mondo verrebbero spinte a prendersi il rischio di innovare, co-disegnando filiere produttive, soluzioni istituzionali, nuovi mercati, nuove tecnologie, dando vita a nuovi standard e tali standard sarebbero coerenti con le aspirazioni delle persone, specie delle più vulnerabili, e non contrastati come "anti-popolari".

È quella che gli autori chiamano *governance sperimentalista*, che sfugge alla **dicotomia oziosa fra centralizzazione e decentramento delle politiche pubbliche**, perché presuppone la fissazione di sanzioni credibili per chi sta fermo ma anche un continuo apprendimento e adeguamento del processo. Gli stati, questa l'essenza della soluzione, devono fissare standard e obiettivi, dare incentivi e prevedere sanzioni e *penalty defaults*, ma devono unirvi l'accompagnamento dei processi di attuazione, offrendo alle imprese che innovano l'opportunità di orientare quegli stessi obiettivi e standard, modificandoli (se necessario anche riducendoli) e così rendendo loro più conveniente rischiare e assai costoso star ferme e a *cittadini e cittadine e al lavoro* la possibilità di contare sull'attuazione concreta della transizione.

Questa soluzione non è disegnata a tavolino. È il frutto dello studio di esperienze concrete, di successi e insuccessi, di ostacoli che, come la sfida attuale, hanno avuto luogo in **condizioni di certezza circa l'obiettivo e la natura delle soluzioni tecnologiche da adottare ma di incertezza circa la loro specificazione e le loro conseguenze sociali, fattore che accresce la resistenza imprenditoriale e sociale a rischiare il cambiamento**. Esperienze quali: l'attuazione del Protocollo di Montreal del 1987 per contrastare l'assottigliamento della fascia di ozono; la riduzione delle emissioni di carbonio in California; il controllo delle emissioni di solfuri negli USA; la riduzione di inquinamento agricolo in Irlanda; etc.

È anche l'applicazione al problema primario, oggi, dell'umanità - il possente collasso climatico - di un **nuovo metodo di politica pubblica da applicare in ogni campo**: una governance né top down né bottom up, regole

e standard generali e non una pletora di norme, un ruolo forte delle peer reviews e dell'apprendimento/accompagnamento anziché la logica delle checklist e della verifica dell'aderenza alle procedure. (NB: è una strada che il ForumDD ritiene necessaria anche nelle politiche territoriali, nel welfare e nel disegno di servizi fondamentali dove, in condizione di incertezza, si devono coniugare innovazione tecnologica e istituzionale mirata ad una maggiore giustizia sociale e ambientale e capacità di adattare questa innovazione alle aspirazioni e bisogni delle persone nei luoghi.)

Superare il limite di Kyoto e Parigi

Il punto di partenza dell'intero impianto proposto dagli autori sta nella consapevolezza che la trasformazione ecologica imposta dalla crisi climatica avviene in un contesto di **certezza circa la direzione di marcia e le tecnologie da ricercare e su cui investire ma di incertezza circa la loro specifica evoluzione e i loro effetti sociali**. A differenza di quanto assunto nei Trattati sul clima, non si tratta solo di garantire che tutti gli Stati partecipino all'allocazione di costi (presunti certi) dell'aggiustamento, ma di creare le convenienze per le imprese e per la società di affrontare un cambiamento incerto.

Nasce da qui il metodo, riassunto nella sintesi degli stessi autori: **“Si parte fissando missioni strategiche sfidanti che indicano la direzione di marcia**. Ma sin dall'inizio esse riconoscono il rischio di partenze false, stante che il corso di azione ottimale è all'inizio ignoto. La strategia **incoraggia allora iniziative sul campo creando incentivi a innovare per gli attori che dispongono di competenze dettagliate** sui problemi di mitigazione da affrontare in modo innovativo, e quindi converte le soluzioni che via via emergono in standard per tutti. Al tempo stesso, la strategia promuove **processi partecipativi sul campo nei processi decisionali, per assicurare che le misure prese siano costruite, in modo verificabile, a misura delle esigenze dei luoghi**. Quando gli esperimenti hanno successo essi forniscono informazione ed esempi concreti per plasmare diversamente la politica e gli investimenti – fuori dal condizionamento di specifici interessi e verso la missione fissata. Questa strategia risolve un problema globale, prima che con la diplomazia, attraverso la **creazione di fatti concreti – nuove industrie e nuovi gruppi di interesse che effettivamente beneficiano dalla soluzione dei problemi e che divengono quindi gruppo di pressione per ulteriori sforzi della strategia.**” (nostra traduzione e nostro grassetto).

(NB: Vengono alla mente per l'Italia le alleanze che imprenditori, cittadinanza e lavoro riescono a costruire in alcuni luoghi del paese, specie quando incontrano un'autorità pubblica capace e che usi discrezionalità. Ma anche le occasioni finora perdute, di potenzialità non realizzate per una o entrambe le seguenti ragioni: una visione top-down statalista-proceduralista-amministrativistica che non prevede né percorsi di confronto con le imprese che si trovano sulla frontiera tecnologica né servizi di supporto all'implementazione sul campo delle nuove soluzioni, e tantomeno coinvolge lavoro e cittadinanza; un governo della cosa pubblica condizionato passivamente da interessi della parte più conservatrice del mondo imprenditoriale.) I dispositivi operativi: una politica in tre parti

La strada suggerita dagli autori si articola operativamente in tre parti:

- un dispositivo pubblico che, a livello nazionale e sovra-nazionale, promuova *l'innovazione tecnologica di frontiera*;
- dispositivi che promuovano la *“contestualizzazione”*, l'adattamento dell'innovazione ai singoli contesti sociali, economici e politici;
- meccanismi che, per settori o gruppi di settori, traendo legittimità ma in modo autonomo dall'Accordo di Parigi, favoriscano la *cooperazione internazionale* fra Stati, anche a geometria variabile, anche attraverso *Open Plurilateral Agreements* o *“accordi plurilaterali aperti”*, specie nei settori più globalizzati.

Innovazione tecnologica di frontiera

L'incertezza concernente l'evoluzione e gli impatti sociali delle innovazioni tecnologiche di frontiera utili alla transizione e il peso degli interessi a conservare l'attuale stato delle cose rendono indispensabile l'**azione pubblica**. Essa può avvalersi assieme di strumenti di *regolazione*, fissando requisiti, standard e sanzioni per inadempimenti (*penalty defaults*), di *politica industriale*, finanziando ricerca e investimenti e accompagnandone la realizzazione, e di *mercato*, sfruttando la concorrenza fra imprese. La novità della proposta sta nel metodo usato per attivare queste leve.

Al centro del dispositivo sta sempre – in forme che le esperienze analizzate dagli autori mostrano diverse – un’Autorità pubblica (o una rete coesa di autorità) che governa il processo, contando su funzionari con altissima competenza specialistica (negli specifici settori su cui l’Autorità punta per la transizione) e **capaci di dialogare alla pari con gli esperti delle imprese**. In alcuni casi, rappresentanti delle imprese o degli altri stakeholders, lavoro e cittadinanza, siedono in organi della stessa Autorità, facilitando il dialogo.

Dalla ricognizione dei casi esaminati emergono alcune **funzioni ricorrenti dell’Autorità** – non sempre tutte presenti – che possono essere così riassunte:

- Stabilisce obiettivi e indirizzi generali della transizione, standard da perseguire e tempi entro cui raggiungerli e, con una legittimazione politica forte e la sponda dell’Accordo di Parigi (cfr. oltre), sanzioni per inadempimenti (*penalty default*) di standard e tempi.
- Dialoga con le singole imprese per acquisire da quelle di esse che affrontano processi di innovazione le informazioni su come gli standard siano effettivamente raggiungibili.
- Realizza un monitoraggio stringente (in tempo reale) dei progressi conseguiti dalle imprese.
- Tiene incontri pubblici per condividere i progressi in atto e realizzare pubblico confronto.
- Seleziona e finanzia specifici progetti, privilegiando nella selezione – è in particolare il caso dell’*Advanced Research Project Agency - Energy* degli USA – le proposte che presentano un’elevata varianza di valutazioni, al fine di assicurare la promozione di strade ad elevato rischio/opportunità, e, dopo la selezione, interagendo con gli innovatori nel processo di attuazione, eventualmente anche per modificare gli obiettivi.
- Conclude accordi/contratti con specifiche imprese per assumere impegni reciproci mirati.
- Adegua nel tempo la propria composizione tecnica in relazione alle tecnologie che vanno emergendo.

Nel fare tutto questo, l’Autorità **viene percepita, a un tempo, come competente, “dura” e credibile – non soggetta a pressioni non trasparenti per disapplicare le sanzioni – ma flessibile, ossia pronta a rivedere le proprie valutazioni e nel caso gli stessi standard alla luce di informazioni robuste e pubbliche**.

Le singole imprese sono incentivate a dialogare con l’Autorità per più ragioni: mostrare nei fatti il proprio impegno innovativo e convincere il regolatore che “ci stanno provando”; convincerlo, nel caso di insuccessi, che ogni sforzo possibile è stato compiuto; influenzare i futuri standard; accedere ad aiuti pubblici alla ricerca o agli investimenti rischiosi.

All’efficacia del dispositivo pubblico concorre – e il dispositivo promuove – un **mix di concorrenza e collaborazione fra le imprese** di ogni specifico settore interessato. La concorrenza, stante la possibilità delle imprese che rischiano e innovano di influenzare gli standard, scoraggia dallo star fermi, dall’assumere una postura di conservazione: ecco perché il dispositivo funziona meglio, scrivono gli autori, in industrie non verticalmente integrate, dove c’è concorrenza nella fornitura delle parti, componenti o beni strumentali; ecco perché all’Autorità conviene dialogare direttamente con singole imprese innovative o con coalizioni di imprese unite da obiettivi di innovazione anziché con le associazioni di categoria generali, dove tende a dominare la postura conservatrice. Al tempo stesso, il dispositivo favorisce e promuove la collaborazione fra le imprese, per essere aggiornati sui tentativi in atto e anticipare le scelte future dell’Autorità, per apprendere le une dalle altre, per coinvolgere nei processi innovativi i produttori di componenti.

II. Contestualizzazione

Affinché le innovazioni tecnologiche di frontiera ora descritte siano effettivamente attuate e possano avere positivi effetti sociali, esse devono essere adattate e in qualche modo reinventate contesto per contesto. Negli esempi del libro: l’integrazione in una data rete dell’offerta di rinnovabili e del ricorso a batterie; le innovazioni per l’abbattimento dell’inquinamento da allevamento a misura dei terreni; nuovi metodi di uso sostenibile delle foreste; etc. Ciò richiede la costruzione di processi di cooperazione e deliberazione fra le imprese (grandi e piccole), lungo le rispettive filiere produttive, le agenzie pubbliche, e poi ovviamente cittadinanza e lavoro.

Dall’esame dei casi relativi a elettricità, agricoltura e forestazione emergono tre indicazioni:

- Per ogni data tecnologia di frontiera, permangono nella fase di attuazione, contesto per contesto, *questioni da risolvere sul piano tecnico, sociale ed economica*: affinché esse non paralizzino l’attuazione, è necessario un **processo collaborativo** che la presidi, intercettando i saperi dei territori e intersecandoli con i saperi di frontiera

(NB: è il passaggio centrale del nuovo metodo di politica pubblica che il ForumDD declina nei campi del welfare, dell’istruzione, della salute, dell’uscita di aree interne e periferie dalla marginalità).

- È necessario che tale processo consenta una **rapida identificazione e correzione degli errori** e che offra alle parti più deboli socialmente e tecnicamente, non compensazioni monetarie, ma **supporto e servizi di capacitazione** per esprimere le proprie aspirazioni e cogliere le opportunità del cambiamento.
- Questo processo di capacitazione si risolve anche in un **processo di democratizzazione** in cui “il progresso sulla frontiera della decarbonizzazione dipende da innovazioni che cambiano il modo in cui i cittadini si fanno udire da chi governa”.

(NB: Questa componente della proposta e la “democratizzazione” che ne discende appaiono come un requisito importante della proposta, e sono affini al metodo che il ForumDD teorizza e cerca di praticare. È un metodo essenziale per rovesciare il mantra “ambientale vs sociale”. È capace di saldare un “alleanza degli innovatori” fra lavoratori/lavoratrici, cittadine/cittadini e imprese che più rischiano nel processo di transizione, un’alleanza che si contrapponga al fronte variegato dei potenti avversari della transizione e che dia uno spessore sociale ai potenziali alleati. Sulla necessità di costruire una “coalizione sociale innovativa per la giustizia ambientale e sociale” si veda la Relazione all’Assemblea ForumDD del 18 ottobre 2023: per un’analisi di avversari e alleati potenziali si veda ForumDD, “La transizione energetica tra spinte di cambiamento e di conservazione: una introduzione per inquadrare il PNIEC”. È questa la strada per prefigurare, programmare e attuare trasformazioni sociali positive nell’organizzazione di vita delle comunità, dei quartieri, dell’abitare, che accompagnino la transizione energetica).

III. Cooperazione internazionale e rafforzamento dell’Accordo di Parigi

La terza parte della strada indicata è costituita dalla combinazione di nuove forme di cooperazione internazionale con un rafforzamento della cogenza dell’Accordo di Parigi.

La cooperazione è necessaria per quattro ragioni:

- La più classica: *evitare* che gli Stati all’avanguardia siano scoraggiati a procedere dalla *concorrenza al ribasso* subita dalle proprie imprese da parte di imprese di Stati di retroguardia.

Ma anche:

- *Accrescere la scala*, attraverso l’alleanza fra imprese, delle sperimentazioni di nuove tecnologie;
- *Apprendere* più rapidamente dalle contestualizzazioni già realizzate da altri Stati.
- *Offrire* ad altri Stati il *riferimento di standard più elevati*.

La “cooperazione sperimentalista”, come la definiscono, deve riguardare soprattutto le industrie globalizzate che competono sul mercato internazionale. (Ma può riguardare anche le esperienze di contestualizzazione). Secondo la valutazione degli autori, circa metà delle emissioni mondiali sono direttamente soggette a standard internazionali legati a regole di accesso al mercato. La prospettiva che i propri standard nazionali si diffonderanno è una leva fondamentale per spingere a innovare.

Gli autori mostrano che il disegno concreto della cooperazione deve compiere **scelte delicate su due fronti**:

- *Dimensione della coalizione*: piccola abbastanza da convergere su un comune obiettivo sfidante; grande abbastanza da imporsi come punto di riferimento.
- *Livello di granularità dell’oggetto*: è a livello assai granulare che avvengono i passi in avanti tecnologici, ma non vanno prestabiliti confini settoriali rigidi perché è da contaminazioni orizzontali che può venire il salto.

Gli autori fanno riferimento ad *accordi plurilaterali aperti* (Open Plurilateral Agreements) che seguano la strada di nuove forme che hanno preso a nascere all’ombra del WTO. Con tre caratteristiche:

- Non sono di natura generale ma riguardano *campi delimitati* (evitando così la compensazione politica non trasparente fra tavoli settoriali diversi).
- Prevedono forme permanenti e note di circolazione della conoscenza e di *monitoraggio e review reciproci*.
- Sono *aperte a nuovi membri*.

Secondo gli autori la natura non tecnocratica, come è stato invece storicamente nella tradizione del WTO, di questo tipo di accordi li rende verificabili e democratici e risolve il trilemma di Dani Rodrik sull’incompatibilità di accordi tecnocratici con la democrazia e la sovranità nazionale. Essi si prestano dunque a un percorso democratico della transizione energetica.

Stante la natura del Trattato di Parigi, gli autori ritengono che queste forme di cooperazione debbano aver luogo al di fuori di esso, ma l’Accordo di Parigi resta fondamentale, perché deve agire come “fonte di autorità

e di sanzione di ultima istanza”, visto che l’esistenza di dure sanzioni da inadempimento è un requisito della proposta formulata. Da questo punto di vista, lo schema di Parigi appare debole agli autori, perché il tema delle sanzioni è stato a lungo scantonato e l’Accordo non ha in realtà poteri sanzionatori, in quanto gli obiettivi sono fissati nei rispettivi piani nazionali (NDC). Ciò si traduce nel lancio di accuse e di minacce “facili da fare e difficili da contraddire” – come scrivono - col risultato che esse sono frequenti e inutili.

Gli autori propongono allora una **“modesta riforma” di Parigi**: a) prevedere “sanzioni per mancato rispetto, ma solo se accompagnate dall’impegno degli Stati accusatori a offrire supporto finanziario e tecnico”, strumento essenziale di una logica di apprendimento sperimentale; b) prevedere che gli Stati accusati, a loro volta, per ottenere tale supporto, “debbano accettare una *peer review* volontaria da parti terze volta ad accertare se il mancato rispetto abbia cause oggettive e come rimuoverle.”

<https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/come-affrontare-la-sfida-climatica-larisposta-di-charles-sabel/>

Sanità pubblica e privata

quotidianosanita.it

Anteprima Rapporto Oasi-Bocconi 2023. L’universalismo del Ssn è ormai selettivo. Serve definire priorità consapevoli e riorganizzare per non razionare

Lucia Conti

Le risorse sono sempre meno, i bisogni sempre di più. E così il 50% delle visite specialistiche ambulatoriali oggi sono pagate privatamente, così come il 33% degli accertamenti diagnostici ambulatoriali. Per il Cergas della SDA Bocconi occorre andare oltre l’illusione di un Ssn “che garantisce tutto a tutti” e capire come far fronte ai crescenti bisogni di una popolazione sempre più anziana. Tra le proposte, puntare alla presa in carico, soprattutto di cronici e fragili (che determinano la maggior quota di spesa) e accompagnare verso una calmierazione e convergenza dei consumi di prestazioni



27 NOV - La scarsità di risorse per il Ssn, insufficienti soprattutto in relazione ai bisogni in crescita, mette le Regioni, ancor più dello Stato, di fronte alla difficile scelta tra il mantenimento dell’equilibrio economico e la salvaguardia dei livelli erogativi. La risposta, secondo i ricercatori del Cergas (Centro Ricerche sulla Gestione dell’Assistenza Sanitaria e sociale), della SDA Bocconi, non può in ogni caso essere quella della riduzione lineare dei servizi, che ha ormai esaurito gli spazi di efficientamento più facilmente conseguibili, ma richiede una trasformazione profonda dei modelli in una logica di maggiore governo della domanda e di reingegnerizzazione dei processi di cura. Più facile a dirsi che a farsi, ma è proprio la riflessione che il Cergas della SDA Bocconi ha deciso di affrontare nel Rapporto Oasi (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), edizione 2023, che [sarà presentato domani](#) a Milano.

Il quadro nazionale

La riflessione del Cergas parte da alcuni fatti incontrovertibili: lo squilibrio demografico e lo spiazzamento della spesa pensionistica a questo legato. L'Italia del 2023 registra un numero di over65, e dunque di potenziali pensionati, doppio rispetto a quello dei minori di 15 anni: 14,1 milioni contro 7,3 milioni. Il rapporto tra lavoratori e pensionati è ormai di 1,7 a 1 e il dato è in costante peggioramento a causa della decrescente natalità, della ridotta percentuale di occupati (62% della popolazione in età da lavoro), di una programmazione dell'immigrazione regolare a lungo insufficiente e dell'aumento progressivo, anche se in rallentamento, della speranza di vita media. Questa situazione impatta sulla sanità in due diversi modi, da una parte sul ridotto numero di contribuenti e sull'alto numero di pensioni, dall'altro sulla crescita dei bisogni di salute legati a un'aspettativa di vita sempre più alta. "La crescita della popolazione anziana e i meccanismi di rivalutazione collegati all'inflazione – spiegano dunque i ricercatori del Cergas - comportano, a politiche invariate, previsioni di aumento della spesa pensionistica di 64 miliardi nel solo periodo 2022-2026: un incremento del 22% per un comparto che già oggi assorbe il 15% del PIL, oltre il doppio della sanità pubblica (6,7%)".

Ad influire sulla situazione economica del Paese ci sono chiaramente molti altri fattori, nazionali e internazionali, ma andando dritti a cosa questo comporti in termini di finanziamento del Ssn, sappiamo che secondo le previsioni a legislazione invariata, rispetto al 2022 (ultimo esercizio consuntivato), entro il 2026 la spesa sanitaria crescerà di 8 miliardi. Si tratta di un aumento percentuale del 6% in quattro esercizi, largamente al di sotto del trend economico e inflattivo previsto, che conduce quindi a una riduzione della sua incidenza nominale e reale sul PIL: dal 6,7% al 6,1%, ben al di sotto di quanto registrato in Francia, Germania e Regno Unito, che si collocano tra il 10% e l'11% del PIL. E con tali risorse l'SSN deve prendere in carico una popolazione tra le più anziane del mondo.

Il quadro regionale

A livello regionale, poi, il Rapporto Oasi evidenzia come si sia assistito a un ulteriore fenomeno: molte regioni del Centro-Nord, con una rete più robusta di servizi e di capacity produttiva installata, tradizionalmente caratterizzate da una governance molto inclusiva rispetto agli enti locali e da una rete di erogatori prevalentemente pubblici, i cui costi sono più difficilmente contenibili attraverso tetti e budget, si sono trovate in grande tensione finanziaria. Per l'esercizio 2022, al Centro-Nord, i risultati negativi più rilevanti in valore assoluto sono da ricondurre a Emilia-Romagna e Toscana. Paradossalmente, le regioni del Mezzogiorno, asciugate da anni di piani di rientro, con una rete di servizi più deboli, appaiono per la maggior parte in buon equilibrio. "Simbolicamente e significativamente, la Regione Calabria, purtroppo caratterizzata da deboli servizi, dalla minore speranza di vita e minore speranza di vita in buona salute del Paese, presenta un avanzo di bilancio", osservano i ricercatori, secondo i quali "riguardo alle regioni del Centro-Nord in difficoltà finanziaria, l'interpretazione probabilmente più corrispondente al vero è quella di Ssr che offrono una buona gamma di servizi, comunque insufficienti rispetto ai bisogni, ma, purtroppo, già superiori al livello che il Ssn può permettersi con un livello di finanziamento tra il 6% e il 7% del Pil"

Un sistema sanitario universalistico in realtà già selettivo, che seleziona le sue priorità implicitamente e con scarsa consapevolezza

Non ne sono convinti i ricercatori della Bocconi. "In questo scenario – osservano infatti nel Rapporto - , vengono perpetuate dichiarazioni di intenti universalistiche, con tensioni verso panieri di prestazioni coperte teoricamente sempre più generosi", ma "le ultime evidenze disponibili segnalano che ormai il 50% delle visite specialistiche ambulatoriali sono pagate privatamente, così come il 33% degli accertamenti diagnostici ambulatoriali. Allo stesso modo, la riabilitazione domiciliare e ambulatoriale è in larga maggioranza a pagamento (seppure virtualmente coperta), come da sempre l'odontoiatria (esclusa comunque dalla copertura)"

È evidente che, in maniera tanto chiara agli analisti quanto poco familiare per l'opinione corrente, siamo di fronte a un universalismo che in realtà è selettivo, seppure in maniera implicita. In questo quadro, non è detto che chi acceda ai servizi sia chi ha maggiore bisogno. Ciò pone la questione se definire delle priorità consapevoli, orientate a massimizzare il beneficio collettivo, percorso sicuramente difficile, o se continuare con prioritizzazioni emergenti e inconsapevoli.

Insomma, quella di un universalismo delle cure che dovrebbe garantire ogni prestazione sanitaria a chiunque, gratuitamente e in qualsiasi contesto appare come un'opzione non realistica, specialmente a fronte della contrazione delle risorse, dell'aumento dei costi di produzione e dell'incremento dei bisogni

Cosa fare, allora? Razionare o riorganizzare? Concentrarsi sul paziente occasionale oppure cronico?

A queste domande cercano di rispondere gli esperti della Bocconi, proponendo, tra le altre cose, una visione del PNRR e del DM 77 che vuole essere "più coerente al quadro epidemiologico e delle risorse del Ssn in essere", che ha due grandi necessità, secondo i ricercatori: "Da un lato, definire priorità e perimetrare le aspettative dei pazienti, dall'altro, riallocare le risorse e i servizi a favore dei target di bisogno e dei setting ritenuti prioritari". Il tutto senza

mettere in campo cambiamenti al margine, a macchia di leopardo, che “hanno un’efficacia ridotta, anche a causa della scarsità di risorse per gli investimenti e dell’assenza di un orizzonte strategico complessivo”.

L’obiettivo, per gli esperti del Cergas Bocconi, è quindi quello “ricollocarsi decisamente verso logiche di presa in carico, da applicare soprattutto a cronici e fragili, i quali determinano una quota maggioritaria della spesa; verso logiche di calmierazione e convergenza dei consumi per paziente, di accompagnamento proattivo da parte del Ssn ai consumi appropriati e sostenibili, i quali corrisponderanno a una quota più o meno ampia di domanda”. Va superata, scrivono i ricercatori nel Rapporto Oasi, “la logica che vede il prescritto nel Ssn non correlato alla capacità produttiva disponibile; che osserva il cittadino, senza una guida, alla caccia della prestazione reperibile; che prova a inseguire le liste di attesa, quando in realtà non sappiamo quanti pazienti ricevono più prestazioni del necessario e quanti invece ne ricevono di meno. Cosa succederebbe se registrassimo, come probabile, che la maggior parte delle persone in lista d’attesa sono over-treated, mentre nessuno insegue gli under-treated?”

Le riflessioni, dunque, dovrebbero partire da alcuni punti fermi, “dettati dall’osservazione delle criticità esistenti, ma soprattutto dalla ragionevolezza”, evidenziano i ricercatori. E dunque:

- i consumi, tra pazienti omogenei in termini di patologie e stadiazione, dovrebbero essere convergenti;
- i volumi e mix delle prestazioni prescritte dovrebbero essere coerenti con quanto effettivamente erogabile;
- le prestazioni appropriate ed effettivamente disponibili in un arco territoriale e temporale ragionevole dovrebbero essere indicate direttamente al cittadino in sede di prescrizione.

“Questi passaggi – spiega il Cergas - rappresentano una grande rivoluzione di cultura di servizio. Richiedono processi più trasversali tra i silos aziendali e logiche di presa in carico opposte a quelle prestazionali. Richiedono soprattutto un framing diverso dei problemi”, come cerca di proporre il Rapporto OASI 2023. Le liste di attesa, ad esempio, per i ricercatori, “più che essere il problema, segnalano una serie di problemi sottostanti che non possono essere genericamente inquadrati come scarsa produttività. Se le prescrizioni registrano ancora elevata e non giustificabile variabilità tra pazienti cronici omogenei e tra territori comparabili, anche perché il prescritto non tiene conto delle agende disponibili nel Ssn, è inevitabile che si formino liste d’attesa e che il 50% delle visite siano poi ottenute a pagamento. Il problema, certamente a fronte di risorse scarse, è di programmazione, di governo clinico, di operations management. Un problema di postura, che deve passare dal focus esclusivo sull’offerta al governo della domanda”.

In sintesi, “i due mantra della nuova stagione, il contenimento della spesa e il rinnovo dei setting erogativi proposto dal Pnrr, si conciliano se il secondo è occasione di riorganizzazione e ridisegno dei servizi, a fronte di risorse stabili se non in calo e di un quadro epidemiologico in trend inesorabilmente peggiorativo. Qualora, invece, il Pnrr venisse interpretato come politica di espansione e diversificazione dei servizi, a fronte di risorse finanziarie e umane stabili o in riduzione, il programma di investimento risulterebbe inconsistente e anzi dannoso per la qualità dei servizi e per la reputazione del Ssn”, concludono i ricercatori del Cergas Bocconi.

E le tanto discusse Case di Comunità che ruolo avrebbero, in questo nuovo contesto? “Attualmente – spiegano i ricercatori della Bocconi -, le CdC appaiono declinate in logica supply oriented, con spazi e tecnologie proprie e personale sanitario prevalentemente tratto per un certo quantitativo di ore settimanali da articolazioni organizzative ospedaliere o dalle cure primarie. Se la piattaforma erogativa si confermerà come la logica stabile dei nuovi setting fisici del territorio, sarà necessario responsabilizzare sulla coerenza tra le risorse proprie e quelle appartenenti ad altri, e, poi, tra il combinato disposto delle due e le prestazioni erogate. Se le Case della Comunità vorranno, invece, rappresentare un tensore orizzontale, allora l’oggetto ultimo di misurazione e responsabilizzazione dovrà evolvere verso il macro-processo della presa in carico, trasversale ai setting, fino all’introduzione di veri e propri budget di salute. Questo richiederebbe un ripensamento globale dei sistemi di controllo di gestione in una logica orientata ai processi, portando a livello di CdC metriche globali di sostenibilità, appropriatezza, efficacia e qualità complessive della presa in carico”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118616

Sul privato un dibattito franco, rude ma scevro di attacchi personali

Roberto Polillo, Mara Tognetti

17 NOV -

Gentile direttore,

in premessa volevamo rassicurare la [presidente Barbara Cittadini](#) che il nostro intento non è certo quello di demonizzare il privato ma di aprire un dibattito franco, rude senza, cadere in attacchi personali fine a sè stessi che squalificano ogni discussione del merito. Ovviamente senza ricorrere alla strategia del "al lupo, al lupo" ma ricorrendo a dati di fonti ufficiali, quindi sulla base di ragionamenti fondati scientificamente.

I dati sulle strutture da noi riportati sono quelli contenuti nell'annuario del Ministero della Salute e quindi se la codifica in esso contenuta è inadeguata non siamo noi a potercene fare carico.

A tale riguardo potremmo aprire un lungo ragionamento sull'importanza di dati sistematici, continui, comparabili e ovviamente descritti in modo tale che tutti possano comprendere gli andamenti, le tendenze, ecc, ma non è di questo che volevamo discutere nel nostro contributo precedente.

Il lavoro di Fioranello e colleghi su contributo degli accreditati all'emergenza/urgenza

In un pregevole lavoro dell'Anaa a firma di Fioranello e colleghi sui servizi di emergenza e urgenza e sul contributo dato dalle strutture accreditate e pubbliche a livello nazionale in termini di posti letto messi a disposizione e numero di accessi si desume come "Il privato con il 40,4 % delle strutture per Acuti e il 23,4 % dei posti letto ha il 9,7% degli accessi in DEA/PS lasciando il 90,3% al pubblico".

Un dato che giustifica ampiamente la nostra asserzione che il privato massimizza i rendimenti e minimizza i costi.

Nei nostri ospedali il più basso indice di complessità in alcune tipologie di attività rispetto alle grandi strutture accreditate deriva oltre che dalla inadeguatezza del modello di management adottato, come più volte ripetuto, dal fatto che nel pubblico le attività ordinarie sono ormai completamente sovvertite dalla necessità di dare assistenza ai pazienti provenienti dai PS che evidentemente non stanno altrettanto a cuore agli erogatori accreditati.

I reparti chirurgici dunque (il vero core business del privato) non lavorano più sull'elezione ma sulla necessità di trattare casi urgenti e politraumatizzati. Mentre i privati possono scegliere i DRG più remunerati, i pubblici devono dare assistenza a quelli che invia loro il PS senza badare al valore del case-mix. Anche questo una realtà indiscutibile.

Così in ortopedia: una cosa è trattare le protesi (campo privilegiato del privato) ad alto rendimento e altro è trattare o dovere trattate traumi e per-trocanteriche. Lo stesso dicasi per la cardiocirurgia dove ormai esistono specifici gruppi privati che operano in tutta Italia.

Un trattamento diseguale tra pubblico e privato

Un secondo elemento da considerare è il diverso trattamento che con gli anni è stato riservato ai privati.

Abbiamo scelto la Regione Lazio, come caso emblematico ma potremmo fare molti altri esempi a partire dalla Regione Lombardia.

Nel Lazio dove coesistono due servizi sanitari diversi uno pubblico e l'altro di proprietà del Vaticano (Policlinici Gemelli e Campus Bio-medico, Bambino Gesù, IDI e altri ospedali come Cristo Re, Fatebenefratelli etc) in convenzione obbligata come previsto dalla 833/78, il trattamento è stato sempre a favore dei religiosi.

Ricordiamo a titolo di esempio che per anni i bilanci del Gemelli sono stati ripianati attraverso il pagamento di cosiddette "attività non misurabili" che compensavano le perdite. Lo stesso Ospedale, il più importante del Lazio mette a disposizione del CUP regionale solo il 2% delle prestazioni prenotabili e si è dovuto aspettare il Presidente Rocca per chiedere che fosse elevato al 50%.

Privato sociale e intramoenia: l'abbandono del servizio pubblico

Per fare quadrare i bilanci molte di queste strutture hanno spostato tutta una serie di prestazioni ambulatoriali, non più remunerative, dal pubblico al privato sociale. Il Gemelli ad esempio non eroga più prestazioni di allergologia, di cui è stato sempre il principale punto di riferimento, in regime pubblico e ora i cittadini hanno solo due possibilità o l'intramoenia pura in orario pomeridiano (attesa di poche settimane) o il privato sociale nello spazio antimeridiano (attesa di numerosi mesi). Un modo molto singolare di avere rapporti convenzionali!

Queste strutture inoltre dispongono di una forte presenza di posti letto per solventi riuscendo così a pareggiare i propri conti anche con tariffe di rimborso oggettivamente basse. Senza contare gli ulteriori finanziamenti che ogni anno la Finanziaria riserva loro o la creazione esclusivamente al loro interno di centri di eccellenza per patologie rare.

La crescita smisurata del privato frutto di scelte politiche

La nostra tesi dunque lungi dal demonizzare il privato in generale sostiene che la causa della crescita smisurata di tale settore è stata determinata da chiare scelte politiche che hanno penalizzato l'assistenza pubblica attraverso una serie di misure: l'implementazione di una programmazione basata solo su tagli lineari, riduzione delle piante organiche delle strutture pubbliche tramite il blocco delle assunzioni con inevitabile riduzione della produttività, gestione fallimentare delle aziende sanitarie e della scelta dei dirigenti seguendo logiche di fedeltà più che di competenza.

Ragionare sulla relazione pubblico/privato per ripensare il SSN

Ragionare sulla relazione pubblico/privato nel SSN significa ripensare il SSN, la sua operatività, la sua sostenibilità, il ruolo dei diversi attori che entrano nel campo della salute, con le potenzialità, i limiti e gli interessi di ogni attore, senza nascondersi che cosa è realmente successo in questi 45 anni di SSN e cosa più importante cercando di definire, se possibile, quali debbono essere le strategie future per continuare a garantire un Servizio Sanitario Pubblico, senza nascondere nulla sotto il tappeto.

Un pubblico ed un privato competitivo e collaborante che condivide una progettualità valutabile, verificabile, rimodulabile sulla base dei risultati operativi e dei bisogni di salute, dal nostro punto di vista, e da dati di fonte ufficiale alla mano, è una delle strade che consentiranno di continuare a garantire il diritto alla salute dei cittadini, tutti i cittadini a partire dagli ultimi.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=118387

quotidianosanita.it

Il mito della superiorità del privato e il tabù della inefficienza del pubblico

Claudio Maria Maffei

06 NOV -

Gentile direttore,

nel suo recente, e come sempre stimolante, intervento qui su Qs, [Roberto Polillo](#) ha messo al primo posto tra i miti che avvelenano i pozzi del nostro Ssn quello della superiorità del privato. Il paragrafo dedicato a questo mito ha un incipit che non lascia dubbi: i sistemi sanitari a prevalenza del privato sono i meno efficienti e i meno equi. Alcuni esempi hanno giustificato questa affermazione: gli Stati Uniti, la Lombardia, la ospedalità religiosa del Lazio e la diagnostica allergologica.

Il mito del privato superiore o più efficiente è alimentato soprattutto da chi questa superiorità la contesta, molto meno da chi la sostiene a supporto di scelte di politica sanitaria. A livello politico-istituzionale, tolta la Lombardia che merita un discorso a parte, non mi risulta esserci la spinta ad un sistematico ricorso al privato da privilegiare sempreché "superiore". Tanto per dire, non mi pare si sognino di lasciar anche solo trapelare indicazioni in questa direzione sia la Presidente Meloni che il Ministro Schillaci. Quanto agli esperti a vario titolo che si occupano di politica sanitaria e che autorevolmente, ad esempio qui su Qs, ragionano sulla crisi del Ssn e sulle sue cause prevalgono di gran lunga le posizioni per un ridimensionamento del privato rispetto a chi ne auspica lo sviluppo. La crescita del privato, nelle sue varie forme, non è frutto tanto di scelte esplicite a suo favore, che giustificerebbero la demolizione del mito, quanto dalla decrescita della componente pubblica del Ssn, che va assolutamente arrestata, cosa su cui in questa sede siamo tutti d'accordo, almeno credo.

Ma alla base di questo mio contributo al dibattito non riguarda il mito del privato nelle sue varie forme, mito rispetto al quale continuo ad augurarmi che ci sia una maggiore "precisione" di analisi e di proposta così da perimetrare che cosa si intende per "privato" e da definire le misure correttive che si intendono proporre (che immagino vadano da una sua esclusione totale o parziale dai servizi offerti dal Ssn a un suo ridimensionamento mirato), misure che però raramente vedo esplicitate. Il mio obiettivo è sottolineare ancora una volta il tabù della inefficienza del pubblico, mai o quasi mai elencato tra i fattori alla base della crisi del Ssn. Al massimo capita di vederla inclusa come categoria tra le tante in gioco come causa di spreco, ma non ricordo tentativi di analizzarne le forme e di stimarne l'impatto. A mio parere invece l'impatto della "inefficienza del pubblico" sulla crisi del Ssn ha un peso enorme, molto diverso però da Regione e Regione, come tutto il resto in sanità del resto.

In questa sede per "inefficienza del pubblico" mi riferisco a quell'insieme di scelte programmatiche, organizzative e gestionali che l'apparato istituzionale e quindi pubblico del Ssn (Ministero coi suoi organi, Regioni e Aziende) fa continuamente. Mi limito ad alcuni esempi che sono in grado di documentare adeguatamente per la mia Regione (le

Marche). Qui voglio sottolineare come per analizzare questa dimensione della “inefficienza del pubblico” ci sia bisogno di una conoscenza di dettaglio della macchina del Ssn per riconoscere nei suoi atti e nel suo funzionamento i segni di questa inefficienza. I miei sin troppo ripetuti interventi sulla politica sanitaria delle Marche non nascono solo dal tentativo di lanciare un grido di dolore (che gli organi centrali non hanno mai raccolto), ma anche dalla convinzione che quello che succede nelle Marche sia espressione di politiche diffuse anche nel resto dei sistemi sanitari regionali.

La prima e più importante espressione di questa inefficienza è la programmazione ospedaliera, che si discosta spesso in modo impressionante dal DM 70 con la frammentazione della rete ospedaliera e la duplicazione di funzioni tra strutture geograficamente molto vicine che sono causa di una inefficiente utilizzazione delle risorse umane (peccato gravissimo di questi tempi), di una inefficiente produzione di prestazioni (che viene pagata letteralmente dai cittadini) e di perdita di attrattività nei confronti dei professionisti (altro peccato gravissimo di questi tempi). Il crescente fabbisogno di medici delle cooperative trova origine anche in questa programmazione che la politica regionale vuole e che il livello centrale consente. Si può benissimo mantenere una rete ospedaliera dispersa, come fanno le Marche, e prendere il massimo dei voti con gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia oppure fare programmi di edilizia sanitaria “folli” con sale operatorie da chirurgia complessa in ospedali di area disagiata, come fanno le Marche, senza che intervengano controlli centrali a scoraggiarli o correggerli. Questa “falla” di sistema è un buco di grandi dimensioni di cui il privato beneficia, ma non per sua volontà o pressione, almeno nelle realtà che conosco.

Un'altra espressione di questa inefficienza del pubblico è spesso rappresentata dalla rete dei servizi dell'emergenza territoriale e degli annessi Punti di Primo Intervento. Ancora una volta le Marche mi “aiutano” con la scelta di prevedere in alcuni Ospedali di Comunità collocati in aree di forte interesse elettorale della attuale Giunta di centrodestra una sorta di pseudo-Pronto Soccorso con proprio personale in aggiunta a quello della postazione dell'emergenza territoriale pure prevista o mantenuta.

Un altro, e ultimo esempio, è quello delle strutture e attività previste dal PNRR, spesso invocate come una delle possibili vie d'uscita dalla crisi del Ssn. La Giunta nelle Marche non ha minimamente capito che il PNRR dovrebbe ridisegnare la struttura dell'offerta di servizi e il modello culturale, e quindi organizzativo, che vi è sotteso e non solo aggiungere strutture a strutture lasciando peraltro invariata la offerta ospedaliera dispersa. In questo modo nelle aree di maggior interesse elettorale si stanno inventando nelle Marche gli Ospedali di Comunità di area disagiata (in pratica dei “piccolissimi” ospedali) e delle Case della Comunità strutturate come poliambulatori specialistici con la endoscopia digestiva di primo livello (tanto per fare un esempio). Si tratta di scelte “affondate e mascherate” negli atti che diventa dunque difficile smascherare.

Il senso di questo mio intervento è semplice: non trattiamo come mito la superiorità del privato per giustificare a priori la superiorità del pubblico. Un approccio così attira consensi, ma non aiuta a risolvere i problemi.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=118048

quotidianosanita.it

Ancora sulla questione pubblico/privato nel Ssn: problematiche e prospettive future

Roberto Polillo e Mara Tognetti

Un Ssn ripensato e ridisegnato con urgenza dovrà e non potrà che contare anche sul contributo del privato sia in ambiti ad alta tecnologia e sviluppo, sia per prestazioni ad alta intensità lavorativa come la long term-care che costituirà assieme alle prossime pandemie una sfida importante per tutti, sia nella creazione e sperimentazioni di reti di cura. Un Ssn che costruirà con la collaborazione di tutti gli attori utili un bene collettivo dai forti impatti sulla salute ma anche sull'economia del nostro Paese

13 NOV -

La questione della regolazione pubblico/privato in sanità che intendiamo affrontare nel nostro contributo solo apparentemente può risultare poco rilevante di fronte ad un Sistema Sanitario Nazionale che in modo deliberato viene lasciato morire e fatto morire.

Un Sistema Sanitario che, come più volte richiamato, per sopravvivere ha bisogno di interventi organici urgenti, come già evidenziato in precedenti contributi, e di essere ripensato allineandolo alle trasformazioni sociali e di salute che caratterizzano e caratterizzeranno sempre di più la nostra società.

Del tutto evidente è infatti la necessità di mettere al centro la lotta alle disuguaglianze di salute, cresciute ulteriormente con la pandemia e ai fattori di nocività, i cui effetti si manifestano in modo più vistoso sulle fasce più

svantaggiate a partire dai primi mesi del concepimento, come ampiamente confermato dagli studi sulla epigenetica.

Ambiente e cause remote di malattia

L'ambiente di vita, l'ambiente di lavoro e gli stili di vita sono dunque le cause remote in grado di predeterminare gli esiti di malattia, ponendo le basi delle future cronicità. Su questi determinanti e sul loro gradiente di classe sociale va riprogrammato l'intervento del servizio sanitario pubblico, attraverso l'implementazione di misure di promozione della salute e di prevenzione primaria.

Una necessità confermata anche dagli ultimi dati sulla longevità della popolazione che ci ha visti scivolare in un sol colpo dal 3° al 9° posto della graduatoria mondiale!

Di pari passo va ridefinito, nell'ambito dell'assistenza per acuti e per il trattamento delle cronicità, il contributo che il privato potrà fornire sulle basi degli istituti di accreditamento e degli accordi contrattuali previsti dalla legge 229 e dalle novità introdotte dal decreto Concorrenza (118/2022).

Si tratta in particolare di valorizzare, in applicazione di tale decreto, il contributo che il privato accreditato dovrà esercitare ai fini della costituzione/ implementazione di reti cliniche e della presa in carico dei pazienti attraverso PDTA.

Un aspetto di rilievo che riprenderemo per maggiore chiarezza dopo avere analizzato la consistenza quali/quantitativa delle strutture private attualmente accreditate e le modalità di regolazione istituzionale pubblico/privato.

Nella parte conclusiva ritorneremo su un'analisi del perché la collaborazione pubblico/ privata non abbia dato i risultati da molti auspicati e cercheremo di delineare delle prospettive di cambiamento possibile.

La dimensione dell'assistenza e il contributo del privato accreditato in Italia

Secondo gli ultimi dati dell'Annuario statistico del Ministero della salute (relativi al 2021) le strutture sanitarie censite sul nostro territorio sono:

- a) 995 per l'assistenza ospedaliera,
- b) 8.778 per l'assistenza specialistica ambulatoriale,
- c) 7.984 per l'assistenza territoriale residenziale,
- d) 3.005 per l'assistenza territoriale semiresidenziale,
- e) 7.064 per l'altra assistenza territoriale
- f) 1.154 per l'assistenza riabilitativa (ex. art. 26 L. 833/78).

Di queste, le strutture private che erogano assistenza ospedaliera sono il 48,6% del totale mentre quelle che erogano altra assistenza territoriale il 14%.

Le strutture private invece sono la maggioranza di quelle che erogano l'assistenza territoriale residenziale (84,0%), semiresidenziale (71,3%) e l'assistenza riabilitativa ex art.26 833/78 (78,2%).

L'assistenza ospedaliera accreditata i Posti letto disponibili e le variazioni interregionali

La presenza di strutture private accreditate presenta una significativa variazione regionale. Essa è massima nel Lazio dove sono presenti due Policlinici universitari privati e 8 ospedali classificati o assimilati e completamente assente in Emilia-Romagna e in Toscana le cui strutture sono esclusivamente pubbliche. Una differenza che deve necessariamente fare riflettere e che richiama a ben precise scelte del legislatore regionale!

In termini di posti letto per la degenza ordinaria (oltre 214 mila), il privato accreditato mette a disposizione il 20,5% di essi. Una situazione simile anche per quanto riguarda i 12.027 posti per day hospital privati nel 11,4% come anche per gli 8.132 posti per day surgery, privati nel 23,3%.

Nel complesso i posti letto per ogni 1000 abitanti sono a livello nazionale 4,0 di cui 3,4 dedicati all'attività per acuti. Un rapporto talmente basso da collocarci agli ultimi posti in ambito europeo. Un processo di contrazione dell'offerta iniziato da oltre due decenni, a seguito delle politiche di tagli lineari, e particolarmente significativo nel decennio 2010 - 2020 dove le strutture sanitarie chiuse sono state 111 con 113 pronto soccorso mentre la riduzione di posti letto è stata pari a 37.000 unità in meno.

Un mercato segmentato in funzione del profitto

I dati appena illustrati dimostrano dunque in modo netto una segmentazione del mercato sanitario in funzione del grado di complessità dell'assistenza erogata come e soprattutto della diversa redditività dei servizi resi.

Il privato di fatto ha giocato sempre una partita in cui si minimizzano i costi e si massimizzano i profitti; una distorsione che diventa sempre più inaccettabile alla luce della grave crisi di presenza del nostro SSN e che dovrà necessariamente trovare una soluzione nel riequilibrio tra costi e profitti e in un maggiore impegno assistenziale

del privato a partire dal circuito dell'emergenza/urgenza, in grandissima difficoltà per la carenza di strutture e personale dedicato.

In una revisione delle modalità di collaborazione istituzionale, il privato dunque dovrà necessariamente abbandonare posizioni di rendita e farsi carico anche dell'insieme dei servizi, ivi compresi quelli a minore valenza economica e maggiore impatto assistenziale.

Il processo di accreditamento dei soggetti erogatori e le nuove norme previste dal decreto Concorrenza legge 118/2022

Fino all'entrata in vigore del decreto Concorrenza L. 118/2022 e del DM ministeriale di "applicazione delle procedure di accreditamento dei soggetti privati ai fini dell'erogazione di prestazioni sanitarie rientranti nel servizio pubblico", le procedure di accreditamento sono state disciplinate esclusivamente ai sensi degli artt. 8-bis, 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 (art 8 quater comma 7 è stato sostituito dall'articolo 15 della legge 118/2022).

Un processo articolato sulla base di due diversi principi

Il percorso per divenire soggetto accreditato è articolato in due diversi momenti:

- 1) acquisizione dell'autorizzazione sanitaria (rilasciata previo accertamento dell'esistenza di requisiti di carattere organizzativo, igienico e tecnico-sanitario);
- 2) inserimento del soggetto privato nel servizio sanitario, in regime di "concorso" con le strutture pubbliche mediante accreditamento e successiva sottoscrizione dell'accordo (soggetto titolato le ASL) a mezzo del quale viene assegnato un budget inderogabile.

Due step diversi che tuttavia non si risolvono necessariamente nel secondo in quanto a norma dell'art. 8-quater dello stesso d.lgs. 502/1992 «la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies". Un conto dunque è avere i "requisiti per" il SSN, un'altra è "lavorare per conto del SSN".

Il decreto Concorrenza e il relativo DM ministero salute

Con il più volte citato decreto Concorrenza e con la prevista intesa stipulata con la Conferenza delle regioni sullo schema di decreto del Ministero della salute già citato in materia di valutazione delle attività erogate in termini di qualità sicurezza e appropriatezza etc, la normativa sull'accreditamento istituzionale ha subito delle importanti variazioni.

Nello specifico il nuovo decreto definisce sia i requisiti aggiuntivi di sicurezza, qualità e appropriatezza per i soggetti che chiedono l'accreditamento o l'avvio di nuove attività (Allegato A), sia ulteriori requisiti (Allegato B) per i soggetti interessati alla stipula di accordi contrattuali.

Ripensare la relazione pubblico privato alla luce dell'allegato B

L'allegato B del più volte citato DM prevede tra i numerosi requisiti aggiuntivi (svolgimento di Audit, volumi ed esiti per il programma PNE, utilizzo di telemedicina, adesione al CUP regionale etc) lo svolgimento di diverse attività sia nell'ambito delle reti tempo dipendenti e oncologiche e sia nelle ulteriori reti cliniche attivate in sede regionale. Il legislatore ha finalmente colto l'importanza di uscire da un sistema di "concorso" al SSN meramente quantitativo-generico e imperniato sui volumi prestazionali da non superare ad un sistema in cui la partecipazione del privato è finalizzata e subordinata alla costruzione o potenziamento di una rete clinica a partire da quella dell'emergenza/urgenza. Un tema che riprendermi nella parte conclusiva del nostro intervento

Che cosa è finora successo nella realtà

Come più volte sostenuto su questo quotidiano da noi è da altri, l'inserimento dell'attore privato nel SSN è stato sicuramente il frutto di nuove prospettive organizzative ma anche ideologiche come il new public management, ma anche "una necessità" derivante dal fatto che pur in un sistema universalistico, che come tale deve restare, non era e non è più possibile garantire tutte le prestazioni a tutti per via pubblica, ma è necessario il coinvolgimento innanzitutto dei cittadini e di tutti gli attori della nostra società che possono essere utili per continuare a garantire un diritto universale e collettivo come la salute a costi diversi e sostenibili.

Più attori, più punti di vista, più intelligenze, anche più interessi, sono importanti e fondamentali per costruire un sistema salute capace di affrontare il quotidiano, (prevenzione, cura, riabilitazione) e capace di immaginare il futuro (nuove patologie, one health, nuove tecnologie, nuova Governance, etc).

Appare chiaro che uno scenario articolato, complesso, plurale necessita però di regole chiare, adeguate, modificabili ma innanzitutto monitorate, valutabili e valutate nella loro efficacia ed efficienza e concretamente

applicate.

Cosa che non si è verificata fin da subito con l'apertura al mercato e con il quasi mercato nel nostro SSN.

Per molti decisori pubblici, ma anche per i così detti esperti, e per molto tempo la sola introduzione del privato sarebbe stata ed era foriera di esiti positivi per il SSN, sottovalutando la governabilità di tale attore.

Si è lasciato così man mano crescere il privato nel pubblico sia sul piano simbolico con la creazione delle così dette aziende sanitarie, sia sul piano concreto dapprima con l'intramoenia, poi con l'accreditamento, poi ancora con l'esternalizzazione a cooperative sia di mano d'opera (le diverse figure professionali a partire dai medici) sia la gestione di strutture e servizi fino ad alcuni pronto soccorso.

Una crescita senza adeguati controlli e valutazioni dei risultati

Tutto questo senza un controllo e una valutazione dei risultati, un monitoraggio continuo della qualità delle attività, delle positività e delle negatività derivanti da tale collaborazione, ma cosa più importante senza una programmazione condivisa fra pubblico e privato.

Si è poi "lasciato" espandere il privato negli ambiti più redditizi, come mostrano i dati riportati, mantenendo in carico al pubblico ciò che era più oneroso. Trasformando una potenziale sinergia generativa in una competizione fra attori che non giocano sullo stesso piano e in cui non infrequentemente anche per meccanismi normativi il privato gode di maggiori vantaggi rispetto al pubblico.

Guardiamo dunque ai nuovi provvedimenti legislativi con attenzione ponendo però requisiti di monitoraggio, valutazione e controllo come elementi concreti la cui applicazione sia vincolante.

I molti anni di funzionamento del SSN, così come per qualsiasi sistema organizzativo complesso, hanno evidenziato che non basta il dettato normativo a far funzionare le cose ma è necessario una volontà politica e un sistema di controllo efficace pur flessibile (Governance multilivello).

Quali prospettive

Un SSN ripensato e ridisegnato con urgenza dovrà e non potrà che contare anche sul contributo del privato sia in ambiti ad alta tecnologia e sviluppo, sia per prestazioni ad alta intensità lavorativa come la long term-care che costituirà assieme alle prossime pandemie una sfida importante per tutti i SSN, sia nella creazione e sperimentazioni di reti di cura.

Un SSN che costruirà con la collaborazione di tutti gli attori utili (privato, filantropia, fondazioni, ecc.) un bene collettivo dai forti impatti sulla salute ma anche sull'economia del nostro Paese, sull'innovazione anche in salute, senza sbilanciamenti e favoritismi. Collaborazione che dovrà concretizzarsi già nella programmazione e nel disegno degli interventi per una reale responsabilizzazione di tutti gli attori. Una collaborazione che eviterà di attribuire costi al solo soggetto pubblico e utili al solo soggetto privato. Collaborazione foriera anche di innovazione.

Un accreditamento finalizzato all'implementazione delle reti cliniche

Una collaborazione filiera di innovazione che deve trovare in ambito assistenziale un terreno di applicazione nella implementazione delle reti cliniche

Le reti cliniche, di cui abbiamo più volte parlato, rappresentano a nostro giudizio l'unico modo di razionalizzazione dell'offerta sanitaria. Una strategia del tutto opposta alla consueta strategia di tagli lineari che hanno depauperato numero e qualità delle strutture attualmente rimaste.

Solo con la costituzione di reti per le principali patologie è possibile realizzare una presa in carico effettiva del paziente inserendolo in un ben preciso e codificato percorso assistenziale che lo accompagni dalla diagnosi alla riabilitazione.

Se dunque il criterio dell'integrazione nelle reti cliniche diventa il requisito per diventare produttori per conto del SSN i soggetti dovranno garantire tutti i servizi che già erogano le strutture pubbliche a partire, come già sostenuto, dalla istituzione e gestione diretta di Pronto soccorso o in alternativa dovranno mettere a disposizione posti letto per acuti in cui trasferire malati accettati da PS Pubblici che non abbiano disponibilità di posti letto.

Un percorso in cui è il pubblico a decidere, con chiarezza di obiettivi, come e quando affidare al privato accreditato segmenti assistenziali di una organizzazione sanitaria pianificata, vigilata e verificata nei risultati.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118221

Ancora fake news sul privato accreditato

Barbara Cittadini, Presidente Nazionale AIOF

16 NOV -

Gentile Direttore,

in merito all'articolo ["Ancora sulla questione pubblico/privato nel Ssn: problematiche e prospettive future"](#), a firma di Roberto Polillo e Mara Tognetti, vien da dire che sarà sempre "ancora".

Sarà sempre "ancora", almeno sino a quando si continuerà ad alterare l'informazione, piegando forzatamente e goffamente dati e assunti con il solo fine di proporre conclusioni finalizzate a demonizzare, aprioristicamente, la componente di diritto privato del SSN.

Secondo i due autori, i dati relativi al numero delle strutture e alla percentuale dei posti letto accreditati dimostrerebbero una più bassa complessità delle prestazioni erogate dalla componente di diritto privato del SSN e come il "privato (abbia) di fatto giocato sempre una partita in cui si minimizzano i costi e si massimizzano i profitti". Per quanto ci si possa sforzare di trovare un nesso tra premesse e conclusioni, il collegamento sfugge, anche, alle menti più fantasiose.

Forse perché se nell'articolo fossero stati riportati davvero i dati sulla complessità della casistica, le deduzioni sarebbero state opposte.

Nel 2020 (ultima valutazione disponibile), infatti, le strutture associate AIOF riportano un indice di case-mix superiore al valore di riferimento, mentre quelle di diritto pubblico registrano un risultato inferiore.

A beneficio di tutti i lettori, va evidenziato che il case-mix esprime il rapporto tra la complessità media della casistica trattata da un settore e la casistica media standard dell'intero sistema ospedaliero.

Non solo non risponde al vero che il privato accreditato seleziona le prestazioni meno complesse, ma è parallelamente falso che esso sceglie le più remunerative.

Un esempio lampante riguarda gli interventi chirurgici per tumori maligni (TM), rispetto ai quali la componente di diritto privato risponde a una importante percentuale della domanda di salute: il 27,5% di quelli per TM della mammella, il 39% per cancro dell'esofago, il 28% e il 29% per TM, rispettivamente, del polmone e del pancreas.

Cito, in proposito, i dati emersi dal [Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici degli Ospedali italiani su dati PNE 2021](#), con il quale Agenas opera un "controllo e una valutazione dei risultati, un monitoraggio continuo della qualità delle attività" di tutte le strutture del SSN.

A proposito di "una crescita senza adeguati controlli e valutazione dei risultati"...

Le prestazioni oncologiche sopra richiamate sono prestazioni remunerate sulla base di tariffe di riferimento datate, ferme al 2012, che - non tenendo conto delle innovazioni intervenute nella pratica clinica, degli sviluppi tecnologici (pensiamo alla robotica), nonché degli aumentati costi energetici - sono, paradossalmente, le meno "convenienti" per le strutture che le erogano.

Inoltre, quando si citano fonti istituzionali, quale l'Annuario statistico del Ministero della Salute, sarebbe opportuno riportare i dati contenuti nei documenti stessi, senza inventarne di nuovi.

Stupisce, innanzitutto, l'asserzione in merito all'assenza totale dell'ospedalità privata accreditata in Toscana ed Emilia-Romagna. Fornire ai lettori informazioni così distorsive della realtà è da ritenersi quantomeno intellettualmente censurabile. In entrambe le Regioni, infatti, sono notoriamente presenti decine di strutture di diritto privato del SSN, impegnate in discipline di elevata complessità assistenziale e alta specialità chirurgica quali ortopedia, oncologia, cardiocirurgia e neurochirurgia, oltre che in altre molteplici specialità di ordine medico e chirurgico

E "ancora", quando si riportano i dati corretti, sarebbe apprezzabile fornirne una lettura onesta.

Verosimilmente, sfugge ai due autori che nel Rapporto ministeriale sono considerate come di diritto privato le sole "case di cura" e, pertanto, la componente accreditata rappresenta una quota maggiore dell'assistenza ospedaliera rispetto a quella riportata.

È conseguentemente errata la stima dei posti letto ordinari "messi a disposizione": non si tratta del 20,5%, ma di oltre il 30%.

Al di là degli errori grossolani, è assente - nella disamina in commento - una considerazione incontrovertibile: i posti letto accreditati non corrispondono e non possono corrispondere a quelli effettivamente utilizzati e utilizzabili, a causa dell'impossibilità per il privato accreditato di esprimere pienamente la propria potenzialità, per via della politica dei tetti di spesa.

Senza soluzione di continuità, poi, gli autori passano dal concetto di privato quale natura giuridica di alcune strutture del SSN a quello di privato quale patchwork nel quale sono confusi i piani della proprietà, quelli del finanziamento e quelli della gestione.

Addirittura le aziende ospedaliere, ovvero i più grandi ospedali pubblici italiani, sono rei di essere state contaminate dal germe della privatizzazione.

Mi corre, infine, l'obbligo di fare un appunto su quanto riportato in merito all'Allegato B del DM Concorrenza.

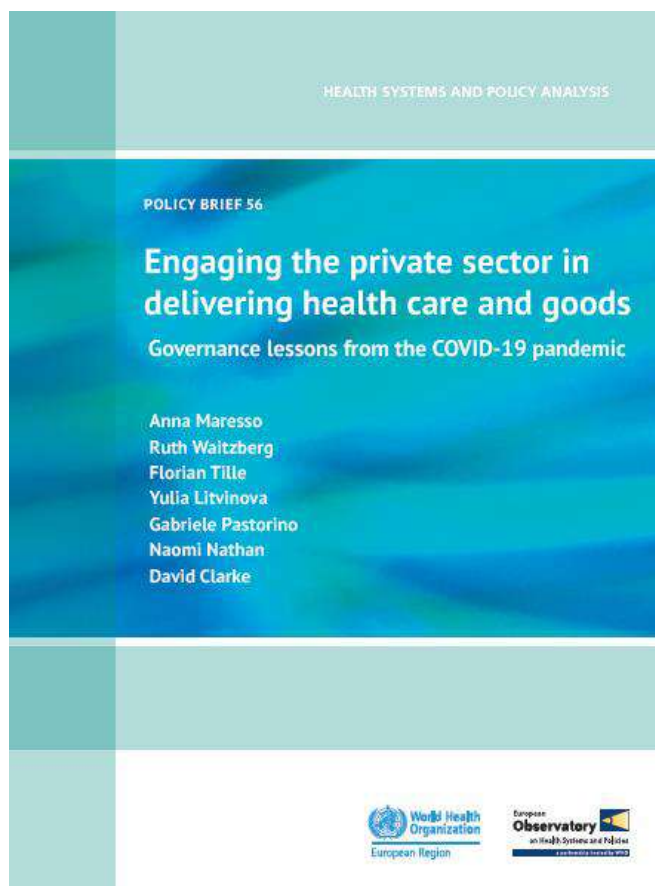
Se in esso, diversamente da quanto sostenuto dagli autori, non è contenuto alcun riferimento alla rete dell'emergenza-urgenza – in relazione alla quale ribadisco, ancora una volta, la disponibilità della nostra componente a dare tutto il contributo possibile – è, invece, disciplinata una selezione comparativa, che coinvolge esclusivamente le strutture private accreditate.

A proposito di "vantaggi"...

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=118334



WHO Europe – Observatory on health systems and policies - Policy Brief 56 Coinvolgere il settore privato nella fornitura di beni e assistenza sanitaria - Lezioni di governance dalla pandemia di COVID-19



Sintesi

Il settore privato ha dato un contributo importante alla fornitura e al mantenimento di beni e servizi sanitari essenziali durante la pandemia di COVID-19

Le strutture e le risorse del settore privato hanno svolto un ruolo chiave nelle risposte dei paesi alla pandemia di COVID-19, compresa la fornitura delle attrezzature necessarie e dei dispositivi di protezione individuale (DPI), la fornitura di

strutture e personale ospedaliero per curare i pazienti COVID-19 e non-COVID, lo sviluppo del digitale strumenti sanitari e di altro tipo per supportare il tracciamento dei contatti, fornire servizi diagnostici e di laboratorio per eseguire test COVID-19 di livello superiore e fornire strutture di quarantena e siti di vaccinazione. Sono stati cruciali anche per lo sviluppo e la fornitura di vaccini contro il Covid-19.

Le esperienze pandemiche forniscono lezioni preziose per i futuri impegni del settore privato

Oltre a dimostrare i preziosi contributi forniti dal settore privato, gli studi di casi reali mostrano diverse sfide di governance affrontate dai sistemi sanitari nel loro impegno con i partner privati. Questi sono molto istruttivi nel fornire indicazioni su come il settore privato potrebbe essere coinvolto in modo più efficace in futuro per garantire la resilienza del sistema sanitario, sia nell'assistenza alla risposta alla pandemia che, più in generale, nel mantenimento dei servizi sanitari essenziali nel caso in cui i politici scelgano di perseguire obiettivi misti. -modelli di fornitura per soddisfare le esigenze del sistema sanitario. Poiché è probabile che i sistemi sanitari continuino ad attingere alle capacità del settore privato, è importante imparare dall'esperienza del Covid-19 per garantire che queste relazioni funzionino come previsto. Concentrarsi su una governance solida può aiutare a sfruttare i vantaggi dell'impegno del settore privato e a proteggere i contribuenti pubblici da potenziali danni

Le buone pratiche di governance aiutano a garantire che gli obiettivi politici, gli obiettivi e le priorità del sistema sanitario siano raggiunti quando si collabora con attori del settore privato. Promuovono inoltre il successo operativo e l'integrità finanziaria nell'allocazione e nella spesa delle risorse. Questo Policy Brief utilizza le dimensioni del quadro di governance TAPIC – trasparenza, responsabilità, partecipazione, integrità e capacità – come una lente attraverso la quale analizzare casi di studio reali e identificare dove potrebbero essere localizzati potenziali problemi di governance nell'ambito degli impegni del settore privato. . A informare l'analisi è anche l'elenco di sei comportamenti di governance identificati dal Gruppo consultivo dell'OMS sulla governance del settore privato per la copertura sanitaria universale che sono fondamentali per una governance di successo dell'erogazione dei servizi sanitari privati e solide collaborazioni. I comportamenti di governance possono essere descritti come un modo per governare nella pratica e passare da quadri normativi a una governance attuabile. Comprendono strategie per realizzare quadri di erogazione, allineare le strutture, costruire la comprensione attraverso la raccolta e lo scambio di informazioni, consentire alle parti interessate e ai partner attraverso sistemi di incentivi e sanzioni, promuovere relazioni per incoraggiare la partecipazione del settore privato e coltivare la fiducia attraverso istituzioni trasparenti, responsabili e inclusive.

Utilizzando un campione di casi di studio illustrativi presentiamo esperienze archetipiche di come i paesi della regione europea dell'OMS si sono impegnati con il settore privato nel periodo 2020-2021. I casi di studio selezionati provengono da diversi paesi e coprono tre ampie aree di attività: la fornitura di servizi sanitari, in particolare letti ospedalieri e di terapia intensiva per pazienti COVID e la fornitura di siti di vaccinazione per la somministrazione di vaccinazioni COVID-19; approvvigionamento di DPI e potenziamento dei test di laboratorio COVID-19; e accordi anticipati di acquisto (APA) per i vaccini COVID-19. Ciascun caso di studio è concepito per delineare l'obiettivo dell'impegno del settore privato e il modo in cui è stato portato avanti. Laddove sono emerse particolari sfide di governance, lo scopo dei casi di studio è mostrare come i paesi hanno risposto con soluzioni e gli impatti risultanti, con implicazioni per la politica.

L'allineamento e la compatibilità degli obiettivi, nonché incentivi adeguatamente mirati, dovrebbero essere i fattori chiave per stabilire potenziali impegni nel settore privato

L'obiettivo principale dello sfruttamento delle capacità del settore privato è quello di migliorare la fornitura di beni e servizi sanitari, e di farlo in modo da coinvolgere efficacemente il settore privato in linea con gli obiettivi e le priorità del sistema sanitario. Pertanto, dal punto di vista delle politiche pubbliche, l'allineamento degli obiettivi e la compatibilità dovrebbero essere i fattori chiave per stabilire potenziali impegni nel settore privato. Questo è un requisito minimo e può fungere da fondamento per qualsiasi ulteriore sviluppo che possa essere perseguito dai politici e dagli enti attuatori nell'allineare le strutture istituzionali e normative che promuovono o integrano più attivamente gli impegni del settore privato nei sistemi sanitari a fornitura mista. Le prove dei casi di studio sottolineano inoltre che la coerenza e la prevedibilità degli impegni sono elementi chiave per mantenere la fiducia e costruire relazioni pubblico-private di successo.

Alcune lezioni fondamentali per il miglioramento della governance per entrare nel privato

Pratiche di appalto aperte e trasparenti sono fondamentali per garantire la responsabilità e mantenere l'integrità.

L'approvvigionamento è stato uno dei principali ambiti di impegno del settore privato durante la pandemia ed è stato fondamentale per rafforzare le forniture di DPI in un momento in cui la domanda nei mercati nazionali e internazionali era eccezionalmente elevata e le interruzioni delle catene di approvvigionamento globali hanno portato a carenze diffuse. Allo stesso modo, la centralità dei test COVID-19 come parte delle strategie "testare, tracciare e isolare" per arginare la trasmissione del virus ha richiesto un massiccio incremento dell'elaborazione in laboratorio dei test COVID-19. In questo contesto, era anche necessario agire rapidamente per garantire gli acquisti per proteggere la salute pubblica: i "contratti di crisi" spesso comportavano il ritorno alle opzioni imposte dall'Unione Europea (UE), come l'utilizzo di tempi abbreviati per le gare d'appalto o la contrattazione diretta che consentiva maggiore agilità e velocità per garantire i prodotti richiesti. Tuttavia, dal punto di vista della governance, il passaggio a pratiche di appalto più flessibili ma non standard pone potenziali problemi di trasparenza e responsabilità che richiedono un'attenta gestione. Le lezioni per una solida governance degli appalti con il settore privato dimostrano che pratiche di appalto aperte e trasparenti – in particolare in scenari urgenti – rafforzano la responsabilità e la salvaguardia contro potenziali rischi di corruzione nel contatto o nella cattiva gestione dei fondi pubblici. Alcune aree chiave per lo sviluppo di buone pratiche negli appalti pubblici includono:

- Nell'ambito dei futuri piani di preparazione alle emergenze, stabilire le linee guida per gli appalti di emergenza e la base giuridica su cui si basano. I governi potrebbero cogliere l'opportunità per rivedere e rivedere le procedure degli appalti pubblici in generale, con l'obiettivo di rafforzare la due diligence e riformare i processi di appalto, se necessario;
- Nell'ambito di accordi a lungo termine, costituire scorte e riserve di dpi e altri materiali di consumo medici da impiegare rapidamente in caso di emergenza e alleviare la pressione sui "contratti di crisi";
- Re-vetting tra aziende e fornitori di servizi sanitari privati al fine di stabilire elenchi di fornitori preferenziali di beni e attrezzature mediche e di fornitori privati (accompagnato da accordi pre-programmati da attivare quando necessario);
- Avviare processi di valutazione che idealmente implicherebbero consultazioni con organismi professionali qualificati che possono aiutare le autorità governative e consigliare sui criteri di selezione che assicurerebbero l'inclusione di candidati qualificati con esperienza consolidata nel rispettivo mercato o campo, creando così una riserva di fonti affidabili. Tali processi offrono un'opportunità concreta per coinvolgere le parti interessate dotate delle competenze e del know-how necessari per partecipare all'attuazione efficace degli impegni del settore privato negli appalti; e
- Pubblicare linee guida sugli appalti pubblici, elenchi di società pre-controllate e registri dei contratti di appalto in modo che siano di pubblico dominio e ampiamente disponibili.
- Affrontare esplicitamente l'equa condivisione del rischio protegge i pagatori pubblici e rafforza la responsabilità dei fornitori del settore privato

La pandemia ha dimostrato che durante le emergenze i governi erano disposti a correre più rischi del solito quando stipulavano accordi di fornitura con gli appaltatori, non solo a causa della pressione temporale ma anche perché le incertezze e i rischi associati alla mancata azione potevano comportare costi elevati. Gli APA per le vaccinazioni contro il COVID-19 forniscono alcuni degli esempi più salienti ed evidenziano tutte le ragioni principali per cui l'equa condivisione del rischio dovrebbe essere affrontata in modo chiaro e dettagliato quando si assumono impegni nel settore privato.

Le lezioni chiave in materia di governance evidenziano che affrontare in modo completo ed esplicito i rischi all'interno degli accordi fornisce una protezione adeguata ai pagatori pubblici e rafforza la responsabilità dei fornitori del settore privato. Idealmente, gli APA dovrebbero definire le rispettive responsabilità di assunzione del rischio per:

- Rischi per la salute: salvaguardia della sicurezza della popolazione o di sottogruppi mirati che ricevono i beni o servizi medici in questione;
- Rischi finanziari: garantire adeguatamente i rendimenti attesi sugli impegni finanziari contro potenziali passività o perdite; e
- Rischi di adempimento: garantire misure di ricorso in caso di ritardi o mancata fornitura dei beni o servizi contrattualmente previsti e degli standard di qualità richiesti.

La copertura di tutti questi punti non solo garantisce che gli interessi del partner del settore pubblico siano adeguatamente tutelati, ma contribuisce anche alla solidità e alla completezza degli accordi, riducendo al minimo le lacune e le ambiguità, anche se tutti i dettagli di queste garanzie potrebbero non essere divulgabili pubblicamente a causa delle clausole di riservatezza commerciale.

Messaggi chiave

• *Le risorse e le competenze del settore privato possono migliorare la fornitura di beni e servizi sanitari. Il settore privato ha svolto un ruolo chiave nella pandemia di COVID-19. Ha anche un ruolo più ampio nel mantenimento dei servizi sanitari essenziali e nel garantire la resilienza del sistema sanitario.*

• *Imparare dall'esperienza del coinvolgimento del settore privato durante il COVID-19 può aiutare i paesi a evitare potenziali trappole e garantire che gli obiettivi politici, gli obiettivi e le priorità del sistema sanitario siano raggiunti. L'esperienza ha inoltre generato prove utili su come sostenere il successo operativo e mantenere l'integrità finanziaria nell'allocazione e nella spesa delle risorse.*

• *Un impegno efficace nel settore privato richiede buone pratiche di governance. I successi e i fallimenti politici durante la pandemia hanno evidenziato le principali sfide di governance e hanno fornito lezioni ai paesi su come coinvolgere efficacemente il settore privato nei loro sistemi sanitari.*

• *Rendere esplicita la natura della collaborazione nel settore privato è un elemento importante per pianificare e gestire relazioni efficaci. Ciò comporta:*

- *definire chiaramente gli obiettivi degli attori del settore pubblico e privato;*
- *identificare come entrambe le parti possono raggiungere i propri obiettivi all'interno di una collaborazione;*
E
- *soppesare gli obiettivi condivisi e le ragioni dell'impegno del settore privato, nonché esplorare altri mezzi per raggiungere gli obiettivi dichiarati.*

• *L'allineamento e la compatibilità degli obiettivi sono considerazioni centrali nel lavoro con il settore privato e dovrebbero essere collegati a incentivi adeguatamente mirati.*

• *La trasparenza e la responsabilità sono fondamentali per garantire che i contratti del settore privato siano governati in modo solido.*

• *Un'informazione aperta e trasparente è strettamente legata alla fiducia del pubblico ed è necessaria per salvaguardare l'integrità degli enti governativi che erogano grandi quantità di fondi pubblici.*

• *È necessario seguire processi chiari e trasparenti per identificare e considerare potenziali partner del settore privato e per giustificare le scelte effettuate nell'aggiudicazione dei contratti al fine di alleviare le preoccupazioni sul rischio di potenziale corruzione. Ciò è particolarmente critico nel settore degli appalti pubblici.*

• *Stabilire ora linee guida sugli appalti di emergenza per i "contratti di crisi" proteggerà i paesi nelle emergenze future.*

• *I paesi possono utilmente stabilire linee guida chiare per l'applicazione degli appalti di emergenza e stabilirne la base giuridica.*

• *Il controllo preliminare delle aziende e dei potenziali fornitori utilizzando solidi criteri di selezione definiti da esperti (e includendo un track record di affidabilità e qualità) può garantire la fiducia.*

• *Rendere disponibili al pubblico una serie di informazioni, come i registri dei bandi di gara e degli appalti aggiudicati, rafforza la correttezza delle modalità di appalto.*

• *Costruire partenariati affidabili tra il settore pubblico e quello privato ha un valore inestimabile e può contribuire a garantire l'allineamento con gli obiettivi strategici del sistema sanitario.*

• *Accordi ben strutturati che definiscono chiaramente ruoli, responsabilità e aspettative aiutano a rafforzare i rapporti con i partner del settore privato.*

• *Stabilire in anticipo vie per un'efficace risoluzione delle controversie favorisce la fiducia.*

• *L'equa condivisione del rischio è importante per la responsabilità e la protezione e deve essere esplicitamente affrontata negli impegni del settore privato.*

• *Un'equa condivisione del rischio protegge i contribuenti pubblici e rafforza la responsabilità del settore privato.*

•La copertura dell'intera gamma di rischi, compresi i rischi sanitari, i rischi finanziari (per garantire i rendimenti attesi sugli impegni finanziari contro potenziali passività o perdite) e i rischi di adempimento (per garantire gli obblighi di fornitura e gli standard di qualità) rende gli accordi più efficaci.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/engaging-the-private-sector-in-delivering-health-care-and-goods-governance-lessons-from-the-covid-19-pandemic>

Pandemie, oggi e domani ...

THE LANCET

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI | VOLUME 399, NUMERO 10334, P1489-1512, 16 APRILE 2022

Scarica il numero completo

Preparazione alla pandemia e COVID-19: un'analisi esplorativa dei tassi di infezione e mortalità e dei fattori contestuali associati alla preparazione in 177 paesi, dal 1 gennaio 2020 al 30 settembre 2021

Collaboratori nazionali per la preparazione al COVID-19

Accesso Libero • Pubblicato: 01 febbraio 2022 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6)

Riepilogo

Sfondo

I tassi nazionali di infezione e mortalità da COVID-19 sono variati notevolmente dall'inizio della pandemia. Comprendere le condizioni associate a questa variazione tra paesi è essenziale per orientare gli investimenti in una preparazione e risposta più efficaci per le future pandemie.

Metodi

Le infezioni giornaliere da SARS-CoV-2 e i decessi da COVID-19 per 177 paesi e territori e 181 località subnazionali sono stati estratti dal database di modellizzazione dell'Institute for Health Metrics and Evaluation.

Il tasso di infezione cumulativo e il rapporto infezione-fatalità (IFR) sono stati stimati e standardizzati per fattori ambientali, demografici, biologici ed economici.

Per le infezioni, abbiamo incluso fattori associati alla stagionalità ambientale (misurata come rischio relativo di polmonite), densità di popolazione, prodotto interno lordo (PIL) pro capite, percentuale di popolazione che vive al di sotto dei 100 metri quadrati e un proxy per la precedente esposizione ad altri betacoronavirus.

Per l'IFR, i fattori erano la distribuzione per età della popolazione, l'indice medio di massa corporea (BMI), l'esposizione all'inquinamento atmosferico, i tassi di fumo, il proxy dell'esposizione precedente ad altri betacoronavirus, la densità di popolazione, la prevalenza standardizzata per età della malattia polmonare ostruttiva cronica e cancro e PIL pro capite. Questi sono stati standardizzati utilizzando la standardizzazione indiretta dell'età e modelli lineari multivariati. I tassi di infezione cumulativa nazionale standardizzati e gli IFR sono stati testati per associazioni con 12 indici di preparazione alla pandemia, sette indicatori di capacità sanitaria e altre dieci condizioni demografiche, sociali e politiche utilizzando la regressione lineare.

Per studiare i percorsi attraverso i quali fattori importanti potrebbero influenzare le infezioni da SARS-CoV-2, abbiamo anche valutato la relazione tra fiducia interpersonale e governativa e corruzione e cambiamenti nei modelli di mobilità e nei tassi di vaccinazione COVID-19.

Risultati

I fattori che spiegano la maggiore variazione nei tassi cumulativi di infezione da SARS-CoV-2 tra il 1° gennaio 2020 e il 30 settembre 2021, includevano la percentuale di popolazione che vive al di sotto dei 100 m (5,4% [4,0-7,9] di variazione), PIL pro capite (4,2% [1,8-6,6] di variazione) e percentuale di infezioni attribuibili alla stagionalità (2,1% [intervallo di incertezza del 95% 1,7-2,7] di variazione).

La maggior parte delle variazioni tra paesi nei tassi di infezione cumulativa non può essere spiegata. I fattori che spiegano la maggiore variazione dell'IFR COVID-19 nello stesso periodo sono stati il profilo di età del paese (46,7% [18,4-67,6] di variazione), il PIL pro capite (3,1% [0,3-8,6] di variazione) e il BMI medio nazionale (1,1% [0,2-2,6] di variazione). Il 44,4% (29,2-61,7) della variazione transnazionale dell'IFR non può essere spiegato.

Gli indici di preparazione alla pandemia, che mirano a misurare la capacità di sicurezza sanitaria, non erano significativamente associati ai tassi di infezione standardizzati o agli IFR. Le misure di fiducia nel governo e di fiducia interpersonale, così come la minore corruzione del governo, avevano associazioni più ampie e statisticamente significative con tassi di infezione standardizzati più bassi.

Livelli elevati di fiducia governativa e interpersonale, nonché una minore corruzione governativa, sono stati anche associati a una maggiore copertura vaccinale contro il COVID-19 tra i paesi a reddito medio e ad alto reddito in cui la disponibilità del vaccino era più diffusa e una minore corruzione era associata a una maggiore riduzione della copertura vaccinale. mobilità.

Se queste associazioni modellate dovessero essere causali, un aumento della fiducia dei governi tale che tutti i paesi avessero società che raggiungevano almeno il livello di fiducia nel governo o di fiducia interpersonale misurato in Danimarca, che è nel 75° percentile in questi spettri, avrebbe potuto ridurre le infezioni globali del 12,9% (5,7-17,8) per la fiducia del governo e del 40,3% (24,3-51,4) per la fiducia interpersonale.

Allo stesso modo, se tutti i paesi avessero un BMI nazionale pari o inferiore a quello del 25° percentile, la nostra analisi suggerisce che l'IFR standardizzato globale sarebbe ridotto dell'11,1%.

Interpretazione

Gli sforzi per migliorare la preparazione e la risposta alla prossima pandemia potrebbero trarre vantaggio da maggiori investimenti nella comunicazione del rischio e nelle strategie di coinvolgimento della comunità per aumentare la fiducia che gli individui hanno nell'assistenza sanitaria pubblica. I nostri risultati suggeriscono che l'aumento della promozione della salute per i principali rischi modificabili è associato a una riduzione dei decessi in tale scenario.

Finanziamento

Fondazione Bill & Melinda Gates, J Stanton, T Gillespie, J ed E Nordstrom e Bloomberg Philanthropies.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Politiche reattive come il distanziamento fisico e l'obbligo delle mascherine sono state importanti nel definire i risultati durante la pandemia di COVID-19.

Tuttavia, le condizioni associate alla variazione tra paesi dei tassi di infezione e di mortalità durante la pandemia di COVID-19 non sono ben comprese.

All'indomani dell'epidemia di Ebola del 2013-2016 nell'Africa occidentale, l'OMS ha lanciato un processo volontario di valutazione esterna congiunta (JEE) per monitorare l'adozione delle capacità fondamentali richieste dai regolamenti sanitari internazionali del 2005 e per valutare la capacità nazionale di prevenire, individuare e rispondere a malattie con potenziale diffusione pandemica.

La valutazione intermedia dell'OMS dell'aprile 2021 non ha rilevato che i punteggi JEE dei 100 paesi che avevano condotto valutazioni volontarie fossero correlati con i risultati del COVID-19, sebbene tali parametri siano stati progettati come esercizi di benchmarking per i piani d'azione nazionali piuttosto che come comparatori tra paesi.

Analisi preliminare dei risultati del COVID-19 in relazione ad altri indici di capacità del sistema sanitario, come il Global Health Security Index e l'indice di copertura effettiva della copertura sanitaria universale prodotto dal Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD)) si sono rivelati anche non predittivi degli esiti del COVID-19.

Altre ricerche esplorative sugli esiti del COVID-19 hanno avuto un focus regionale o si sono concentrate su un piccolo numero di esperienze nazionali.

Valore aggiunto di questo studio

Abbiamo analizzato le misure di preparazione alla pandemia.

Sono stati considerati 12 indicatori di preparazione e risposta e sette indicatori di capacità del sistema sanitario, oltre ad altre dieci condizioni demografiche, sociali e politiche che ricerche precedenti suggeriscono potrebbero essere rilevanti.

Sono state studiate le associazioni sia con l'incidenza che con la mortalità dovuta alle infezioni da SARS-CoV-2.

Abbiamo controllato le variabili demografiche, biologiche, economiche e ambientali associate agli esiti del COVID-19, tra cui la struttura dell'età della popolazione e la stagionalità ambientale, la densità della popolazione, il reddito nazionale e i rischi per la salute della popolazione, per identificare i fattori contestuali soggetti al controllo politico.

Questa ricerca amplia notevolmente l'ambito della ricerca precedente indagando i correlati tra preparazione e mitigazione della pandemia in 177 paesi tra il 1° gennaio 2020 e il 30 settembre 2021 e include input che sono stati adeguati per problemi associati alla sottostima dei casi di COVID-19. 19 risultati.

Questo ambito ampliato è stato possibile grazie agli input della ricerca sul COVID-19 prodotta dall'Institute for Health Metrics and Evaluation e alle stime di mortalità e popolazione generate da GBD.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

I parametri esistenti per la capacità del sistema sanitario e la preparazione e risposta alla pandemia nazionale sono stati scarsi predittori degli esiti della pandemia, suggerendo che altre aree potrebbero meritare un peso maggiore negli sforzi futuri di preparazione.

Non tutti i fattori correlati che spiegano alcune variazioni nelle infezioni pro capite e nel rapporto infezione-mortalità, come la struttura per età, l'altitudine alla quale vive una popolazione e la stagionalità ambientale, sono facili da controllare per i responsabili politici.

Tuttavia, altri fattori rientrano nell'ambito politico, comprese le misure sanitarie preventive incentrate sui fondamentali della salute della popolazione: incoraggiare un peso corporeo sano e ridurre il fumo potrebbe essere utile per evitare morbilità e mortalità nei futuri scenari pandemici. Inoltre, il livello di fiducia è qualcosa per cui un governo può prepararsi e guadagnarsi durante una crisi, e la nostra analisi suggerisce che ciò potrebbe essere cruciale per organizzare una risposta più efficace alle future minacce pandemiche.

L'ampia variazione inspiegabile nelle differenze nelle infezioni da SARS-CoV-2 tra i paesi dimostra l'importanza di ulteriori ricerche in questo settore.

Figura 1 Scomposizione della differenza nelle infezioni cumulative standardizzate da SARS-CoV-2 pro capite e IFR

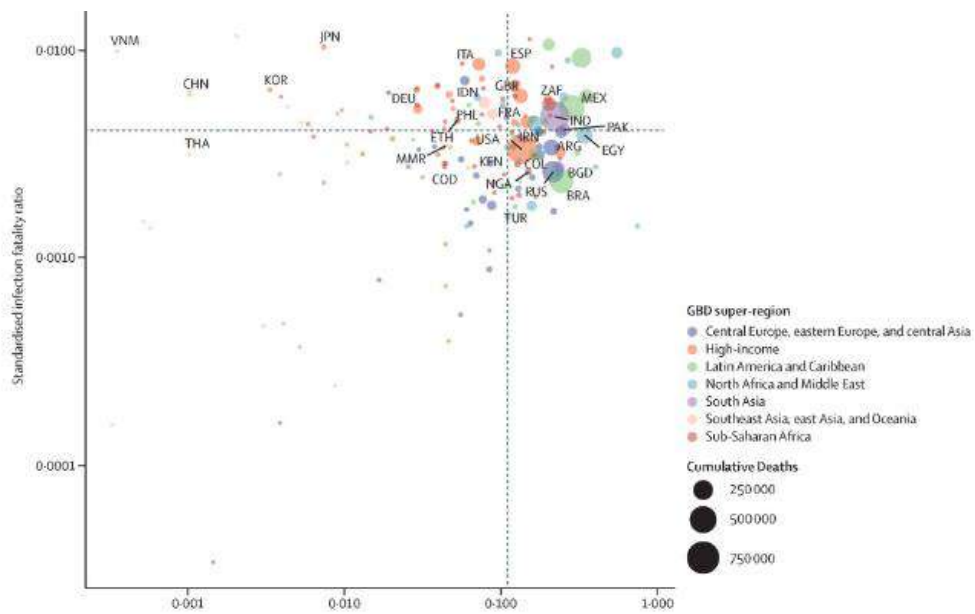
(A) Scomposizione della differenza tra infezioni SARS-CoV-2 cumulative e standardizzate pro capite. La prima colonna rappresenta il numero di infezioni pro capite non aggiustate, mentre ciascuna colonna successiva rappresenta la variazione delle infezioni cumulative pro capite aggiustate che può essere tenuta in considerazione in base alla stagionalità, all'altitudine, al PIL pro capite, alla densità di popolazione e a un proxy per la pre-esposizione a betacoronavirus; l'ultima colonna rappresenta le infezioni pro capite corrette. I parametri delle infezioni pro capite sono codificati a colori in base alla loro gravità rispetto a tutti gli altri paesi, con il rosso che rappresenta le infezioni cumulative pro capite più elevate e il verde che rappresenta le infezioni cumulative pro capite inferiori (non aggiustate e aggiustate). (B) Scomposizione della differenza tra IFR e IFR standardizzato. La prima colonna rappresenta l'IFR grezzo e ciascuna colonna successiva rappresenta la proporzione dell'IFR che può essere rappresentata dalla struttura per età, dall'inquinamento atmosferico, dal BMI, dalla prevalenza del cancro, dalla prevalenza della BPCO, dal PIL pro capite, dalla densità di popolazione, da un proxy per la pre-esposizione al betacoronavirus e alla prevalenza del fumo; l'ultima colonna rappresenta l'IFR rettificato. Le metriche IFR sono codificate a colori in base alla loro gravità rispetto a tutti gli altri paesi, con il rosso che rappresenta l'IFR più elevato e il verde che rappresenta l'IFR (grezzo e corretto). BMI=indice di massa corporea. BPCO=malattia polmonare cronica ostruttiva. PIL=prodotto interno lordo. IFR=rapporto infezione-mortalità.

A Marginal effect of standardising infection rates

	Unadjusted infections per 1000 people	Seasonality	Altitude	GDP per capita	Population density	Previous betacoronavirus exposure	Adjusted infections per 1000 people
Central Europe, Eastern Europe, and Central Asia							
Armenia	990	25	-255	-13	-9	-62	594
Azerbaijan	900	13	108	48	3	-13	1060
Georgia	833	20	-34	-9	-3	-68	740
Kazakhstan	814	13	-70	107	17	132	1004
Kyrgyzstan	594	4	-251	-148	9	8	556
Mongolia	410	25	-137	6	-1	70	373
Tajikistan	782	13	-208	-132	4	-5	454
Uzbekistan	628	10	-78	-40	5	38	562
Albania	820	17	94	21	-9	-73	901
Bosnia and Herzegovina	717	15	-91	11	21	-60	612
Bulgaria	636	21	-49	64	5	-64	613
Croatia	457	9	10	65	2	-44	499
Czech Republic	658	2	-206	121	-1	-43	531
Hungary	483	3	21	84	-3	-49	540
North Macedonia	838	12	-225	32	14	-66	604
Montenegro	915	23	-43	79	30	-78	906
Poland	405	2	17	72	-1	-25	469
Romania	550	50	81	84	-6	-50	709
Serbia	552	28	28	27	-1	-51	582
Serbia	552	28	28	27	-1	-51	582
Slovakia	193	3	-48	33	1	-16	166
Slovenia	374	7	-64	70	1	-36	351
Belarus	492	13	-142	7	-3	-11	354
Estonia	233	12	57	48	-4	5	351
Latvia	345	19	69	58	-1	-8	483
Lithuania	548	29	63	108	4	-21	730
Moldova	634	16	38	-72	11	-38	588
Russia	828	30	31	123	-7	160	1165
Ukraine	500	25	16	-23	-2	-13	503
High income							
Brunei	58	9	15	22	0	-12	92
Japan	46	0	8	12	-1	1	67
South Korea	18	1	3	5	0	1	28
Singapore	35	9	9	16	-1	-8	59
Australia	9	2	2	3	0	3	18
New Zealand	1	0	0	0	0	1	3
Andorra	462	1	-152	140	-5	-42	405
Austria	180	2	-57	42	0	-14	153
Belgium	281	3	55	79	-2	-19	397
Cyprus	133	1	13	28	-2	-8	164
Denmark	102	1	26	33	-1	4	166

Figura 1. Scomposizione della differenza nelle infezioni cumulative standardizzate da SARS-CoV-2 pro capite e IFR

Finland	119	4	23	36	1	20	204
France	294	1	36	75	-2	-27	376
Germany	141	2	14	42	-1	-9	188
Greece	129	3	13	21	-2	-10	154
Iceland	63	2	9	24	0	39	136
Ireland	156	5	35	65	-2	2	261
Israel	247	4	37	56	-6	-10	328
Italy	224	0	22	51	-4	-19	273
Luxembourg	226	2	-77	79	-1	-14	214
Malta	151	1	33	40	-4	15	236
Netherlands	224	1	56	74	-4	-8	344
Norway	190	3	12	76	-1	31	311
Portugal	210	1	25	40	-3	-19	255
Spain	242	0	11	54	-4	-19	284
Sweden	225	1	48	73	-3	24	368
Switzerland	190	2	-62	52	-2	-16	164
UK	252	8	53	69	-7	-1	374
Argentina	638	2	104	55	-12	99	887
Chile	332	2	-36	48	-6	79	420
Uruguay	329	1	74	43	-9	34	472
Canada	202	6	21	64	-5	59	346
USA	328	8	33	119	-5	62	545



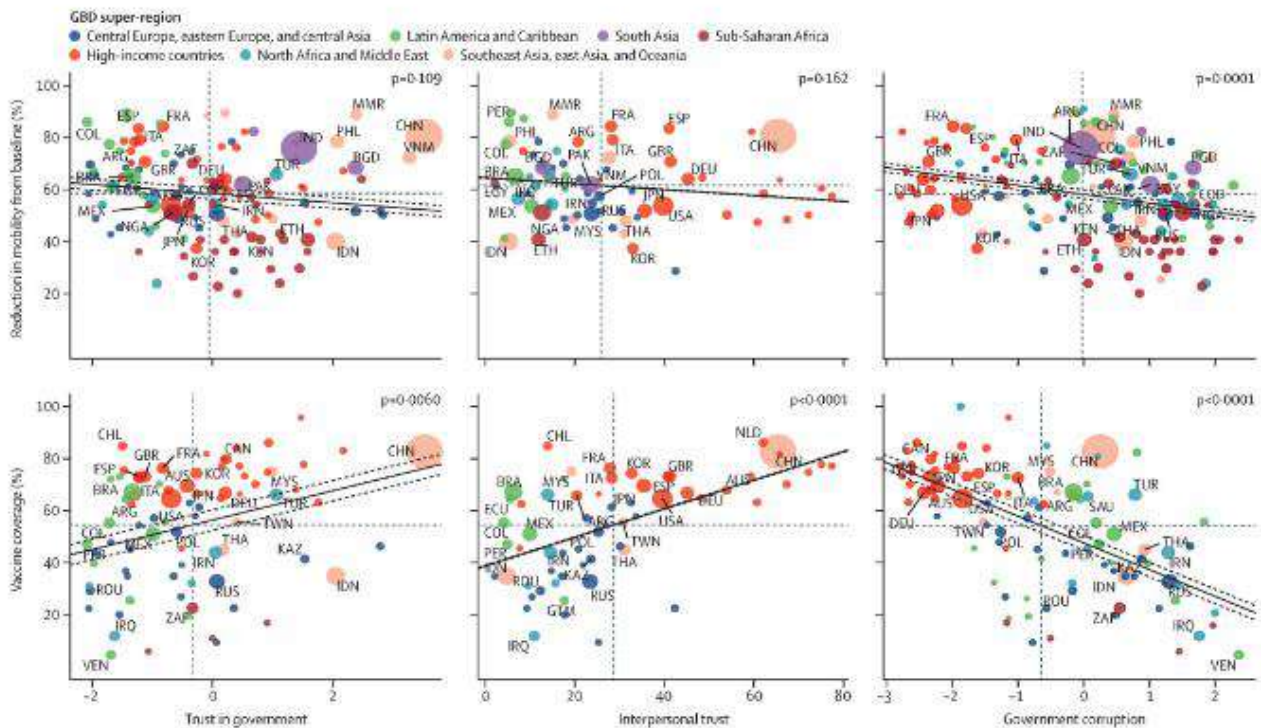


Figura 4 Associazione tra fiducia e corruzione del governo, copertura vaccinale e cambiamento nella mobilità

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00172-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00172-6/fulltext)

THE LANCET
Respiratory Medicine

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

SVILUPPO DELL'ASSISTENZA SANITARIA | PRIMA IN LINEA

Strumenti fondamentali di misurazione dei risultati da utilizzare in contesti clinici e di ricerca per adulti con condizione post-COVID-19: uno studio internazionale di consenso Delphi

Sarah L Gorst, dottore di ricerca * • Dott.ssa Nina Seylanova * • Susanna R Dodd, PhD • Nicola L Harman, PhD • Margaret O'Hara, dottore di ricerca • Prof.ssa Caroline B Terwee, PhD • et al. [Mostra tutti gli autori](#) •

[Mostra le note a piè di pagina](#)

Pubblicato: 02 novembre 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00370-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00370-3) • [Check for updates](#)

Riepilogo

La condizione post-COVID-19 (nota anche come COVID lungo) è un disturbo nuovo, complesso e poco compreso. È stato sviluppato un insieme di risultati fondamentali (COS) per la condizione post-COVID-19 negli adulti ed è ora necessario un accordo sugli strumenti di misurazione più appropriati per questi risultati fondamentali.

Abbiamo condotto uno studio di consenso internazionale coinvolgendo esperti multidisciplinari e persone con esperienza vissuta di COVID lungo.

Lo studio comprendeva una revisione della letteratura per identificare gli strumenti di misurazione per i risultati principali, un processo Delphi modificato online in tre fasi e una riunione di consenso online per generare un set di misurazione dei risultati principali (COMS). Hanno partecipato 594 persone provenienti da 58 paesi.

Il numero di potenziali strumenti per i 12 esiti principali è stato ridotto da 319 a 19. È stato raggiunto il consenso per l'inclusione della scala modificata della dispnea del Medical Research Council per gli esiti respiratori.

Sono state incluse anche le misure per due esiti rilevanti di un COS per COVID-19 acuto pubblicato in precedenza: tempo fino alla morte, per la sopravvivenza, e Recovery Scale for COVID-19, per il recupero.

Sono stati suggeriti strumenti da prendere in considerazione per i restanti nove risultati principali: affaticamento o esaurimento, dolore, sintomi post-sforzo, cambiamenti lavorativi o professionali e di studio, e risultati cardiovascolari, del sistema nervoso, cognitivi, mentali e fisici; tuttavia, non è stato raggiunto il consenso sugli strumenti per questi risultati.

I COMS raccomandati e gli strumenti da prendere in considerazione forniscono una base per la valutazione della condizione post-COVID-19 negli adulti, che dovrebbe aiutare a ottimizzare l'assistenza clinica e ad accelerare la ricerca in tutto il mondo.

Un'ulteriore valutazione di questo COMS è giustificata man mano che emergono nuovi dati su strumenti di misurazione esistenti e nuovi.

Messaggi chiave

Motivazione e approccio

- La condizione post-COVID-19 (nota anche come COVID lungo) è un disturbo complesso che comprende un'ampia gamma di segni e sintomi che possono durare per molti mesi o anni dopo l'infezione da SARS-CoV-2; la sostanziale eterogeneità nella valutazione e nella comunicazione dei risultati e degli strumenti di misurazione associati per la condizione post-COVID-19, anche all'interno dei domini dei sintomi, ha ostacolato il progresso nella ricerca e nei servizi clinici
- Abbiamo precedentemente condotto uno studio di consenso che ha portato allo sviluppo di un insieme di risultati principali (COS) di 12 elementi, un insieme minimo concordato di risultati che dovrebbero essere misurati e riportati nella ricerca e nella pratica clinica, per la condizione post-COVID-19 negli adulti in tutto il mondo; per far avanzare ulteriormente il campo, c'è un urgente bisogno di un accordo sugli strumenti di misurazione più appropriati per questi risultati fondamentali per far avanzare la ricerca e i servizi clinici
- Abbiamo mirato a sviluppare un set di misurazione dei risultati chiave (COMS) per i 12 risultati nel COS post-COVID-19 attraverso uno studio di consenso internazionale che ha coinvolto una revisione della letteratura, un processo Delphi modificato online in tre fasi (con 594 partecipanti provenienti da 58 paesi, il 50% dei quali erano persone con patologie post-COVID-19 e i loro familiari o caregiver, valutando 54 strumenti diversi) e un incontro di consenso online

Risultati

- Il numero di potenziali strumenti per misurare i 12 risultati principali è stato ridotto da 319 a 19 durante il processo di consenso
- Strumenti di misurazione per tre risultati – sopravvivenza, recupero e funzionamento respiratorio, sintomi e condizioni – sono stati inclusi nel COMS finale, che raccomandiamo per l'uso in contesti clinici e di ricerca per adulti con condizioni post-COVID-19; per i restanti nove risultati principali, sebbene non sia stato raggiunto il consenso per nessun singolo strumento, quelli con il massimo livello di supporto, sulla base del processo di consenso, sono stati identificati e dovrebbero essere considerati per l'uso nella pratica clinica e nella ricerca

Direzioni future e implicazioni

- L'uso di questo COMS per gli adulti con condizioni post-COVID-19 faciliterà la misurazione e la rendicontazione coerenti dei risultati principali sia in contesti clinici che di ricerca e, attraverso confronti ottimizzati e sintesi di dati, aiuterà ad accelerare la ricerca, in particolare lo sviluppo di multi- necessitano di interventi basati sull'evidenza
- Man mano che diventano disponibili nuovi dati relativi alla condizione post-COVID-19 e i relativi strumenti di misurazione, il COMS dovrebbe essere sottoposto a una rivalutazione periodica e dovrebbero essere intraprese ulteriori ricerche metodologiche che indaghino e confrontino le misure di esito suggerite (che non hanno raggiunto il consenso)
- I partecipanti alla riunione di consenso hanno convenuto che la valutazione dei meriti relativi degli strumenti esistenti che non sono stati sviluppati per la condizione post-COVID-19 rispetto a quelli sviluppati specificamente per la condizione post-COVID-19 dovrebbe essere un'alta priorità per la futura ricerca sulla misurazione dei risultati



Antibioticoresistenza. Ecdc: “Raggiungere gli obiettivi del 2030 è una responsabilità urgente e collettiva”

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie ha già lanciato l'allarme sulla crescente minaccia della resistenza antimicrobica, stimando che oltre 35.000 persone muoiono ogni anno a causa di infezioni resistenti agli antibiotici nell'Unione Europea, in Islanda e in Norvegia. Ammon: "Per raggiungere gli obiettivi del 2030 è indispensabile un maggiore impegno per ridurre l'uso di antibiotici non necessari".

17 NOV -

"Sebbene in alcuni settori si siano registrati lenti progressi, i dati recenti indicano che la resistenza agli antimicrobici rimane una sfida significativa nell'UE/SEE. Per raggiungere gli obiettivi del 2030 è indispensabile un maggiore impegno per ridurre l'uso di antibiotici non necessari e per migliorare le pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni".

*Così il direttore dell'Ecdc, **Andrea Ammon**, facendo riferimento alla raccomandazione adottata il 13 giugno 2023 dal Consiglio sul potenziamento delle azioni dell'UE per combattere la resistenza antimicrobica in un approccio "One Health", che include cinque obiettivi da raggiungere entro il 2030, partendo da una base di riferimento del 2019. Questi obiettivi comprendono una riduzione del consumo complessivo di antibiotici, preferenze specifiche per gruppi di antibiotici e l'attenuazione delle infezioni del flusso sanguigno causate da agenti patogeni che spesso sono resistenti a più antibiotici contemporaneamente.*

*"La situazione delle infezioni da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi nell'UE continua a peggiorare - ha aggiunto -. L'incidenza delle infezioni del flusso sanguigno con questi batteri è aumentata di quasi il 50% tra il 2019 e il 2022. Ciò è in contrasto con l'obiettivo di ridurre queste infezioni del 5% entro il 2030. Si tratta di una tendenza preoccupante perché sono disponibili pochissimi trattamenti efficaci per i pazienti affetti da queste infezioni".*

*L'Ecdc reputa "incoraggianti" i notevoli miglioramenti registrati in due aree: l'incidenza totale delle infezioni da *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) è diminuita del 12,2% tra il 2019 e il 2022, avvicinandosi all'obiettivo di riduzione del 15%. Analogamente, l'incidenza delle infezioni da *Escherichia coli* resistenti alle cefalosporine di terza generazione è diminuita del 16,8% nello stesso periodo, indicando che l'UE ha già raggiunto l'obiettivo di riduzione del 10%. Questi sviluppi riflettono una tendenza positiva nell'affrontare la resistenza antimicrobica all'interno dell'UE.*

Il consumo totale di antibiotici nell'uomo (settori comunitario e ospedaliero insieme) è diminuito del 2,5% tra il 2019 e il 2022, indicando un lento progresso verso l'obiettivo di riduzione del 20% entro il 2030. Tuttavia, dopo le riduzioni senza precedenti del 2020 e del 2021, il consumo è rimbalsato nel 2022. Ciò potrebbe indicare che i modelli dei virus respiratori invernali, i contatti sociali, le abitudini igieniche e le pratiche di prescrizione degli antibiotici potrebbero essere ora simili a quelli precedenti alla pandemia Covid.

Solo nove Stati membri dell'UE hanno raggiunto o superato l'obiettivo del 65% di consumo di antibiotici appartenenti al gruppo "Access", secondo la classificazione AWaRe dell'Oms, mentre l'UE si attesta complessivamente al 59,8%. Gli antibiotici di questo gruppo dovrebbero essere la prima scelta per le infezioni comuni, poiché contribuiscono in misura minore all'emergere della resistenza antimicrobica. Sono necessari sforzi continui in questo settore per allineare i modelli di consumo all'obiettivo raccomandato.

L'Ecdc sottolinea la necessità di "interventi e azioni più incisive per affrontare la resistenza antimicrobica in diversi ambiti, come l'uso prudente degli antibiotici, la prevenzione e il controllo delle infezioni, la ricerca e l'innovazione, la sorveglianza della resistenza antimicrobica e del consumo di antimicrobici e l'attuazione dei piani d'azione nazionali One Health. Raggiungere gli obiettivi del 2030 è una responsabilità urgente e collettiva".

quotidianosanita.it

Ministero, Aifa e Iss lanciano allarme su antibiotico resistenza:

“Italia maglia nera, ogni anno 11 mila morti. È una pandemia silente”. Arriva campagna di comunicazione

Schillaci: “La promozione di un uso appropriato degli antibiotici è un obiettivo che si può raggiungere solo investendo sull'empowerment dei cittadini, sensibilizzando sull'importanza di affidarsi al medico di medicina generale, che garantisce l'appropriatezza alle prescrizioni”.

17 NOV -

“La resistenza antimicrobica e in particolare l'antibioticoresistenza è oggi considerata una delle principali minacce per la sanità pubblica a livello globale. L'uso eccessivo e improprio di antibiotici in ambito umano, veterinario e zootecnico, insieme alla diffusione purtroppo ancora elevata dalle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, sono i principali fattori alla base dello sviluppo dell'antimicrobicoresistenza.

Le infezioni resistenti ai farmaci antimicrobici provocano ogni anno oltre 35.000 decessi nelle Nazioni europee e purtroppo circa un terzo di questi decessi avviene in Italia. Secondo gli ultimi dati Aifa, nel 2022 registriamo una ripresa dei consumi degli antibiotici sistemici con un +24, % rispetto al 2021. E voglio ringraziare Aifa per questo monitoraggio che per noi è fondamentale per individuare le aree dove intervenire per arginare questo fenomeno”.

Lo ha detto il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, aprendo a Roma il Convegno per la Giornata Europea e Settimana Mondiale per l'uso prudente degli antibiotici dove è stata lanciata anche una nuova campagna di comunicazione che prevede uno spot con testimonial la giornalista e conduttrice Tv **Francesca Fagnani**.

“Ancora – ha evidenziato -, dai dati della Tessera Sanitaria si stima che nel 2022, tre persone su dieci hanno ricevuto almeno una prescrizione di antibiotici, con livelli d'uso più elevati nei bambini fino a 4 anni di età e nelle persone con più di 75 anni. Questo fa capire quanto sia urgente promuovere un uso appropriato degli antibiotici, facendo leva sulla corretta informazione, sulla responsabilità individuale e sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Fare passi in avanti in questa battaglia è essenziale anche per la sostenibilità del sistema. Non vorrei usare troppi dati, ma credo che sia utile ricordare che l'Ocse ha stimato che, se le attuali tendenze non cambieranno, nei Paesi del G7, fra il 2015 e il 2050, il trattamento delle infezioni resistenti si sarà tradotto in media in una spesa straordinaria, ogni anno, di circa 7 milioni di giorni di degenza ospedaliera in più e l'Italia contribuirà a questo calcolo con circa 1,3 milioni di giorni di degenza ospedaliera in più ogni anno. Sempre secondo l'Ocse, in assenza di nuove politiche di sanità pubblica, nell'Ue nel 2035 una infezione su tre sarà resistente agli antibiotici”.

“Su questo – ha ricordato - l'Italia ha già messo in campo un forte impegno, che va in questa direzione, attraverso il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza 2022-2025. Come sapete, i tre pilastri del PNCAR sono la sorveglianza, la prevenzione delle infezioni e l'uso corretto degli antibiotici. Per garantire che il governo del Piano sia efficace e in linea con i principi del Piano Nazionale della Prevenzione 2020 – 2025, sono stati istituiti una Cabina di regia, nel maggio scorso e il Gruppo Tecnico di Coordinamento, necessario all'attuazione del Piano, con 13 gruppi di lavoro tematici. La strategia che seguiamo è articolata su più fronti. Tra questi, c'è il rafforzamento della prevenzione e della sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza in ambito ospedaliero e comunitario. Per contrastarle è fondamentale ridurre il numero complessivo delle infezioni, anche puntando ovviamente sulle vaccinazioni. A tale riguardo siamo impegnati sia nella promozione attiva delle vaccinazioni che nel sostegno allo sviluppo di vaccini contro ceppi batterici resistenti”.

“Però – ha sottolineato - credo che un ruolo fondamentale spetti all'innovazione e alla ricerca, in ogni ambito: nella prevenzione, nella diagnosi e nella terapia delle infezioni resistenti agli antibiotici. Fattore irrinunciabile è poi una formazione adeguata degli operatori sanitari. È importante che i programmi di formazione continua e i curricula includano anche una formazione intersettoriale obbligatoria sulla prevenzione e controllo delle infezioni, sui rischi ambientali e sulla biosicurezza che sono tutti associati all'antimicrobico resistenza. Su questo obiettivo è concentrato il Piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere che stiamo portando avanti nell'ambito del PNRR. L'altro grande tema che ho citato all'inizio è la promozione di un uso appropriato degli antibiotici, un obiettivo che si può raggiungere solo investendo sull'empowerment del cittadino, sensibilizzandolo - come

facciamo con questo spot - sull'importanza di affidarsi al Medico di Medicina Generale che nell'ambito di un'alleanza terapeutica garantisce appropriatezza delle prescrizioni".

"C'è bisogno, però, e lo sappiamo, di un'accelerazione. In questa partita così importante per la salute pubblica e per il futuro del nostro sistema sanitario, dobbiamo avere tutti lo stesso obiettivo e fare ognuno la propria parte con il massimo sforzo", ha concluso.



"L'antibiotico-resistenza supererà in decessi quelli del cancro, è una pandemia silente". A lanciare l'allarme è **Giorgio Palù**, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco Aifa, nel suo intervento.

Le parole chiave secondo Palù nella lotta ai 'super bug' sono "l'accessibilità, la prevenzione, la diagnosi e la terapia", ma è dagli anni '90 che "non abbiamo nuovi antibiotici e l'industria è concentrata sulla pillola 'blockbuster' più che su terapie per 3-5 giorni". Il futuro? "Si può pensare a creare vaccini e anticorpi monoclonali", suggerisce. Uno strumento importante sarà "l'intelligenza artificiale, le società scientifiche stanno lavorando per una piattaforma che possa fare predittiva", conclude.

"Ogni anno in Italia si registrano 11mila morti per antibiotico-resistenza. Occorre quindi individuare sempre nuove molecole e antibiotici. Il ministero della Salute si è impegnato nei prossimi anni con il Piano sull'antibiotico-resistenza, molto dettagliato. L'Istituto superiore di sanità supporta le regioni, il ministero, le istituzioni con la sorveglianza e con i suoi laboratori per la caratterizzazione dei patogeni e aiuta ad affrontare il problema con la ricerca di base applicata. In questo modo completa in maniera efficace la grande azione che il Paese sta facendo. Il 20 novembre ci sarà all'Iss un evento di sensibilizzazione sull'antibiotico resistenza, un'occasione per aumentare la consapevolezza sugli operatori sanitari". Ha detto il commissario straordinario dell'Iss, **Rocco Bellantone**, nel suo intervento.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=118393

quotidianosanita.it

Vaccini Covid. Ad oggi campagna flop: somministrate meno di 700 mila dosi. La copertura vaccinale per over 60 e fragili ferma al 3,12%

A livello nazionale sono solo 677.421 le dosi somministrate del vaccino Pfizer aggiornato contro le nuove varianti. A guidare la classifica, con il maggior numero di vaccinazione effettuate, è la Lombardia con 218.758 dosi somministrate. A seguire troviamo l'Emilia Romagna con 111.726 dosi, e la Toscana con 100.772 dosi. Se però focalizziamo l'attenzione sulla percentuale di popolazione fragile raggiunta, troviamo in cima alla classifica la Valle d'Aosta con il 8%, seguita dalla Toscana (7,3%) e dall'Emilia Romagna (7%).

17 NOV -

La campagna vaccinale contro il Covid di certo non è partita con il piede giusto. Al 16 novembre risultano somministrate a livello nazionale 677.421 dosi del vaccino Pfizer aggiornato contro le nuove varianti.

Se il basso numero di vaccinazioni effettuate sulla popolazione generale non stupisce, vista la precedenza data in un primo momento a over 60 e fragili, è proprio quest'ultimo dato a sancire quello che al momento può a tutti gli effetti essere definito come un flop: sono state infatti somministrate solo 572.228 dosi a queste categorie per le quali la vaccinazione era raccomandata, con una copertura vaccinale pari al 3,12 % a livello nazionale.

A guidare la classifica, con il maggior numero di vaccinazione effettuate, è la **Lombardia** con 218.758 dosi somministrate. A seguire troviamo l'**Emilia Romagna** con 111.726 dosi, e la **Toscana** con 100.772 dosi.

Tabella 1. Dosi di vaccini COVID-19 somministrate per Regione/PA a tutta la popolazione 0-100 aa

COMIRNATY OMICRON XBB.1.5 (0-100 aa)		
Regione	Dosi somministrate al 16/11/23	Rapporto rispetto alla popolazione regionale residente 0-100 aa
Lombardia	218758	2,198%
Emilia-Romagna	111726	2,524%
Toscana	100772	2,760%
Piemonte	44988	1,061%
Lazio	33470	0,586%
Veneto	31615	0,653%
Puglia	26607	0,682%
Friuli Venezia Giulia	19176	1,608%
Liguria	15437	1,027%
Marche	15086	1,019%
P.A. Bolzano	11810	2,215%
P.A. Trento	10337	1,907%
Campania	8747	0,156%
Umbria	8245	0,965%
Sardegna	6058	0,385%
Valle d'Aosta	3612	2,938%
Calabria	1493	0,081%
Molise	1171	0,404%
Sicilia	804	0,017%
Basilicata	23	0,004%
Abruzzo	0	0,000%

Se però focalizziamo l'attenzione sulla percentuale di popolazione fragile raggiunta, troviamo in cima alla classifica la **Valle d'Aosta** con il 8%, seguita dalla **Toscana** (7,3%) e dall'**Emilia Romagna** (7%).

Tabella 2. Dosi di vaccini COVID-19 somministrate per Regione/PA alla popolazione over 60 e CV

COMIRNATYOMICRON XBB.1.5 (60+)		
Regione	Dosi somministrate agli over 60 al 16/11/23	Coperture vaccinali popolazione regionale residente 60+ aa
Lombardia	182353	6,072%
Emilia-Romagna	98945	7,098%
Toscana	89743	7,372%
Piemonte	38791	2,721%
Lazio	28007	1,623%
Veneto	25415	1,676%
Puglia	21632	1,799%
Friuli Venezia Giulia	16213	3,977%
Liguria	13423	2,712%
Marche	13291	6,760%
P.A. Bolzano	9708	5,273%
P.A. Trento	8646	5,273%
Campania	7371	0,481%
Umbria	7509	2,590%
Sardegna	5047	0,941%
Valle d'Aosta	3181	8,015%
Calabria	1232	0,217%
Molise	1047	1,062%
Sicilia	654	0,046%
Basilicata	20	0,011%
Abruzzo	0	0

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=118407



Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità
Cabina di Regia istituita con DM Salute del 29 maggio 2020 e s.m.i.

Monitoraggio Fase 3 Report settimanale

Settimana 28

Monitoraggio Fase 3
(Circolare del Ministero della Salute n. 14253 del 5 maggio 2023)

Acquisizione dati: 15 novembre 2023

Impatto

- Al 15/11/2023 l'occupazione dei posti letto in area medica resta limitata ma in aumento, pari al 6,7% (4.167 ricoverati) in aumento rispetto alla settimana precedente (5,9% all'8/11/2023) (tab.1, fig.1). In leggero aumento anche l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva, pari a 1,4% (122 ricoverati) rispetto alla settimana precedente (1,2% all'8/11/2023) (tab.2, fig.2).
- I tassi di ospedalizzazione (fig.3) e mortalità (fig.5) aumentano con l'età, presentando i valori più elevati nella fascia d'età 90+ anni; anche il tasso di ricovero in terapia intensiva aumenta con l'età (fig.4).

Diffusione

- L'indice di trasmissibilità (R_t) basato sui casi con ricovero ospedaliero al 7/11/2023 è pari a 0,93 (0,89 – 0,98), in leggero aumento rispetto alla settimana precedente ($R_t=0,83$ (0,78 – 0,87) (fig.6). Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell' R_t si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/id/5477037).
- L'incidenza di casi COVID-19 diagnosticati e segnalati nel periodo 09/11/2023-15/11/2023 è pari a 58 casi per 100.000 abitanti, in aumento rispetto alla settimana precedente (02/11/2023 - 08/11/2023 pari a 46 casi (tab.3).
- L'incidenza settimanale (09/11/2023-15/11/2023) dei casi diagnosticati e segnalati è in aumento in quasi tutte le Regioni/PPAA rispetto alla settimana precedente. L'incidenza più elevata è stata riportata nella Regione Veneto (130 casi per 100.000 abitanti) e la più bassa in Sicilia (1 caso per 100.000 abitanti) (tab.3).
- La fascia di età che registra il più alto tasso di incidenza settimanale è la fascia 90+ anni. L'incidenza è in aumento in tutte le fasce d'età (fig.7). L'età mediana alla diagnosi è di 58 anni, stabile rispetto alle settimane precedenti.
- La percentuale di reinfezioni è circa il 40%, stabile rispetto alla settimana precedente (fig.8).

Varianti

- In base ai dati di sequenziamento disponibili nella piattaforma nazionale I-Co-Gen, nelle ultime settimane di campionamento consolidate (dati al 13 novembre 2023), si continua ad osservare una predominanza di ceppi virali ricombinanti omicron riconducibili a XBB. Tra questi, in accordo con quanto osservato in diversi Paesi, la variante d'interesse EG.5, con diversi sotto-lignaggi, si conferma maggioritaria (fig.9, fig.10).

Indicatori di impatto

Tabella 1 - Numero di posti letto di area medica occupati da pazienti con infezione da SARS-CoV-2 / numero di posti letto totali in Area Medica

Regione/PA	Posti letto occupati area medica 15/11/2023 (A)	Posti letto totali area medica 15/11/2023 (B)	Occupazione (%) area medica 15/11/2023 (C=A/B*100)	Occupazione (%) area medica 08/11/2023
Abruzzo	102	1 382	7.4	5.4
Basilicata	18	333	5.4	4.2
Calabria	69	902	7.6	6.2
Campania	81	3 716	2.2	2.0
ER	825	9 001	9.2	8.6
FVG	139	1 277	10.9	10.9
Lazio	303	6 421	4.7	4.4
Liguria	165	1 251	13.2	11.8
Lombardia	431	10 457	4.1	3.6
Marche	137	973	14.1	8.2
Molise	13	176	7.4	1.7
Piemonte	584	6 794	8.6	7.0
PA Bolzano	73	500	14.6	12.0
PA Trento	58	517	11.2	8.3
Puglia	78	2 266	3.4	4.2
Sardegna	156	1 602	9.7	9.7
Sicilia	119	2 966	4.0	4.2
Toscana	258	5 033	5.1	4.7
Umbria	88	662	13.3	15.3
Valle d'Aosta	19	67	28.4	22.4
Veneto	451	6 000	7.5	5.5
ITALIA	4 167	62 296	6.7	5.9

Tutti i dati riportati in tabella si riferiscono al mercoledì di ogni settimana. Posti letto totali in Area Medica = posti letto Area Medica COVID attivi pre-emergenza (HSP 14.02.2020) + posti letto Area Medica COVID attivati (aggiuntivi rispetto ai posti letto pre-emergenza) aggiornati al giorno indice.

Tabella 2 - Numero di posti letto di terapia intensiva occupati da pazienti con infezione da SARS-CoV-2 / numero di posti letto totali in Terapia Intensiva

Regione/PA	Posti letto occupati terapia intensiva 15/11/2023 (A)	Posti letto totali terapia intensiva 15/11/2023 (B)	Occupazione (%) terapia intensiva 15/11/2023 (C=A/B*100)	Occupazione (%) terapia intensiva 08/11/2023
Abruzzo	4	181	2.2	2.2
Basilicata	2	79	2.5	0.0
Calabria	3	157	1.9	0.6
Campania	2	486	0.4	0.2
ER	19	889	2.1	2.1
FVG	4	175	2.3	1.7
Lazio	13	943	1.4	1.6
Liguria	8	186	4.3	4.3
Lombardia	11	1 810	0.6	0.3
Marche	1	206	0.5	0.5
Molise	0	39	0.0	0.0
Piemonte	17	628	2.7	1.4
PA Bolzano	2	100	2.0	2.0
PA Trento	1	90	1.1	1.1
Puglia	2	348	0.6	0.3
Sardegna	0	204	0.0	0.0
Sicilia	4	688	0.6	0.7
Toscana	12	570	2.1	1.6
Umbria	4	80	5.0	3.8
Valle d'Aosta	0	13	0.0	0.0
Veneto	13	1 000	1.3	1.4
ITALIA	122	8 872	1.4	1.2

Tutti i dati riportati in tabella si riferiscono al mercoledì di ogni settimana. Posti letto totali in Area Medica = posti letto Area Medica COVID attivi pre-emergenza (HSP 14.02.2020) + posti letto Area Medica COVID attivati (aggiuntivi rispetto ai posti letto pre-emergenza) aggiornati al giorno indice.

Diffusione dell'epidemia

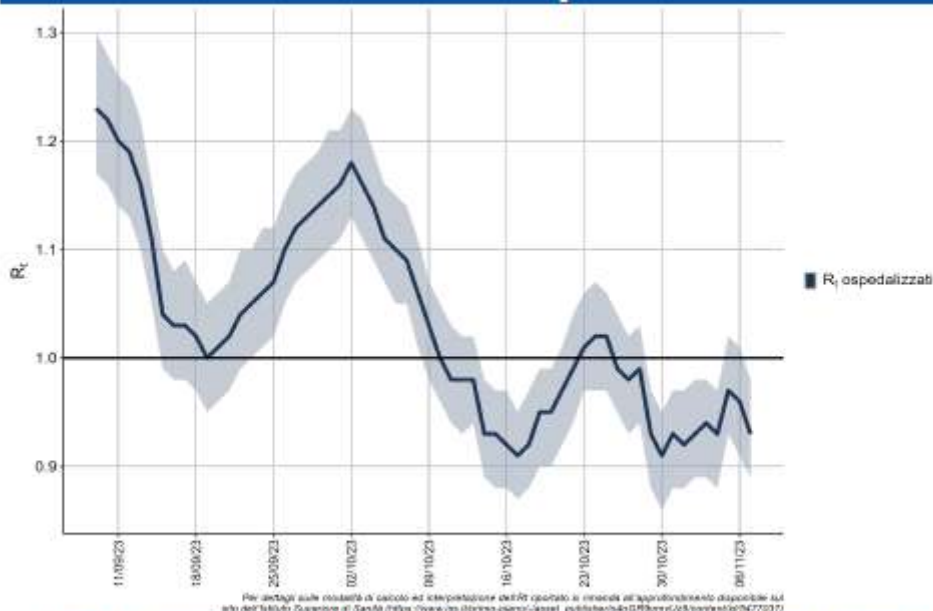


Figura 6 - Andamento giornaliero di Rt ospedalizzazioni nazionale, calcolato con dati estratti il 15 novembre 2023

Tabella 3 - Incidenza (x100.000 abitanti) di nuove infezioni da SARS-CoV-2 diagnosticate e segnalate nelle ultime 3 settimane

Regione/PA	Numero di casi 09/11/2023 - 15/11/2023	Incidenza* 09/11/2023 - 15/11/2023	Incidenza 02/11/2023 - 08/11/2023	Incidenza 26/10/2023 - 01/11/2023	Variatione relativa rispetto settimana precedente
Abruzzo	890	70	54	52	29.6
Basilicata	47	9	7	9	28.6
Calabria	338	18	13	13	38.5
Campania	1 440	26	22	27	18.2
ER	2 403	54	48	50	12.5
FVG	769	65	46	48	41.3
Lazio	2 958	52	40	44	30
Liguria	719	48	43	42	11.6
Lombardia	9 236	93	71	68	31
Marche	754	51	33	34	54.5
Molise	82	28	15	15	86.7
Piemonte	4 082	96	75	72	28
PA Bolzano	312	59	44	44	34.1
PA Trento	424	78	74	56	5.4
Puglia	1 423	36	33	32	9.1
Sardegna	99	6	9	11	-33.3
Sicilia	66	1	1	2	0
Toscana	1 471	40	34	40	17.6
Umbria	444	52	43	62	20.9
Valle d'Aosta	71	58	33	76	75.8
Veneto	6 286	130	95	92	36.8
ITALIA	34 314	58	46	47	26.1

*Incidenza calcolata come numero di casi diagnostici e notificati settimanalmente dal giovedì al mercoledì/100.000 abitanti.

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA, 100747

Impatto del COVID-19 sulle popolazioni immunocompromesse durante l'era Omicron: approfondimenti dallo studio osservazionale INFORM basato sulla popolazione

Rachael A. Evans • Sabada Dube • Yi Lu • Marco Yates • Sofia Arnetorp • Eleonora Barnes • et al. [Mostra tutti gli autori](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 12 ottobre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100747>

Riepilogo

Sfondo

Gli individui immunocompromessi non sono protetti in modo ottimale dai vaccini contro il COVID-19 e potenzialmente necessitano di ulteriori interventi preventivi per mitigare il rischio di una forma grave di COVID-19. L'obiettivo era caratterizzare e descrivere il rischio di grave COVID-19 nei gruppi immunocompromessi quando la pandemia ha iniziato a passare a una fase endemica.

Metodi

I ricoveri, i ricoveri in unità di terapia intensiva (UTI) e i decessi correlati a COVID-19 (01/01/2022-31/12/2022) sono stati confrontati tra diversi gruppi di individui immunocompromessi rispetto alla popolazione generale, utilizzando un disegno di coorte retrospettivo e dati elettronici dati sanitari provenienti da un campione casuale del 25% della popolazione inglese di età ≥ 12 anni (numero di registrazione: ISRCTN53375662).

Risultati

Complessivamente, gli individui immunocompromessi rappresentavano il 3,9% della popolazione in studio, ma il 22% (4585/20.910) dei ricoveri per COVID-19, il 28% (125/440) dei ricoveri in terapia intensiva per COVID-19 e il 24% (1145/4810) dei ricoveri in terapia intensiva per COVID-19. Decessi per COVID-19 nel 2022. Limitandosi ai soggetti vaccinati con ≥ 3 dosi di vaccino COVID-19 (~84% degli immunocompromessi e 51% della popolazione generale), tutti i gruppi immunocompromessi sono rimasti a maggior rischio di esiti gravi di COVID-19, con rapporti di tasso di incidenza aggiustati (aIRR) per il ricovero ospedaliero compresi tra 1,3 e 13,1. A più alto rischio di ricovero per COVID-19 erano gli individui con: trapianto di organi solidi (aIRR 13,1, intervallo di confidenza al 95% [IC 95%] 11,2-15,3), immunodeficienza primaria da moderata a grave (aIRR 9,7, IC 95% 6,3-14,9), trapianto di cellule staminali (aIRR 11,0, IC 95% 6,8-17,6) e recente trattamento per neoplasie ematologiche (aIRR 10,6, IC 95% 9,5-11,9). I risultati erano simili per i ricoveri e i decessi in terapia intensiva per COVID-19.

Interpretazione

Gli individui immunocompromessi continuano a essere colpiti in modo sproporzionato dal COVID-19 e hanno un urgente bisogno di ulteriori misure preventive oltre agli attuali programmi di vaccinazione. Questi dati possono aiutare a determinare i gruppi immunocompromessi per i quali le strategie di prevenzione mirate possono avere l'impatto maggiore.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo effettuato ricerche su Medline dal 1° marzo 2020 al 31 marzo 2023, utilizzando i termini di ricerca ("SARS-CoV-2" O "COVID-19") E ("paziente immunocompromesso" [tiab] O "paziente immunocompromesso" [tiab] O "paziente compromesso" ospite" [tiab] O "ospite compromesso" [tiab] O "immune compromesso" [tiab] O "ospite

immunocompromesso" [tiab] O "paziente immunocompromesso" [tiab] O "immunocompromesso" [tiab] O "ospite immunocompromesso" [tiab] O "ospite immunocompromesso" [tiab]) E ("ospedalizzazione" O "ospedalizzazione" O "ICU" O "mortalità"), per identificare studi che riportavano un aumento del rischio di eventi gravi di COVID-19 in soggetti immunocompromessi, rispetto alla popolazione generale.

Sono state recuperate sette citazioni di interesse, di cui tre erano studi di coorte retrospettivi, ma nessuno di questi studi copriva il periodo successivo a marzo 2022.

Valore aggiunto di questo studio

Lo studio INFORM mira a valutare e caratterizzare il rischio e l'onere del COVID-19 tra i gruppi immunocompromessi utilizzando i dati delle cartelle cliniche elettroniche raccolti regolarmente da un campione casuale rappresentativo dell'intera popolazione inglese.

Questi risultati iniziali forniscono dati critici e urgentemente necessari a livello granulare per descrivere le popolazioni immunocompromesse che sono rimaste ad aumentato rischio di grave COVID-19 per tutto il 2022, nonostante i programmi di vaccinazione fossero ben consolidati.

I risultati mostrano che gli individui immunocompromessi rappresentavano il 3,9% della popolazione inglese, ma il 22% dei ricoveri per COVID-19, il 28% dei ricoveri in terapia intensiva per COVID-19 e il 24% dei decessi per COVID-19, nonostante >80% avesse ricevuto ≥ 3 dosi di vaccino contro il Covid-19.

In una popolazione completamente vaccinata aggiustata per sesso, età e numero di comorbilità non immunocompromettenti, il rischio di COVID-19 è rimasto elevato tra i gruppi immunocompromessi da 1,3 a 13,1 volte per i ricoveri per COVID-19 e da 1,3 a 19,9 volte per i decessi per COVID-19, rispetto alla popolazione generale, con i riceventi di trapianto di organi solidi che costituiscono il gruppo a più alto rischio sia di ospedalizzazione che di morte.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Sebbene i vaccini possano essere sufficienti a salvaguardare la maggior parte degli individui immunocompetenti contro il COVID-19 grave, il rischio altamente sproporzionato per la popolazione immunocompromessa riscontrato in questo studio sottolinea l'urgente necessità di ulteriori misure preventive contro il COVID-19 in questa popolazione vulnerabile.

I risultati del nostro studio possono essere utilizzati per determinare i gruppi immunocompromessi a più alto rischio e supportare un approccio basato sull'evidenza per garantire che gli interventi preventivi combinati con programmi di vaccinazione efficaci siano mirati verso gli individui in cui è probabile che gli interventi abbiano il maggiore impatto, consentendo così ai decisori politici prendere decisioni informate e garantire politiche di accesso eque.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(23\)00166-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(23)00166-7/fulltext)

PNRR e sua implementazione

quotidianosanita.it

Pnrr. Su attuazione Mission 6 Salute non si registrano particolari ritardi nei tempi di attuazione. Unica eccezione l'Assistenza domiciliare. La relazione della Corte dei Conti

Nel primo semestre 2023, al Ministero competeva un solo obiettivo quantitativo europeo, che è stato conseguito nei tempi; sale così a 10 il saldo complessivo degli obiettivi europei raggiunti (9 milestone e un target), corrispondenti a circa il 36 per cento del percorso complessivo. Nel medesimo semestre 2023 erano 14 gli obiettivi intermedi di rilevanza nazionale di competenza del Ministero della salute; di essi ne risultano conseguiti 9, mentre 5 sono ancora in corso.

09 NOV -

Per quanto concerne il Ministero della Salute il cronoprogramma delle misure di competenza, si rileva che gli obiettivi europei che il Ministero è chiamato a conseguire nell'arco temporale del PNRR sono complessivamente 28, di cui 10 milestone e 18 target. Le milestone consistono prevalentemente nell'adozione di atti o piani operativi e nell'emanazione di normativa settoriale, mentre i target sono costituiti da risultati quantitativi (intermedi e finali). Nel primo semestre 2023, al Ministero competeva un solo obiettivo quantitativo europeo, che è stato conseguito nei tempi; sale così a 10 il

saldo complessivo degli obiettivi europei raggiunti (9 milestone e un target), corrispondenti a circa il 36 per cento del percorso complessivo. Nel medesimo semestre 2023 erano 14 gli obiettivi intermedi di rilevanza nazionale di competenza del Ministero della salute; di essi ne risultano conseguiti 9, mentre 5 sono ancora in corso. Lo evidenzia la Corte dei Conti nella sua nuova relazione sull'attuazione del Pnrr.

Obiettivi del primo semestre 2023

Nel periodo oggetto di esame tutti gli obiettivi assegnati al Ministero della salute si riferivano a misure d'investimento. Un solo obiettivo rientrava tra quelli concordati a livello europeo, ossia un target quantitativo finale (M6C2-14), che risulta completato, ed è relativo all'assegnazione di 1.800 borse di studio in medicina generale da erogare, rispettivamente nel 1° ciclo formativo (2021-2023; 900 borse) e nel 2° ciclo formativo (2022-2025; 900 borse). Al riguardo, per quanto concerne il primo ciclo di formazione, le risorse sono state ripartite con Decreto del Ministero della salute del 2 novembre 2021 e il concorso nazionale per l'ammissione al corso di formazione di medicina generale si è tenuto il 23 febbraio 2022; al termine della procedura sono stati individuati i candidati idonei e le attività formative sono iniziate a maggio 2022. Per quanto concerne il secondo ciclo di formazione, il Decreto di riparto delle risorse da assegnare è stato approvato il 22 settembre 2022 e il 1° marzo 2023 si è svolto il concorso nazionale per l'ammissione al ciclo di formazione; le attività formative, in questo secondo caso, hanno avuto inizio nel mese di maggio 2023.

Nel medesimo semestre, il Ministero doveva conseguire 14 obiettivi di rilievo nazionale. Come già specificato, ne risultano conseguiti 9: due di questi (M6C1-00-ITA-6; M6C1-00-ITA7) sono obiettivi quantitativi intermedi afferenti all'investimento "Casa della Comunità e presa in carico delle persone" (M6C1I1.1), rispetto al quale l'Amministrazione ha segnalato criticità attuative connesse sia all'aumento dei costi/scarsità dei materiali che a squilibri della domanda/offerta e/o impreparazione del tessuto produttivo. Rispetto alla data del 30 giugno 2023, tuttavia, l'intervento non ha ancora registrato ritardi significativi; risultano in linea con la tempistica attesa gli impegni connessi all'approvazione di 1.350 progetti idonei da porre a gara (ne risultano approvati 1.380) e all'assegnazione dei codici CIG o convenzioni di almeno un CIG per ogni CUP per la realizzazione dei medesimi (ne risultano assegnati 1.366).

Altri due obiettivi quantitativi intermedi conseguiti (M6C1-00-ITA-34 e M6C1-00-ITA35) afferiscono all'investimento M6C1I1.3 e concernono l'approvazione di 400 progetti idonei e la conseguente assegnazione di almeno 400 codici CIG/provvedimenti di convenzione per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità; rispetto ai futuri impegni connessi all'attuazione dell'intervento, l'Amministrazione ha segnalato la presenza di criticità riconducibili sia all'aumento dei costi/scarsità dei materiali che a squilibri della domanda/offerta e/o a impreparazione del tessuto produttivo. Il quinto obiettivo quantitativo conseguito (M6C1-00-ITA-21) prevedeva l'assegnazione di un codice CIG al progetto pilota per lo sviluppo degli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria (sub intervento d) nell'ambito della misura M6C1I1.2.2). Rispetto all'andamento complessivo dell'investimento l'Amministrazione non ha segnalato criticità attuative di particolare rilievo.

La sesta milestone che risulta conseguita (M6C2-00-ITA-2) attiene alla pubblicazione della procedura di gara per interventi antisismici connessi all'investimento "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (M6C2I1.2); rispetto ai risultati attesi dalla procedura ad evidenza pubblica, l'Amministrazione ha segnalato la presenza di possibili criticità attuative connesse al duplice rischio di aumento dei costi/scarsità dei materiali o all'impreparazione complessiva del tessuto produttivo di riferimento. L'Amministrazione ha comunicato il conseguimento anche della milestone M6C2-00-ITA26, che prevedeva il completamento delle procedure di iscrizione ai corsi di formazione manageriale di 4.500 unità entro il T2 2023, nell'ambito della misura "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura, corso di formazione manageriale".

In merito, l'Amministrazione ha reso noto che il decreto di riparto delle risorse relative al sub investimento è stato sottoscritto solo in data 29 marzo 2023, con annesso il relativo schema di accordo ex art. 15 della L. 241 del 7 agosto 1990, il Piano Operativo e lo schema di atto d'obbligo tra Agenas e ciascuna regione e provincia autonoma. In conseguenza di ciò, la Direzione Generale responsabile dell'intervento, considerata la dilatazione dei tempi necessari per l'attuazione del sub-investimento e in ragione della complessità dello stesso e delle nuove esigenze via via emerse nella definizione dell'iter di attuazione, ha chiesto di posticipare il termine previsto per il raggiungimento della milestone intermedia da giugno 2023 a dicembre 2023. In ogni caso, l'Amministrazione ha comunicato che nel corso del mese di luglio 2023 le Regioni e le Province Autonome hanno trasmesso le Schede di progetto, le nomine con atto deliberativo dei Referenti Unici Regionali (RUR) e l'elenco dei partecipanti al corso pilota. Il 1° agosto 2023 è stata istituita presso l'Agenas un'apposita Commissione di valutazione che ha proceduto alla revisione della documentazione. La prima edizione del corso pilota è stata programmata con data di inizio 14 settembre 2023 e le Regioni e Province autonome hanno nominato i partecipanti ed eventuali riserve per la partecipazione alle due edizioni del corso.

Per quanto concerne gli ulteriori 7 obiettivi del semestre in commento, 5 obiettivi quantitativi si riferiscono ai diversi sub investimenti della misura M6C1I1.2.2, relativa all'implementazione delle Centrali Operative Territoriali. Nello specifico,

due obiettivi quantitativi (M6C1-00-ITA-19 e M6C1-00-ITA-24), si riferiscono alla sub-misura M6C1I1.2.2 a) "Realizzazione di 600 COT" e prevedono, rispettivamente, l'assegnazione di almeno 600 codici CIG entro marzo 2023 e la sottoscrizione di almeno 600 contratti per la realizzazione delle COT entro giugno 2023. Alla data del 15 settembre 2023 l'Amministrazione ha comunicato l'assegnazione di 598 CIG e la sottoscrizione di 515 contratti con gli operatori economici; di conseguenza, il primo obiettivo può considerarsi sostanzialmente completato, mentre il secondo risulta ancora in corso. In proposito occorre sottolineare che già nel giugno del 2023 l'Amministrazione aveva manifestato l'intenzione di procedere alla programmazione di nuovi incontri con le Regioni e le Province autonome al fine di garantire il necessario supporto all'attuazione degli interventi in discorso e prevenire eventuali ritardi.

Due ulteriori obiettivi quantitativi (M6C1-00-ITA-20 e M6C1-00-ITA-23) si riferiscono alla sub-misura M6C1I1.2.2 b), relativa all'"Interconnessione aziendale". Il primo obiettivo, che doveva essere conseguito entro il 30 giugno 2023, prevedeva l'assegnazione di 70 codici CIG ai progetti di interconnessione aziendale; l'Amministrazione ha deciso di posticipare la scadenza al 30 settembre 2023 per consentire l'assegnazione di alcuni CIG che risultavano mancanti; alla data della presente rilevazione l'obiettivo in questione risulta sostanzialmente completato. Il secondo target prevedeva la stipula di 70 contratti di interconnessione aziendale; anche in questo caso, poiché al 15 settembre 2023 risultavano stipulati solo 55 contratti, l'Amministrazione ha deciso di posticipare la scadenza al 30 settembre 2023, dichiarando, al contempo, di aver avviato delle interlocuzioni puntuali con le regioni e le province autonome per assicurare il necessario supporto all'attuazione degli interventi anche attraverso il coinvolgimento dei Nuclei Tecnici dei CIS.

Risulta ancora in corso l'obiettivo italiano M6C1-00-ITA-22, che prevedeva la stipula di un contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria (M6C1I1.2.2 d), la cui scadenza, originariamente prevista per il 30 giugno 2023, è stata posticipata al secondo trimestre 2024. La progettualità relativa a questo investimento prevede la realizzazione di una Piattaforma di Intelligenza Artificiale a supporto delle cure primarie che si caratterizza per l'estrema innovatività e complessità tecnica. L'Amministrazione ha reso noto che la sua realizzazione ha comportato una sostanziale impossibilità per la stazione appaltante di elaborare la soluzione tecnica più adatta, in assenza di contributi provenienti dagli operatori economici specializzati del mercato.

Per tale ragione l'Agendas, in qualità di soggetto attuatore dell'intervento, ha indetto una procedura ad evidenza pubblica di dialogo competitivo, il cui avviso di indizione è stato pubblicato il giorno 21 ottobre 2022 e la scadenza per la presentazione delle candidature è stata fissata al 16 dicembre 2022. Come noto, la procedura di dialogo competitivo si compone di 3 fasi: la fase I, "Ammissione alla procedura dei candidati in possesso dei requisiti", si è conclusa il 21 marzo 2023 con l'invio delle lettere di ammissione/esclusione dei candidati alla gara; la fase II "Dialogo con i candidati ammessi finalizzato all'individuazione e alla definizione dei mezzi più idonei a soddisfare le necessità e gli obiettivi di AGENAS", si trova ancora in corso di svolgimento; solo a conclusione di quest'ultima potrà aprirsi la fase III "Valutazione delle offerte finali e aggiudicazione della procedura", a conclusione della quale sarà individuato il soggetto affidatario del contratto.

Risulta non completato e interessato da un forte slittamento (dal 30 giugno 2023 al 31 marzo 2024), anche il target M6C1-6-ITA-1, correlato alla misura M6C1I1.2.1, "Casa come primo luogo di cura". Il target nazionale prevedeva la presa in carico di 292.000 nuovi pazienti over 65 in Assistenza domiciliare entro il T2 2023, mentre il dato consolidato all'interno del flusso SIAD alla data del 15 maggio 2023 ha attestato l'avvenuta presa in carico di un numero di pazienti molto inferiore, pari a 193.891 nuovi assistiti (ossia il 66 per cento del numero incrementale degli assistiti rispetto al target ITA previsto). Preso atto del mancato conseguimento della misura (rispetto alla quale, tuttavia, l'Amministrazione non ha segnalato particolari criticità attuative), il Ministero ha emanato una circolare per esortare la definizione di un Piano Operativo Regionale (POR) da parte di ciascuna regione e provincia autonoma al fine di recuperare i ritardi accumulati e sensibilizzare i soggetti attuatori al rispetto delle nuove scadenze assegnate al target. Inoltre, il 18 aprile 2023 l'Amministrazione ha acquisito 21 Piani operativi, che sono stati valutati da una Commissione tecnica appositamente costituita presso AGENAS; quest'ultima ha poi trasmesso a ciascuna Amministrazione e Provincia autonoma le osservazioni e le eventuali raccomandazioni da recepire nei rispettivi Piani.

È stato anche predisposto uno schema di decreto di modifica al DI 23 gennaio 2023, che risulta attualmente in corso di valutazione con il MEF, per garantire l'erogazione a titolo di anticipazione anche del 50 per cento delle risorse previste per l'annualità 2023 (erogazione subordinata all'adozione dei suddetti Piani operativi da parte delle regioni e delle province autonome) per dotare queste ultime delle risorse necessarie per dare impulso alle attività prodromiche al conseguimento del target riferito all'annualità 2023. L'ultimo target non conseguito (M6C2-00-ITA-10), connesso alla misura M6C2I1.3.2 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK ...)", prevedeva l'adozione, entro giugno 2023, di due nuovi flussi informativi nazionali (riabilitazione territoriale e consultori familiari), nell'ambito del progetto di "Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale".

L'Amministrazione, con nota DGISS nr. 2404 del 23/06/2023, ha espresso la necessità di riprogrammare il target da T2 2023 a T3 2023 in quanto l'esame degli schemi di decreto disciplinanti la reingegnerizzazione dei flussi informativi sono stati esaminati dal Garante per la protezione dei dati personali solo nella seduta del 22 giugno 2023, all'esito, peraltro, di una lunga e laboriosa interlocuzione tra la medesima e la DGISS. Dopo aver ottenuto il parere del Garante nel mese di giugno 2023, anche il parere favorevole della Conferenza Stato Regioni è stato acquisito nella seduta del 2 agosto 2023; il 7 agosto 2023 il Ministero della salute ha sottoscritto i decreti e i Disciplinari Tecnici relativi all'istituzione dei primi due nuovi flussi informativi previsti dalla sub-linea di investimento relativamente al flusso SICOF e SIAR.

Obiettivi del secondo semestre 2023

Entro la fine del 2023 il Ministero della salute dovrà conseguire un solo target europeo (M6C1-8): si tratta di un obiettivo quantitativo intermedio connesso all'investimento M6C1I1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", che prevede l'elaborazione e l'approvazione di almeno un progetto di Telemedicina per regione. L'obiettivo risulta attualmente in corso di svolgimento e l'Amministrazione non ha segnalato particolari criticità attuative; infatti, il 21 luglio 2022 l'Agenas ha approvato le linee guida contenenti i requisiti funzionali e i livelli di servizio per la progettazione dei servizi di telemedicina da parte di Regioni e Province Autonome; queste ultime sono state chiamate a compilare un Piano Operativo contenente i fabbisogni per i servizi di telemedicina, che sono stati poi valutati da una Commissione tecnica dell'Agenas. A seguito della pubblicazione nella GU n. 298 del 22/12/22 del DM del 30/09/22, è stata attivata una Piattaforma dedicata all'acquisizione dei Piani Operativi Regionali (il cui format è stato adottato attraverso il sopracitato decreto), che saranno utilizzati per la definizione dei capitolati di gara da parte delle Regioni capofila (Puglia e Lombardia), in qualità di stazioni appaltanti.

I bandi di gara per i servizi minimi di Telemedicina e gli atti regionali e provinciali che definiscono il modello organizzativo regionale dei Servizi di Telemedicina da parte della Regione, attesi entro giugno 2023, sono stati pubblicati dalla regione Lombardia (con scadenza il 13 settembre 2023) e della regione Puglia (con scadenza 6 novembre 2023). Inoltre, il Decreto di riparto delle risorse alle Regioni/PP.AA. per la realizzazione dei progetti attraverso le procedure di gara espletate dalle Regioni capofila, con parere positivo acquisito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 21 settembre 2023 è stato sottoscritto dal Ministro della salute in data 28 settembre 2023 ed è stato trasmesso agli organi di controllo prima della pubblicazione in GU361.

A quanto riportato nel precedente paragrafo, vanno aggiunti 4 obiettivi intermedi di rilevanza nazionale previsti in scadenza nel semestre oggetto di analisi; di essi (3 target e un milestone), ne risulta conseguito solo uno, ossia il traguardo M6C2-00-ITA 27, che prevedeva la pubblicazione del decreto annuale del Governo che assegna alle Regioni le risorse economiche per finanziare le borse di studio per i medici, nell'ambito della misura M6C2I2.2.A "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario". Le risorse per la formazione dei medici di medicina generale – ciclo formativo 2023/2026, per un totale di 33.991.002 euro, sono state assegnate con d.m. del Ministero della salute del 14 luglio 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale nr. 209 del 7 settembre 2023. Rispetto agli obiettivi a rilevanza nazionale non ancora conseguiti, il primo (M6C1-00-ITA-8) afferisce alla stipula dei contratti per la costruzione di 1.350 Case della Comunità (M6C1I1.1); l'obiettivo risulta essere ancora in corso e in base all'ultimo monitoraggio da sistema ReGis la misura risulta essere in ritardo, posto che al 30 giugno 2023 risultavano sottoscritti solo 96 contratti con gli operatori economici selezionati per la realizzazione delle Case di Comunità.

Il secondo obiettivo (M6C1-00-ITA-36) prevedeva la stipula di almeno 400 obbligazioni giuridicamente rilevanti per la realizzazione degli Ospedali della Comunità (M6C1I1.3); il sistema ReGis segnala che l'intervento è ancora in corso e presenta un rallentamento rispetto al cronoprogramma originario, posto che alla data del 30 giugno 2023 risultavano stipulate solo 24 su 400 obbligazioni. L'ultimo target quantitativo a rilevanza nazionale (M6C2-2-ITA-1) afferisce alla misura M6C2I2.1, "Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN" e prevede il finanziamento di 50 progetti di ricerca su tumori e malattie rare. In merito, l'Amministrazione ha segnalato che l'obiettivo risulta ancora in via di definizione, in quanto il secondo avviso per le tematiche "proof of concept", "tumori rari", "malattie rare", "malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-sanitari" "innovazione in campo diagnostico e innovazione in capo terapeutico", "malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-sanitari", "fattori di rischio e prevenzione ed eziopatogenesi e meccanismi di malattia" è stato pubblicato solo nell'aprile del 2023. A tale fase seguirà quella di accreditamento, stesura e validazione dei progetti da parte dei destinatari istituzionali (originariamente prevista per il 30 giugno 2023), la fase di valutazione dei progetti (30 novembre 2023), l'elaborazione e stesura delle graduatorie (31 dicembre 2023).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118139

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE
DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
(PNRR)

(redatta ai sensi dell'art. 7, comma 7, del decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77,
convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108)



Novembre 2023



<https://www.corteconti.it/Home/Organizzazione/UfficiCentraliRegionali/UffSezRiuniteSedeControllo/RelstatoPNRR>

quotidianosanita.it

Pnrr. Gimbe: “Espunte 312 case di comunità e 76 ospedali di comunità, rischio penalizzazione Centro-Sud. Via 1.083 posti letto di area critica”

“L’aumento dei costi di realizzazione di opere preventivate in era pre-pandemica e antecedenti alla crisi energetica hanno reso inevitabile espungere un numero consistente di Case e Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Considerato che la distribuzione regionale delle opere da edificare non è omogenea, è indispensabile trovare un meccanismo di perequazione. Positivo l’aumento degli over 65 assistiti in ADI e in telemedicina”, commenta il presidente Cartabellotta.

30 NOV -

Il 7 agosto 2023 l'Italia ha inviato alla Commissione Europea la [“Proposta per la revisione del PNRR”](#) che, relativamente alla Missione Salute, chiedeva di espungere la realizzazione di 414 Case di Comunità, 76 Centrali Operative Territoriali, 77 ospedali di Comunità e 22 interventi di anti-sismica. Il documento conteneva inoltre la richiesta di differimento delle scadenze per tre target/milestone: Centrali Operative Territoriali (+6 mesi), persone assistite attraverso la telemedicina (+12 mesi), ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (+12 mesi).

*“La maggior parte delle modifiche – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – è stata motivata dall’aumento dei costi dell’investimento e/o dei tempi di attuazione, oltre che di ritardi nelle forniture e difficoltà legate all’approvvigionamento delle materie prime”.*

Il 24 novembre 2023 la Commissione Europea ha [approvato la proposta](#) dove sono riportati i nuovi target quantitativi e le nuove scadenze, senza alcun riferimento a quelli della proposta iniziale. "Nell'ambito delle attività del nostro Osservatorio sul Servizio Sanitario Nazionale – spiega Cartabellotta – abbiamo effettuato un'analisi comparativa tra la proposta originale e il documento approvato al fine di fornire un quadro oggettivo sulle modifiche apportate agli operatori del settore, informare i cittadini ed evitare strumentalizzazioni politiche". La tabella 1 e la tabella 2 riportano, rispettivamente, le modifiche quantitative e i differimenti temporali delle scadenze.

Tabella 1. Rimodulazione PNRR Missione Salute: modifiche quantitative

N°	Investimento	Target originale	Nuovo target	Delta
M6C1-3	Case della Comunità	1.350	1.038	-312
M6C1-7	Centrali Operative Territoriali	600	480	-120
M6C1-11	Ospedali di comunità	381	307	-74
M6C1-6	Over 65 in assistenza domiciliare	800.000	842.000	+42.000
M6C1-9	Pazienti assistiti in telemedicina	200.000	300.000	+100.000
M6C2-9	Posti terapia intensiva	3.500	2.692	-808
	Posti terapia sub-intensiva	4.225	3.230	-995
M6C2-10	Interventi antisismica	109	84	-25

Tabella 2. Rimodulazione PNRR Missione Salute: differimenti delle scadenze

N°	Investimento	Scadenza originale	Nuova scadenza	Delta
M6C1-7	Centrali Operative Territoriali	30 giugno 2024	31 dicembre 2024	+6 mesi
M6C2-6	Grandi apparecchiature	31 dicembre 2024	30 giugno 2026	+18 mesi

Missione 6. Componente 1. "Le modifiche approvate – spiega Cartabellotta – confermano le richieste di espungere varie strutture, ma i criteri e la distribuzione regionale al momento non son noti. Tuttavia, se ad essere espunte saranno le strutture da realizzare ex novo, saranno prevalentemente le Regioni del Centro-Sud ad essere penalizzate". In dettaglio dovranno essere realizzate:

- Case della Comunità: 1.038, rispetto alle 1.350 iniziali (-312)
- Centrali Operative Territoriali: 480, rispetto alle 600 iniziali (-120)
- Ospedali di Comunità: 307, rispetto ai 381 iniziali (-74)

Secondo quanto riportato nel piano di rimodulazione, gli investimenti espunti dovrebbero essere finanziati con le risorse del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20 L. 67/1988) non spese dalle Regioni. "Tuttavia è bene sottolineare – precisa il Presidente – che il documento approvato dalla Commissione Europea menziona tali fondi solo per compensare gli investimenti relativi all'antisismica".

In particolare, è stata aggiunta la misura M6C2-10 bis che prevede l'erogazione di almeno il 90% di € 250 milioni per progetti finalizzati alla ristrutturazione e modernizzazione degli ospedali correlati agli Accordi di Programma di cui all'art. 20 della L. 67/88.

È previsto un incremento del target quantitativo, sia del numero di persone over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila a 842 mila), sia del numero di pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila a 300 mila).

"Un impegno – commenta il Presidente – indubbiamente condivisibile, in linea con le necessità di potenziare ulteriormente l'ADI e, soprattutto, di espandere l'utilizzo della telemedicina. La cui vera implementazione è tuttavia condizionata dall'inserimento delle varie prestazioni nei livelli essenziali di assistenza, che oggi includono solo la tele-neuroriabilitazione"

La rimodulazione prevede anche il differimento temporale del target relativo all'attivazione delle Centrali Operative Territoriali dal 30 giugno 2024 al 31 dicembre 2024 (+6 mesi).

Missione 6. Componente 2. Le modifiche approvate confermano la riduzione del numero di interventi di antisismica negli ospedali e prevedono una riduzione dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva. In dettaglio sono previsti:

- Interventi di antisismica: 84, rispetto ai 109 iniziali (-25)

- Posti letto di terapia intensiva: 2.692, rispetto ai 3.500 iniziali (-808)

- Posti letto di terapia semi-intensiva: 3.230, rispetto ai 4.225 iniziali (-995)

"La rimodulazione al ribasso del numero di posti letto in terapia intensiva e sub-intensiva – commenta il Presidente – di ben 1.803 unità (ovvero 1 su 4) risulta poco comprensibile per almeno tre ragioni. Innanzitutto, non era prevista nella proposta di rimodulazione del 27 luglio 2023; in secondo luogo, riguarda un progetto già finanziato con i fondi del decreto rilancio; infine, il potenziamento di queste strutture rappresenta una misura chiave del nuovo piano pandemico". Considerato che trattavasi di un "progetto in essere", già finanziato con le risorse del decreto rilancio (DL 34/2020), dal documento approvato dalla Commissione Europea non risulta in alcun modo se i posti letto "svaniti" verranno comunque realizzati.

Relativamente alla componente 2, la rimodulazione prevede anche il differimento temporale del target relativo all'installazione delle grandi apparecchiature dal 31 dicembre 2024 al 30 giugno 2026 (+18 mesi).

"L'aumento dei costi di realizzazione di opere preventivate in era pre-pandemica e antecedenti alla crisi energetica – conclude Cartabellotta – hanno reso inevitabile espungere un numero consistente di Case e Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Considerato che la distribuzione regionale delle opere da edificare non è omogenea, è indispensabile trovare un meccanismo di perequazione per evitare di lasciare indietro le Regioni meridionali nel processo di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale, visto che tra gli obiettivi trasversali del PNRR vi è proprio la riduzione delle disuguaglianze regionali. Il rifinanziamento di queste strutture – come ripetutamente dichiarato dalle Istituzioni – con i fondi dell'ex. art. 20, oltre ad essere già stato ritenuto non applicabile dalle Regioni, non trova traccia nel documento approvato dalla Commissione Europea. Sicuramente positivo l'aumento degli over 65 assistiti in ADI e in telemedicina. Sull'incomprensibile taglio ai posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva sarebbe opportuno che le Istituzioni fornissero chiarimenti".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118719

quotidianosanita.it

Pnrr. Gimbe: "In linea con scadenze europee, male l'Assistenza domiciliare. Ma serve sciogliere nodo carenza infermieri e riforma medici di famiglia"

Monitoraggio della Fondazione sull'attuazione del Piano. Cartabellotta: "Bisogna mettere in campo coraggiose riforme di sistema, finalizzate in particolare a definire il ruolo e le responsabilità dei medici di famiglia; in secondo luogo, serve un potenziamento adeguato del personale infermieristico, oltre a investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027; infine, occorre supportare le Regioni meridionali per colmare i gap esistenti tra Nord e Sud".

31 OTT -

"Nell'ambito delle attività del nostro Osservatorio sul Servizio Sanitario Nazionale – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – abbiamo avviato il monitoraggio indipendente dello status di avanzamento della Missione Salute del PNRR, al fine di fornire un quadro oggettivo, di informare i cittadini ed evitare strumentalizzazioni politiche".

STATO DI AVANZAMENTO AL 30 SETTEMBRE 2023

Monitoraggio del Ministero della Salute. Secondo i dati resi pubblici il 20 ottobre 2023 sul portale del Ministero della Salute che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del PNRR:

Milestone e target europei: sono stati tutti raggiunti entro le scadenze fissate per gli anni 2021-2023. Rimane da raggiungere a dicembre 2023 il target "Almeno un progetto di telemedicina per Regione".

Milestone e target nazionali: sono stati raggiunti entro le scadenze fissate tutti quelli previsti nel 2021 e 2022. Relativamente al 2023, oltre ai 3 target la cui scadenza è prevista a dicembre, sono stati differiti da giugno a dicembre 2023 una milestone ("Completamento della procedura di iscrizione ai corsi di formazione manageriale") e tre target

“Stipula di un contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell’assistenza primaria”, “Stipula dei contratti per l’interconnessione aziendale” e “Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali”). Un ulteriore target (“Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)”) è stato differito di 12 mesi, da marzo 2023 a marzo 2024. “È bene precisare – sottolinea Cartabellotta – che i traguardi e gli obiettivi nazionali costituiscono step intermedi che non condizionano l’erogazione dei fondi da parte dell’Europa, ma devono comunque essere attentamente monitorati perché potrebbero compromettere le correlate scadenze europee”.

“Al momento i ritardi sulle scadenze italiane non sono particolarmente critici – commenta Cartabellotta – fatta eccezione per il mancato raggiungimento del target “Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)”. In dettaglio, entro marzo 2023 avrebbero dovuto essere assistiti in ADI 296 mila pazienti over 65: lo slittamento di 12 mesi della scadenza lascia intendere che i tempi per colmare il ritardo non sono immediati. Questo consegue alle enormi differenze sulla capacità delle Regioni nell’erogare l’assistenza domiciliare, ambito in cui la maggior parte di quelle del centro-sud era già molto indietro”.

Monitoraggio Agenas sull’attuazione del DM 77/2022.

La [2a relazione Agenas sullo stato di implementazione del DM 77](#), riforma prevista dal PNRR per riorganizzare l’assistenza territoriale, ha fatto il punto sull’attivazione delle strutture a giugno 2023: le Case della Comunità (CdC), il punto di accesso sul territorio con cui il cittadino entra in contatto con il sistema socio-sanitario; le Centrali Operative Territoriali (COT) che coordinano i vari servizi sul territorio; gli Ospedali di Comunità (OdC) che hanno funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

In dettaglio:

Case della Comunità. Rispetto alle 1.430 CdC da attivare entro il 2026 quale target PNRR, ne sono state dichiarate funzionalmente attive 187, di cui: 92 in Lombardia, 43 in Emilia-Romagna, 38 in Piemonte, 6 in Toscana e Molise e 2 in Umbria.

Centrali Operative Territoriali. Delle 611 COT da attivare entro il 2024 quale target PNRR, ne sono state dichiarate attive 77, di cui: 36 in Lombardia, 15 nel Lazio, 9 in Veneto, 7 in Piemonte, 5 in Emilia-Romagna, 4 nella Provincia autonoma di Bolzano e 1 in Umbria.

Ospedali di Comunità. Dei 434 OdC da attivare entro il 2026 quale target PNRR, ne sono stati dichiarati attivi 76, di cui: 38 in Veneto, 17 in Lombardia, 6 in Puglia, 5 in Emilia-Romagna, 3 in Umbria, 2 in Abruzzo e in Molise, 1 in Campania, Lazio, Liguria. Complessivamente il numero dei posti letto attivati è pari a 1.378.

“Complessivamente – commenta il Presidente – il monitoraggio Agenas conferma il netto ritardo di tutte le Regioni del Sud nell’attivazione delle strutture previste dal DM 77. Un ritardo imputabile non a inefficienze locali, ma semplicemente al “punto di partenza” dell’assistenza territoriale nelle regioni meridionali”.

PROPOSTE DI RIMODULAZIONE.

Il 27 luglio 2023 l’Italia ha inviato alla Commissione Europea una [proposta di rimodulazione del PNRR](#) che, relativamente alla Missione Salute, non risulta ancora ratificata dal Consiglio Europeo. “La maggior parte delle modifiche – spiega Cartabellotta – è stata motivata dall’aumento dei costi dell’investimento e/o dei tempi di attuazione, oltre che da ritardi nelle forniture e da difficoltà legate all’approvvigionamento delle materie prime”. Complessivamente, punta al ribasso chiedendo di espungere 414 Case di Comunità, 76 Centrali Operative Territoriali, 96 ospedali di Comunità e 22 interventi di anti-sismica. Infine, la proposta di rimodulazione richiede il differimento delle scadenze per tre target/milestone: centrali operative territoriali (+6 mesi), persone assistite attraverso la telemedicina (+12 mesi), ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (+12 mesi).

La rimodulazione riguarderebbe prevalentemente i nuovi edifici da realizzare, che in realtà risultano di numero inferiore secondo quanto rilevato da Agenas. “La rimodulazione – commenta Cartabellotta – prevedrebbe dunque di espungere, oltre a quelli da realizzare ex novo, ulteriori 105 Case della Comunità, 87 Centrali Operative Territoriali e 2 Ospedali di Comunità, con criteri e distribuzione regionale al momento non noti».

Secondo quanto riportato nel piano di rimodulazione gli investimenti espunti dovrebbero essere realizzati utilizzando le risorse del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20 L. 67/1988) non spese dalle Regioni - come ribadito dal Ministro Schillaci in occasione della [Cabina di Regia dello scorso 10 ottobre](#) - e i fondi della politica di coesione. “Sembra poco realistica – commenta Cartabellotta – la possibilità di finanziare le strutture espunte con i fondi per la ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico (ex art. 20) non utilizzati dalle Regioni, che hanno infatti già rilevato [numerosi ostacoli](#). Peraltro, non è affatto chiaro come attuare il meccanismo compensatorio tra Regioni: infatti, l’entità dei fondi ex art. 20 non utilizzati non coincide con la distribuzione regionale delle strutture espunte dal PNRR”.

Nuove linee di intervento.

“Se da un lato le risorse vengono dichiarate insufficienti per completare le opere edilizie – spiega il Presidente – il piano di rimodulazione prevede nuove linee di intervento da finanziare “con le disponibilità residue dopo la riduzione numerica del target” o grazie alle “economie di gara e di progetto”. Nuove linee che, peraltro, lasciano ipotizzare investimenti rilevanti, non sempre in linea con l’impianto originale del PNRR”. In particolare, la rimodulazione prevede: 100 progetti innovativi sulla gestione logistica dei farmaci; adeguamento di 100 sale operatorie; acquisto e/o noleggio di 80 robot chirurgici; apparecchiature di radiodiagnostica base e/o radiologia domiciliare destinate ai poliambulatori specialistici pubblici.

Al 30 settembre 2023 le scadenze europee sul PNRR sono state tutte rispettate; di quelle nazionali l’unica da attenzionare, tra quelle differite, è relativa all’assistenza domiciliare negli over 65. Tuttavia, dopo la fase di avvio della Missione Salute, le scadenze successive saranno inevitabilmente condizionate dalle criticità di attuazione del DM 77 nei 21 servizi sanitari regionali. Innanzitutto, dalla grave carenza di personale infermieristico e le modalità di coinvolgimento dei medici di famiglia, figure chiave per attuare la riorganizzazione prevista dal DM 77. Ma anche dalle enormi differenze regionali su vari ambiti: modelli organizzativi dell’assistenza territoriale, dotazione iniziale di case della comunità e ospedali di comunità, percentuale di over 65 in assistenza domiciliare nel 2019, attuazione del fascicolo sanitario elettronico.

“Se è certo che la Missione Salute del PNRR rappresenta una grande opportunità per potenziare il SSN – conclude Cartabellotta – la sua attuazione deve essere sostenuta da azioni politiche. Innanzitutto, per attuare il DM 77 bisogna mettere in campo coraggiose riforme di sistema, finalizzate in particolare a definire il ruolo e le responsabilità dei medici di famiglia; in secondo luogo, serve un potenziamento adeguato del personale infermieristico, oltre a investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027; infine, occorre supportare le Regioni meridionali per colmare i gap esistenti tra Nord e Sud. Ma più in generale la politica è chiamata a confermare l’impianto del DM 77 e di inserirlo in un quadro di rafforzamento complessivo della sanità pubblica, perché le risorse del PNRR non possono servire da stampella di un SSN claudicante. Purtroppo, da un lato le proposte di rimodulazione del PNRR, dall’altro le previsioni della NaDEF 2023 sulla spesa sanitaria e la Legge di Bilancio 2024 non sembrano affatto andare in questa direzione”.

Tabella 1. Milestone (M) e Target (T) di interesse nazionale non raggiunti al 30 settembre 2023.

M/T	Descrizione	Target raggiunto	Scadenza iniziale	Nuova scadenza	Gap (mesi)
T	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)	66%	31/03/23	31/03/24	+12
T	Stipula contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell’assistenza primaria	N.A.	30/06/23	31/12/23	+6
T	Stipula contratti per l’interconnessione aziendale	90%	30/06/23	31/12/23	+6
T	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	88%	30/06/23	31/12/23	+6
M	Completamento della procedura di iscrizione ai corsi di formazione manageriale	N.A.	30/06/23	31/12/23	+6

Tabella 2. Strutture funzionalmente attive (dati Agenas, giugno 2023)

Regione	Case di comunità	Centrali operative territoriali	Ospedali di comunità
Piemonte	38	7	-
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	92	36	17
Prov. Aut. Bolzano	-	4	-
Prov. Aut. Trento	-	-	-
Veneto	-	9	38
Friuli Venezia Giulia	-	-	-
Liguria	-	-	1
Emilia-Romagna	43	5	5
Toscana	6	-	-
Umbria	2	1	3
Marche	-	-	-
Lazio	-	15	1
Abruzzo	-	-	2
Molise	6	-	2
Campania	-	-	1
Puglia	-	-	6
Basilicata	-	-	-
Calabria	-	-	-
Sicilia	-	-	-
Sardegna	-	-	-
Italia	187	77	76

Tabella 3. Proposta di rimodulazione delle opere edilizie

Opere edilizie	Previsione	Rimodulazione	Delta
Case della Comunità	1.350	936	-414
Centrali operative territoriali	600	524	-76
Ospedali di Comunità	400	304	-96
Interventi di antisismica	109	87	-22

Tabella 4. Strutture da edificare (dati Agenas, giugno 2023)

Regione	Case della Comunità	Centrali Operative Territoriali	Ospedali di Comunità	Totale
Piemonte	16	8	3	27
Valle d'Aosta	-	1	-	1
Lombardia	48	6	14	68
Prov Aut. Bolzano	6	3	3	12
Prov. Aut. Trento	3	5	1	9
Veneto	24	8	2	34
Friuli Venezia Giulia	9	3	4	16
Liguria	2	3	2	7
Emilia-Romagna	24	5	13	42
Toscana	38	8	11	57
Umbria	-	7	-	7
Marche	6	12	3	21
Lazio	-	59	1	60
Abruzzo	7	2	2	11
Molise	1	-	-	1
Campania	47	14	18	79
Puglia	38	4	11	53
Basilicata	10	-	1	11
Calabria	5	7	1	13
Sicilia	13	4	3	20
Sardegna	12	4	1	17
TOTALE	309	163	94	566

Figura 1. Case della comunità da edificare e da ristrutturare

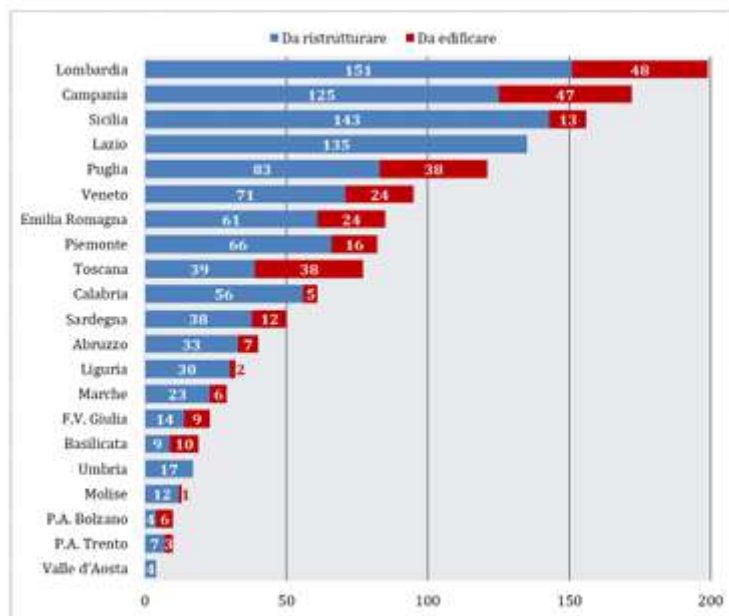


Figura 2. Centrali operative territoriali da edificare e che utilizzano spazi già esistenti

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117942

quotidianosanita.it

Pnrr. Dalla Commissione Ue ok a revisione del Piano italiano. Dalle Case di Comunità alla Telemedicina ecco cosa cambia per la sanità

Luciano Fassari

Confermata la riduzione del numero di Case e Ospedali di Comunità e Cot da realizzare con i fondi europei. Si alza invece il target per i pazienti da assistere in telemedicina. Riduzione per il numero di letti di terapia intensiva e sub intensiva da attivare. Ecco tutte le novità e i nuovi obiettivi della mission 6 Salute.

24 NOV -

La Commissione ha espresso oggi una valutazione positiva del piano per la ripresa e la resilienza modificato dell'Italia comprendente il capitolo dedicato a REPowerEU. Il piano ammonta ora a 194,4 miliardi di € (122,6 miliardi di € in sovvenzioni e 71,8 miliardi di € in prestiti) e comprende 66 riforme, sette in più rispetto al piano originario, e 150 investimenti.

Modifiche anche per la sanità. *In primis sull'assistenza territoriale dove le Case di Comunità da realizzare con i fondi europei scendono da 1.450 a 1.038. Riduzioni anche per gli Ospedali di Comunità che passano da 400 a 307 e le Centrali Operative territoriali che da 600 scendono a 480. Il taglio come ha più volte spiegato il Ministero si era reso necessario sia per l'aumento dei costi che per le molte difficoltà burocratiche per la realizzazione delle strutture. Il Ministero ha in ogni caso assicurato che anche le strutture fuori dal finanziamento e dal timing del Pnrr saranno costruite con altri fondi come ad esempio quelli sull'edilizia sanitaria.*

“Alla luce delle modifiche proposte dall'Italia – scrive la Commissione europea –, la Missione 6 continua a rafforzare la prossimità servizi e digitalizzazione del sistema sanitario nazionale. L'obiettivo delle proposte di modifica deve tener conto delle circostanze oggettive previste quali l'inflazione e sviluppi nazionali imprevisi”.

Per quanto riguarda l'obiettivo al 2026 per i pazienti da assistere al domicilio: dovranno essere 842 mila gli over 65 che da assistere. Più ambizioso diventa il progetto per la telemedicina: saranno 300 mila le persone da assistere entro il 2025 invece delle 200 mila originariamente previste. Viene poi posticipato di due anni (da fine 2024 a fine 2026) l'operatività di 3.100 nuove apparecchiature diagnostiche.

Viene poi ridotto da 7.700 a 5.922 il numero di posti letto di terapia intensiva e sub intensiva da realizzare entro giugno 2026. Scendono poi da 109 a 84 gli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere al fine di allinearle alle norme antisismiche.

Previsto poi che almeno il 90% di 250 mln di euro vengano erogati per progetti finalizzati a ristrutturare e ammodernare gli ospedali relativi agli Accordi di Programma ai sensi dell'articolo 20 L. 67/88, e condotto dal Ministero della Salute con la rispettiva Regione. Viene fissata all'85% la soglia dei medici di medicina generale che entro il 2025 siano in grado di alimentare il fascicolo sanitario elettronico.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=118606



Convention Fiaso/ Case di comunità presenti in 6 aziende su dieci. Solo nel 23% dei casi Adi con telemonitoraggio.

Migliore: «Lavoro in progress, spingere sulla telemedicina»

In sei aziende sanitarie su dieci sono state attivate le case di comunità. È quanto emerge dall'indagine Fiaso svolta sull'applicazione dei progetti del Pnrr che ha coinvolto 74 aziende sanitarie territoriali di tutto il territorio nazionale. Tra le attività svolte sembra ben avviata l'integrazione con l'assistenza specialistica e con i servizi sociali (svolta nel 68% delle strutture). Positiva anche l'attenzione per la prevenzione, nel 61% dei casi. C'è ancora molto da fare, invece, per lo sviluppo del monitoraggio da remoto a supporto della assistenza a domicilio: solo nel 23% dei casi indagati viene svolta assistenza domiciliare con telemonitoraggio.

Infermiere di Famiglia e di Comunità. Il 70% delle aziende sanitarie monitorate dispone di questa figura professionale, con differenze tra Nord (95%), Centro (70%) e Sud (30%). Quanto al loro reperimento per raggiungere gli standard previsti, la maggior parte delle aziende prefigura una riorganizzazione complessiva del personale del quale dispone.

Unità di Continuità Assistenziale. Prevalgono nelle regioni del Sud, numeri esigui al Nord. Il dato si spiega, probabilmente, con i diversi modelli organizzativi in essere.

Centrali Operative Territoriali. La maggior parte delle Aziende non le ha ancora istituite, ma più del 90% dichiara di avere esperienze con funzioni analoghe.

Ospedali di Comunità. Si contano 90 Ospedali di Comunità attivati in 38 Aziende. Nessuna esperienza a Bolzano, nel Lazio, in Calabria e Sicilia, mentre Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana sembrano più avanti nella messa a punto di queste strutture.

Telemedicina. Solo in dieci aziende si registrano progetti di telemedicina a supporto della assistenza territoriale. La tecnologia sembra molto diffusa, non altrettanto le esperienze per il controllo dei pazienti da remoto a supporto della assistenza a domicilio. Tra le esperienze realizzate, nel 32% dei casi la telemedicina si è concretizzata in visite virtuali del paziente dall'ospedale mentre solo nel 16% dei casi è stato possibile realizzare il telemonitoraggio del paziente a domicilio da parte del medico di medicina generale.

Risultati incoraggianti, invece, per il teleconsulto tra professionisti del territorio e fra questi e gli ospedalieri, realizzato nel 46% delle strutture, un passo in avanti nell'integrazione.

Nel complesso, riguardo all'applicazione di quanto previsto da Pnrr e Dm77, l'11% delle Aziende dichiara di essere in fase di avanzata realizzazione, il 18% in fase di prima sperimentazione, il 27% è in fase di avvio. Il 18% è in fase di programmazione, il 27% è impegnato nella trasformazione di altre strutture esistenti.

«L'applicazione dei progetti del Pnrr e del Dm77 è una parte non irrilevante dell'impegno delle Aziende in questo momento, ed è destinata a lasciare una traccia di sé nel futuro del servizio sanitario nazionale. Quello che emerge dall'indagine Fiaso è un quadro composito, che rende conto di un lavoro avviato ma ovviamente ancora in progress - commenta il presidente Fiaso, Giovanni Migliore -. Ci vogliono regole nuove in particolare per il mondo digitale: penso ai consulto medici per i quali non è necessario recarsi in ambulatorio o in ospedale, devono essere offerti a distanza. Un vantaggio per il paziente che non è costretto a spostarsi da casa e per l'organizzazione che può riuscire a mettere in calendario un numero maggiore di visite. Quanto alla telemedicina e allo sviluppo dell'assistenza territoriale, un contributo fondamentale deve arrivare dai medici di medicina generale. Non bisogna disperdere il grande patrimonio di sperimentazioni avviato durante la pandemia quando c'è stata una spinta significativa sulla medicina da remoto».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-11-09/convention-fiaso-case-comunita-presenti-6-aziende-dieci-solo-23percento-casi-adi-telemonitoraggio-migliore-lavoro-progress-spingere-telemedicina-135208.php?uuid=AF3PYNZB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Pnrr e Dm 77. Fiaso: appena l'11% delle Aziende dichiara di essere in fase di avanzata realizzazione dei nuovi servizi territoriali

Case di comunità presenti in 6 aziende su 10. Avviata integrazione con assistenza specialistica e servizi sociali nel 68% dei casi. Solo nel 23% delle strutture, invece, assistenza domiciliare con telemonitoraggio. Migliore (Fiaso): "Lavoro in progress, necessaria spinta sulla telemedicina"



09 NOV -

In sei aziende sanitarie su dieci sono state attivate le case di comunità. È quanto emerge dall'indagine Fiaso svolta sull'applicazione dei progetti del Pnrr che ha coinvolto 74 Aziende sanitarie territoriali di tutto il territorio nazionale. Tra le attività svolte sembra ben avviata l'integrazione con l'assistenza specialistica e con i servizi sociali (svolta nel 68% delle strutture). Positiva anche l'attenzione per la prevenzione, nel 61% dei casi. C'è ancora molto da fare, invece, per lo sviluppo del monitoraggio da remoto a supporto della assistenza a domicilio: solo nel 23% dei casi indagati viene svolta assistenza domiciliare con telemonitoraggio.

Infermiere di Famiglia e di Comunità. Il 70% delle aziende sanitarie monitorate dispone di questa figura professionale, con differenze tra Nord (95%), Centro (70%) e Sud (30%). Quanto al loro reperimento per raggiungere gli standard previsti, la maggior parte delle aziende prefigura una riorganizzazione complessiva del personale del quale dispone.

Unità di Continuità Assistenziale. Prevalgono nelle regioni del Sud, numeri esigui al Nord. Il dato si spiega, probabilmente, con i diversi modelli organizzativi in essere.

Centrali Operative Territoriali. La maggior parte delle Aziende non le ha ancora istituite, ma più del 90% dichiara di avere esperienze con funzioni analoghe.

Ospedali di Comunità. Si contano 90 Ospedali di Comunità attivati in 38 Aziende. Nessuna esperienza a Bolzano, nel Lazio, in Calabria e Sicilia, mentre Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana sembrano più avanti nella messa a punto di queste strutture.

Telemedicina. Solo in dieci aziende si registrano progetti di telemedicina a supporto della assistenza territoriale. La tecnologia sembra molto diffusa, non altrettanto le esperienze per il controllo dei pazienti da remoto a supporto della assistenza a domicilio. Tra le esperienze realizzate, nel 32% dei casi la telemedicina si è concretizzata in visite virtuali del paziente dall'ospedale mentre solo nel 16% dei casi è stato possibile realizzare il telemonitoraggio del paziente a domicilio da parte del medico di medicina generale.

Risultati incoraggianti, invece, per il teleconsulto tra professionisti del territorio e fra questi e gli ospedalieri, realizzato nel 46% delle strutture, un passo in avanti nell'integrazione.

Nel complesso, riguardo all'applicazione di quanto previsto da PNRR e DM77, l'11% delle Aziende dichiara di essere in fase di avanzata realizzazione, il 18% in fase di prima sperimentazione, il 27% è in fase di avvio. Il 18% è in fase di programmazione, il 27% è impegnato nella trasformazione di altre strutture esistenti.

"L'applicazione dei progetti del PNRR e del DM77 è una parte non irrilevante dell'impegno delle Aziende in questo momento, ed è destinata a lasciare una traccia di sé nel futuro del servizio sanitario nazionale. Quello che emerge dall'indagine Fiaso è un quadro composito, che rende conto di un lavoro avviato ma, ovviamente, ancora in progress" commenta il presidente Fiaso, **Giovanni Migliore**. "Ci vogliono regole nuove in particolare per il mondo digitale: penso ai consulti medici per i quali non è necessario recarsi in ambulatorio o in ospedale, devono essere offerti a distanza. Un vantaggio per il paziente che non è costretto a spostarsi da casa e per l'organizzazione che può riuscire a mettere in calendario un numero maggiore di visite. Quanto alla telemedicina e allo sviluppo dell'assistenza territoriale, un

contributo fondamentale deve arrivare dai medici di medicina generale. Non bisogna disperdere il grande patrimonio di sperimentazioni avviato durante la pandemia quando c'è stata una spinta significativa sulla medicina da remoto”.

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=118155

L'ospedale che cambia

THE LANCET Regional Health Europe

Questo diario | Riviste | Pubblicare | Clinico | Salute globale | Multimedia | Eventi | Di

COMMENTO | PRIMA IN LINEA, 100765

Passare dalla crisi del personale sanitario al successo del personale sanitario: il momento di agire è adesso

Natasha Azzopardi-Moscato • Tommaso Zapata • Hans Kluge

Accesso Libero • Pubblicato: 26 ottobre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2023.100765>

L'Europa è nel mezzo di una crisi del personale sanitario.

Ma questa crisi è composta da molte crisi contemporaneamente: è una crisi del lavoro, una crisi della salute mentale, una crisi dell'istruzione, una crisi dell'uguaglianza di genere e una crisi degli investimenti finanziari.

In primo luogo, si tratta di una **crisi del lavoro** perché i paesi hanno difficoltà a trattenere gli operatori sanitari e sanitari esistenti nel sistema sanitario e ad assumerne di nuovi per rispondere adeguatamente alla crescente domanda di servizi sanitari negli ultimi anni.

Si registra un crescente abbandono degli operatori sanitari dovuto a:

- Invecchiamento della forza lavoro (in 13 paesi europei più del 40% dei medici ha più di 55 anni);
- Aumento dell'assenteismo e delle dimissioni (aumento del 62% durante la pandemia di covid-19);
- Aumento del numero di decessi durante la pandemia di covid-19 (si stima che siano morti 50.000 operatori sanitari in Europa);
- E una maggiore migrazione degli operatori sanitari e assistenziali in alcuni paesi (aumento del 27% e del 79% nella migrazione globale verso i paesi OCSE dopo la pandemia di covid-19).

In secondo luogo, si tratta di una **crisi di salute mentale** perché gli operatori sanitari e assistenziali stanno sperimentando un elevato burnout (il 52% degli operatori sanitari riferisce di aver sperimentato il burnout).

Gli operatori sanitari erano esposti a carichi e orari di lavoro elevati prima della pandemia di COVID e la situazione si è aggravata durante e dopo la pandemia di COVID. Stress, ansia e depressione sono stati sintomi comuni sperimentati dagli operatori sanitari e assistenziali e che contribuiscono ad aumentare l'attrito, l'insoddisfazione e la ridotta produttività.

In terzo luogo, si tratta di una **crisi dell'istruzione** perché molti istituti di istruzione in Europa non si sono ancora adattati per educare e formare le nuove generazioni di operatori sanitari e assistenziali con le capacità e le competenze necessarie per essere adeguati alle esigenze presenti e future del sistema sanitario.

Un esempio è l'inclusione delle competenze sanitarie digitali nei curricula.

In quarto luogo, è una **crisi di uguaglianza di genere**.

Le donne costituiscono il 75% del personale sanitario in Europa, tuttavia, si trovano ad affrontare un divario retributivo del 24% rispetto agli uomini, hanno condizioni di lavoro più sfavorevoli, subiscono una maggiore violenza sul posto di lavoro e molestie sessuali e occupano meno posizioni di leadership rispetto agli uomini.

Infine, è una **crisi degli investimenti finanziari**.

Dopo la crisi finanziaria del 2008, i tagli al bilancio sanitario e ai salari degli operatori sanitari hanno ridotto il potere d'acquisto degli operatori sanitari e diminuito il numero di posti di lavoro per gli operatori sanitari.

La pandemia di COVID-19 ha rappresentato una finestra di opportunità per maggiori investimenti nel settore sanitario e nella sua forza lavoro, ma la recente guerra e l'aumento dell'inflazione rappresentano una sfida per gli investimenti necessari nel settore sanitario e nella forza lavoro.

Ma questa quintupla crisi del personale sanitario è anche una grande opportunità per trasformare e rafforzare il personale sanitario dei paesi europei per contribuire a sistemi sanitari più forti e più resilienti.

Come abbiamo affermato nel nostro precedente rapporto regionale dell'OMS sul personale sanitario e assistenziale, "il momento di agire è adesso".

L'OMS Europa, insieme ai suoi Stati membri, ha dato priorità al personale sanitario e ha prodotto un "Quadro d'azione per il personale sanitario e assistenziale 2023-2030" per guidare la trasformazione richiesta. Il quadro, che ha cinque pilastri, mette al centro gli operatori sanitari e assistenziali. Il pilastro centrale è "**Retain and Recruit**".

Comprende azioni politiche volte a migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari e assistenziali per invertire la crisi del lavoro, della salute mentale e dell'uguaglianza di genere. Il miglioramento delle condizioni di lavoro implica, tra le altre cose, la riduzione dei carichi di lavoro pesanti, la riduzione degli orari di lavoro eccessivi, una maggiore flessibilità negli accordi contrattuali e la garanzia di un'equa remunerazione.

Queste azioni contribuiranno a migliorare la salute mentale e il benessere degli operatori sanitari e ad aumentare l'attrattiva dei lavori sanitari, anche nelle zone rurali, per gli operatori sanitari esistenti e per le nuove generazioni di giovani studenti.

Il secondo pilastro è "**Ottimizzare le prestazioni**".

Comprende azioni politiche per aumentare l'efficienza dei limitati operatori sanitari disponibili nel sistema sanitario. Si tratta di riconfigurare i servizi sanitari, utilizzando le tecnologie sanitarie digitali e ridefinendo i team e il mix di competenze per massimizzare le risorse umane limitate e garantire che le azioni che svolgono aggiungano valore.

Il terzo pilastro è "**Build Supply**" e riguarda la modernizzazione dell'educazione e della formazione sanitaria, compresa la creazione di competenze sanitarie digitali per creare una forza lavoro sanitaria adatta allo scopo per le richieste e le esigenze dei servizi sanitari presenti e futuri.

Gli ultimi due pilastri sono i pilastri abilitanti, "**Piano**" e "**Invest**".

La pianificazione del personale sanitario è essenziale per anticipare le esigenze future del sistema sanitario e iniziare ad agire su di esse ora.

Il rafforzamento della capacità delle risorse umane per le unità sanitarie dei ministeri della Sanità, comprese le altre parti interessate, e il miglioramento delle risorse umane per i sistemi informativi e i dati sanitari sono alcune delle azioni volte a migliorare la pianificazione del personale sanitario.

Aumentare gli investimenti nel personale sanitario sarà una preconditione per migliorare le condizioni di lavoro e l'educazione sanitaria. Allo stesso tempo sarà necessario investire in modo più intelligente, investendo in quelle aree che aggiungono valore.

Durante il recente Comitato Regionale dell'OMS tenutosi ad Astana, Kazakistan, dal 24 al 26 ottobre, tutti i paesi della Regione Europea dell'OMS hanno preso atto della "Dichiarazione di Bucarest sulla forza lavoro sanitaria e assistenziale", hanno approvato il "Quadro d'azione per il personale sanitario e assistenziale 2023-2030" e hanno adottato all'unanimità una risoluzione per attuare il quadro e rafforzare il personale sanitario.

I paesi di tutta la regione si sono impegnati politicamente ad agire sui cinque pilastri per trasformare la quintuplici crisi del personale sanitario in una situazione in cui gli operatori sanitari sono valorizzati, rispettati e protetti e possono contribuire a migliorare i sistemi sanitari e i risultati sanitari delle persone.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(23\)00184-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(23)00184-9/fulltext)

quotidianosanita.it

Personale sanitario. Oms Europa: "Ecco i 5 pilastri per passare dalla crisi al loro rilancio"

In un articolo su [Lancet](#) firmato anche dal direttore Hans Kluge, si spiega come l'attuale crisi sia composta da diverse crisi: una crisi del lavoro, una crisi della salute mentale, una crisi dell'istruzione,

una crisi della parità di genere e una crisi degli investimenti finanziari. Per rovesciare la situazione si suggerisce un'azione basata su 5 pilastri: mantenere e reclutare, ottimizzare le prestazioni, costruire l'offerta, pianificare e investire.

31 OTT - L'Europa è nel bel mezzo di una crisi del personale sanitario. Ma questa crisi è composta da diverse crisi: una crisi del lavoro, una crisi della salute mentale, una crisi dell'istruzione, una crisi della parità di genere e una crisi degli investimenti finanziari. A fare il punto sul Lancet sono **Natasha Azzopardi-Muscat**, **Tomas Zapata** e il direttore dell'Oms Europa **Hans Kluge**. Più in particolare, nell'approfondimento si raggruppano le seguenti cinque crisi che attanagliano il personale sanitario.

In primo luogo, si tratta di una crisi del lavoro "perché i Paesi hanno difficoltà a trattenere gli operatori sanitari e assistenziali esistenti nel sistema sanitario e a reclutarne di nuovi per rispondere adeguatamente all'aumento della domanda di servizi sanitari registrato negli ultimi anni. L'aumento del tasso di abbandono del personale sanitario è dovuto a: invecchiamento della forza lavoro (in 13 Paesi europei oltre il 40% dei medici ha più di 55 anni); aumento dell'assenteismo e delle dimissioni (aumento del 62% durante la pandemia Covid); aumento del numero di decessi durante la pandemia Covid (si stima che siano morti 50.000 operatori sanitari in Europa); aumento della migrazione degli operatori sanitari e assistenziali in alcuni Paesi (aumento del 27% e del 79% della migrazione globale verso i Paesi Ocse dopo la pandemia Covid)".

In secondo luogo, si tratta di una crisi di salute mentale "perché gli operatori sanitari e assistenziali stanno sperimentando un elevato burnout (il 52% degli operatori sanitari riferisce di aver sperimentato il burnout). Gli operatori sanitari erano esposti a carichi di lavoro e orari elevati prima della pandemia Covid e la situazione si è aggravata durante e dopo la pandemia Covid. Stress, ansia e depressione sono stati sintomi comuni sperimentati dagli operatori sanitari e assistenziali e contribuiscono ad aumentare l'abbandono del lavoro, l'insoddisfazione e la riduzione della produttività".

In terzo luogo, si tratta di una crisi educativa "perché molti istituti di istruzione in Europa non si sono ancora adattati per educare e formare le nuove generazioni di operatori sanitari e assistenziali con le abilità e le competenze necessarie per essere adatti alle esigenze presenti e future del sistema sanitario. Un esempio è l'inclusione delle competenze di salute digitale nei programmi di studio".

In quarto luogo, si tratta di una crisi della parità di genere. "Le donne costituiscono il 75% del personale sanitario in Europa, ma hanno un divario retributivo del 24% rispetto agli uomini, condizioni di lavoro più precarie, subiscono più violenza sul posto di lavoro e molestie sessuali e occupano meno posizioni di leadership rispetto agli uomini".

Infine, si tratta di una crisi degli investimenti finanziari. "Dopo la crisi finanziaria del 2008, i tagli al budget sanitario e agli stipendi degli operatori sanitari hanno ridotto il potere d'acquisto di questi ultimi e il numero di posti di lavoro per gli operatori sanitari. La pandemia Covid ha rappresentato una finestra di opportunità per aumentare gli investimenti nel settore sanitario e nel personale sanitario, ma la recente guerra e l'aumento dell'inflazione rappresentano una sfida per gli investimenti necessari nel settore sanitario e nel personale".

Ma questa quintuplice crisi del personale sanitario è anche "una grande opportunità per trasformare e rafforzare il personale sanitario dei Paesi europei e contribuire a sistemi sanitari più forti e resilienti. Come abbiamo detto nel nostro precedente rapporto regionale dell'OMS sul personale sanitario e di assistenza, "il momento di agire è ora".

L'Oms Europa, insieme ai suoi Stati membri, ha dato priorità al personale sanitario e ha prodotto un "Quadro d'azione per il personale sanitario e assistenziale 2023-2030" per guidare la trasformazione necessaria. Il quadro, che si articola in cinque pilastri, pone al centro gli operatori sanitari e assistenziali.

Il pilastro centrale è "Mantenere e reclutare". Questo "comprende azioni politiche volte a migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari e assistenziali per contrastare le crisi del lavoro, della salute mentale e della parità di genere. Il miglioramento delle condizioni di lavoro implica, tra l'altro, la riduzione dei carichi di lavoro pesanti, la riduzione degli orari di lavoro eccessivi, una maggiore flessibilità negli accordi contrattuali e la garanzia di una retribuzione equa. Queste azioni contribuiranno a migliorare la salute mentale e il benessere degli operatori sanitari e ad aumentare l'attrattiva dei posti di lavoro nel settore sanitario, anche nelle zone rurali, per gli operatori sanitari esistenti e per le nuove generazioni di giovani studenti".

Il secondo pilastro è "Ottimizzare le prestazioni". Qui si comprendono azioni politiche "volte ad aumentare l'efficienza del limitato personale sanitario disponibile nel sistema sanitario. Si tratta di riconfigurare i servizi sanitari, utilizzare le tecnologie sanitarie digitali e ridefinire i team e il mix di competenze per massimizzare le risorse umane limitate e garantire che le azioni da loro svolte aggiungano valore".

Il terzo pilastro è "Costruire l'offerta" e riguarda "la modernizzazione dell'istruzione e della formazione in campo sanitario, compresa la creazione di competenze in materia di sanità digitale per creare una forza lavoro sanitaria adeguata alle esigenze e ai bisogni attuali e futuri dei servizi sanitari".

Gli ultimi due pilastri sono i pilastri abilitanti, "Pianificare" e "Investire". La pianificazione del personale sanitario "è essenziale per anticipare le esigenze future del sistema sanitario e iniziare subito a intraprendere azioni in tal senso. Il rafforzamento delle capacità delle Unità Risorse Umane per la Salute dei Ministeri della Salute, compresi gli altri stakeholder, e il miglioramento dei sistemi informativi e dei dati sulle Risorse Umane per la Salute sono alcune delle azioni per migliorare la pianificazione del personale sanitario. L'aumento degli investimenti nel personale sanitario sarà un prerequisito per migliorare le condizioni di lavoro e l'educazione sanitaria. Allo stesso tempo, sarà necessario investire in modo più intelligente, investendo in quelle aree che aggiungono valore".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=117960

quotidianosanita.it

Lauree Professioni sanitarie. Calano le domande di ammissione ai corsi di laurea triennale, aumentano invece quelle per le magistrali

Angelo Mastrillo, Segretario della Conferenza Nazionale Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie
Lorenzo Bevacqua e **Elisabetta Cenerelli**, Docenti nel Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia dell'Università di Bologna

Per le triennali, rispetto allo scorso anno i posti a bando sono aumentati del +4,4%, da 32.998 a 34.453 a fronte di un calo delle domande da 72.736 a 66.686 con la conseguente riduzione del rapporto domande/posto (D/P) da 2,2 del 2022 all'attuale 1,9 e 2,6 del 2021. Al contrario, si rileva un aumento delle domande per i Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie, da 14.595 dello scorso anno alle attuali 15.461, con +5,9%. **IL RAPPORTO**

08 NOV -

Con questo rapporto annuale siamo alla 28ma edizione consecutiva dall'avvio dei Corsi di studio Universitari delle Professioni sanitarie; dal 1996 al 2000 con i Diplomi Universitari e dal 2001 con i Corsi di Laurea triennale e dal 2004 dei Corsi di Laurea Magistrale. Questa relazione è svolta nell'ambito della Conferenza Nazionale Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie (CLPS) presieduta da Alvisa Palese.

La rilevazione dei dati sui vari Corsi di studio è possibile solo grazie alla preziosa e costante collaborazione di tutte le 48 Università che ogni anno comunicano i rispettivi dati. Mentre i dati sui fabbisogni formativi sono disponibili grazie alle Regioni e ai 4 Ordini delle 22 Professioni, che forniscono anche i numeri degli abilitati per ciascuna Professione.

Primi risultati dei dati delle Università: è in calo il numero delle domande di ammissione ai 22 Corsi di Laurea triennale delle Professioni Sanitarie con 66.686 rispetto alle 72.736 dello scorso anno, pari al -8,3%. Al contrario, si rileva un aumento delle domande per i Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie, da 14.595 dello scorso anno alle attuali 15.461, con +5,9%.

Per le triennali, rispetto allo scorso anno i posti a bando sono aumentati del +4,4%, da 32.998 a 34.453 a fronte di un calo delle domande da 72.736 a 66.686 con la conseguente riduzione del rapporto domande/posto (D/P) da 2,2 del 2022 all'attuale 1,9 e 2,6 del 2021.

Per quanto riguarda i fabbisogni formativi si rileva un aumento da parte di quasi tutte le Regioni con +1.989 posti (+5,1%) dai 38.640 dello scorso anno agli attuali 40.629 e con numero finale di 42.704 stabilito dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni n.149 del 21 giugno 2023, invece che entro il 30 aprile, come da Decreto Legislativo 522 del 1999.

Cala lievemente con -1,7% il fabbisogno totale da parte delle Categorie da 44.399 dello scorso anno agli attuali 43.656, in particolare per Infermieristica con la riduzione del -7,4% da 29.064 dello scorso anno agli attuali 26.899. E' invece in aumento il potenziale formativo offerto dagli Atenei al Ministero dell'Università, da 32.998 dello scorso anno agli attuali 34.453 posti (+4,4%).

Trattasi di un Potenziale che per il terzo anno consecutivo il Ministero dell'Università ha pubblicato in ritardo, con Decreto dell'11 settembre 2023, a soli 3 giorni prima dell'esame di ammissione del 14 settembre, invece dei 60 giorni prima dell'esame, come da art. 4, comma 1, Legge 264 del 1999, creando difficoltà alle segreterie amministrative universitarie.

Così sono stati assegnati tutti i posti, indipendentemente dai fabbisogni indicati dalle Regioni e dalle Categorie, determinando per sei Corsi un esubero rispetto alle richieste di Regioni e Categorie, fra cui Dietista +46% e Tecnico di Neurofisiopatologia con +41%.

Anche quest'anno si conferma che rispetto all'aumento dell'offerta formativa delle Università non si registra analogo incremento delle domande di iscrizione dei candidati.

Ripartizione dei posti per Università

La ripartizione dei posti e delle domande per ognuno dei 22 Profili e delle 48 Università è riportata in Tab. 2, con i totali in Tab. 1 per Università. Ogni Ateneo ha attivato in media 10 Corsi di Laurea; l'unica Università ad attivare tutti i 22 Corsi resta Milano Statale; seguita dall'Università di Roma Sapienza con 21 Corsi, Roma Tor Vergata 19, Padova, Genova e Bari con 18, Torino 17, Napoli Federico II con 16. Quindi altre Università: con 14 Corsi Palermo, con 13 Corsi Pavia, Bologna, Pisa, Chieti, Napoli Vanvitelli, Messina e Catania, con 12 Verona, Modena, Firenze, Siena e Roma Cattolica, con 11 Brescia, Parma e l'Aquila, con 10 le Università di Ferrara e di Ancona.

A seguire, con 9 Corsi Varese e Cagliari, con 8 Trieste e Catanzaro, con 7 Milano Bicocca e Perugia. Con 6 Novara, Foggia e Sassari, con 5 Udine e Roma UniCamillus, con 4 Milano Humanitas e Milano San Raffaele, Udine, Campobasso e Salerno, con 3 Roma Campus e infine con un solo Corso Trento, Casamassima LUM, Enna, le neoistituite di Napoli Parthenope e di Cosenza.

Resta invariato rispetto agli ultimi anni il rapporto percentuale nella ripartizione dei posti fra le Lauree triennali e le Magistrali a ciclo unico, con il 69,4% dei posti alle Professioni Sanitarie, il 27,3% a Medicina e Chirurgia e il 3,3% a Odontoiatria.

Sospensioni e riattivazioni di alcuni Corsi

L'offerta formativa è aumentata anche sul numero dei Corsi di Laurea, da 459 a 468, e si compensa fra sospensioni e nuove attivazioni.

Si rileva la nuova prima attivazione di 11 Corsi di Laurea: Assistente sanitario a Trento con l'Università di Padova e l'Università di Napoli Vanvitelli; Igienista Dentale con le Università di Parma e di Foggia. Infermiere con le Università di Napoli Parthenope e di Cosenza (entrambi i Corsi sono di nuova istituzione), Tecnico di Radiologia dell'Università di Milano Humanitas e l'Università di Campobasso, Tecnico di Laboratorio dell'Università di Milano Humanitas, Educatore professionale Università di Parma e Tecnico della Prevenzione con l'Università di Varese.

L'Università di Catanzaro sospende i tre Corsi di Logopedista, Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Tecnico di Neurofisiopatologia, e ne riattiva altri quattro: Igienista Dentale, Tecnico di Laboratorio, Tecnico di Radiologia e Tecnico della Prevenzione.

L'Università Cattolica di Roma sospende nella sede di Bolzano i quattro Corsi per Dietista, Igienista Dentale, Logopedista e Terapista Occupazionale e riattiva i due Corsi per Tecnico di Laboratorio e Tecnico di Radiologia, inoltre riattiva Tecnico della Prevenzione nella sede di Roma.

Analoga situazione, ma con alternanza ciclica annuale, riguarda le Università di Trieste e di Udine per i tre Corsi per Ostetrica, Tecnico di Laboratorio e Tecnico di Radiologia.

L'Università di Cagliari sospende il Corso per Ostetrica e riattiva quello per Tecnico di Neurofisiopatologia.

L'Università di Pavia sospende per Tecnico Ortopedico e Tecnico di Neurofisiopatologia, riducendo i Corsi da 15 a 13. L'Università di Ancona sospende per Educatore professionale e Dietista, e riattiva Assistente sanitario, riducendo i Corsi da 11 a 10.

Distribuzione posti per Professione

L'aumento di 1.455 posti, +4,4% sui 32.998 dello scorso anno, riguarda la maggioranza delle 22 professioni (Tab. 4), ad eccezione di sette: Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria (-14%), Terapista Occupazionale (-13%),

Tecnico Ortopedico (-3%), Tecnico di Neurofisiopatologia (-2,7%), Dietista (-2,6%). Logopedista e Tecnico Audiometrista (-1%).

Mentre, al contrario, l'incremento maggiore, in valori assoluti, riguarda Infermiere con +684, da 19.375 a 20.059 (+3,5%), per Tecnico di Radiologia +243 da 1.327 a 1.570 (+18,3%), Fisioterapista +100 da 2.622 a 2.722 (+3,8%), Ostetrica +80 da 1.097 a 1.177, Assistente sanitario +69 da 602 a 671 (+12%), Tecnico Prevenzione +69 da 852 a 921 (+8,1%), a cui seguono le altre con valori inferiori.

L'aumento maggiore in percentuale è quindi per Tecnico di Radiologia, Tecnico di Laboratorio e Assistente sanitario.

Distribuzione posti per Regioni

Analogo incremento riguarda tutte le Regioni. Fra gli aumenti maggiori, sia in valori assoluti che percentuali, le Università della Campania con +290 da 2.070 a 2.360 (+14%), della Calabria con +236 posti, da 755 a 991 (+31%) e della Sicilia con +236 da 2.668 a 2.904 (+8,8%) le Università della Regione Lazio con +208 da 5.971 a 6.179 (+3,5%).

Per Campania e Calabria, incidono le nuove Università di Napoli Parthenope e di Cosenza con i Corsi per Infermieristica.

A seguire le Università del Veneto con +159 da 2.617 a 2.776 (+6,1%), della Lombardia con +153, da 4.432 a 4.585 (+3,5%), della Regione Emilia-Romagna con +121, da 2.931 a 3.052 (+4,1%), della Puglia con +77, da 1.658 a 1.735 (+4,6%). Con valori assoluti minori: Trento con +40 da 285 a 325 (+14%) per il neoistituto corso per Assistente sanitario con l'Università di Padova.

A seguire, le Università della Liguria +31, da 821 a 852 (+3,8%) e del Molise +30 da 550 a 580 (+5,5%). Al disotto di 10 e fino a 5: Friuli-Venezia Giulia, Bolzano e Sardegna. Stabili Valle d'Aosta, Umbria e Basilicata. Quindi le Università delle quattro Regioni in cui c'è una riduzione dei posti a bando: Abruzzo -18 da 1.089 a 1.071 (-1,7%), Piemonte -32 da 1.929 a 1.897 (-1,7%), Toscana -45 da 1.938 a 1.893 (-2,3%) e Marche -50 da 810 a 760 (-6,2%).

Distribuzione posti per Università

Rispetto alla suddivisione dei 34.453 posti, solo in 10 Università il numero è superiore a mille: Roma Sapienza con 4.062, Padova 1.815, Roma Tor Vergata 1.645, Milano 1.583, Verona 1.288, Messina 1.043 Torino 1.230, Napoli Vanvitelli 1.050, Messina 1.043 e infine Bologna con 1.032.

Tutte le altre Università hanno invece un'assegnazione di posti inferiore a mille: Ferrara e Palermo 964, Napoli Federico II 915, Bari 912, Firenze 910, Roma Cattolica 889, Catanzaro 875, Genova 852, Brescia 769, Catania 767, Ancona 760. Al disotto di 700 posti: Novara 647, Modena 636, Perugia 617 e Pisa 611.

A seguire: Foggia 582, Chieti 579, Pavia 572, Parma 568, Milano Bicocca 565, L'Aquila 492, Varese 466, Cagliari 415, Siena 372, Trieste 361, Udine 330 e Milano Humanitas 315. Sotto 300 posti: Sassari 275, Salerno 255, Milano San Raffaele 250, Campobasso 235, Roma Campus 198, Lecce 196, Roma UniCamillus 135, Casamassima LUM 120, Cosenza 116, Enna 100, Napoli Parthenope 80 e infine Trento con 40.

Distribuzione posti per Profili

La ripartizione dei posti per Profili vede il maggiore numero di Corsi e di sedi per il corso di Infermiere con 47 Corsi su 236 sedi per 20.059 posti, poi Fisioterapista con 42 su 90 sedi per 2.722 posti, Tecnico di Radiologia con 40 Corsi su 62 sedi su 1.570 posti, Tecnico di Laboratorio con 37 su 49 e 1.375 posti, Ostetrica con 34 Corsi su 44 sedi e 1.177 posti. Sotto i mille posti: Tecnico Prevenzione con 30 Corsi su 37 sedi e 921 posti, Logopedista con 28 Corsi su 28 sedi e 906 posti, Igienista Dentale con 31 Corsi su 37 sedi e 895, Educatore professionale con 15 Corsi su 18 sedi e 809 posti, Assistente sanitario 16 Corsi su 19 sedi e 671 posti.

Seguono Dietista con 22 Corsi e 23 sedi per 530 posti, Tecnico Riabilitazione psichiatrica 19 Corsi e sedi con 480 posti, Terapista Neuropsicomotricità con 14 Corsi e 16 sedi per 412 posti, Ortottista 18 Corsi e sedi con 320 posti.

Al disotto di 300 posti Tecnico Audioprotesista con 298 posti su 14 Corsi e 15 sedi, Infermiere Pediatrico con 278 posti su 8 Corsi e 9 sedi, Terapista Occupazionale 238 posti su 7 Corsi e sedi, Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria 208 posti su 13 Corsi e sedi, Tecnico Ortopedico 193 posti su 9 Corsi e 10 sedi, Tecnico Neurofisiopatologia con 180 posti su 12 Corsi e 13 sedi, Podologo con 117 posti su 6 Corsi e sedi e infine Tecnico Audiometrista con 94 posti su 6 Corsi.

Situazione occupazionale secondo Alma Laurea

Consultando i dati sul sito www.almalaurea.it si rileva che per i 167.467 laureati di primo livello dell'anno 2021 per tutte le 16 aree disciplinari si registra un aumento medio della quota di occupati di 4,9 punti percentuali dal 35,7% dei laureati di primo livello del 2020 agli attuali 40,6% dei laureati del 2021.

In particolare, per i 16.856 laureati di primo livello delle 22 Professioni Sanitarie dell'anno 2021 si rileva che, rispetto agli 11.720 laureati che hanno risposto all'indagine (70%) si registra un lieve calo della quota di occupati (sono 9.205), pari a -2,4 punti percentuali, essendo sceso al 78,5% rispetto all' 80,9% dello scorso anno, quando si era invece registrato un incremento di 2,6 punti percentuali sul 78,3% rilevato tra i laureati del precedente anno 2019.

Per effetto di questi risultati, si conferma ancora una volta per le Professioni Sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari. Resta in ogni caso la diminuzione rispetto a 15 anni fa, di -8,5 punti percentuali, dall' 87,0% del 2007 al 78,5% del 2021, mentre era all' 80,9% tra i laureati dell'anno 2020.

Tra i laureati del 2021, rispetto a quelli del 2020, si osservano valori di livello occupazionale diversi fra le quattro aree: -4,4 punti percentuali per l'area Infermieristica che scende dall' 84,3% al 79,9%; lieve calo per le professioni della Riabilitazione con -1 punto percentuale, dal 78,9% del 2020 al 77,9% del 2021.

Mentre al contrario è più alta l'occupazione, di +2,5 punti percentuali, per l'area tecnica dal 71,6% al 74,1% e soprattutto per l'area della Prevenzione, di ben +10,5 punti percentuali, dal 66,3% del 2020 al 76,8% del 2021.

Differenze occupazionali fra le 22 Professioni sanitarie

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sugli ultimi dati AlmaLaurea dei laureati dell'anno 2021, si rilevano per l'alto tasso occupazionale ai primi cinque posti e sopra la media del 78,5%: Assistente sanitario con 84,1%, probabilmente per l'incidenza del periodo di pandemia che ha richiesto un deciso aumento del personale, con netto aumento anche rispetto al 56,8% dell'anno 2007.

A seguire al secondo posto, con 81,3%, Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva che era all' 83,3% nel 2020 e al terzo Igienista Dentale con 81,2%, quindi al quarto posto Infermiere con 80,6% seguito da Tecnico di Radiologia con 80,4%.

Mentre, al contrario, agli ultimi cinque posti, fra il 72,3% e il 52,9%, si trovano: Ortottista con 72,3% che era al 58,9% nel 2020, Tecnico Audioprotesista con 71,1%, Ostetrica con il 70,2%, Tecnico di Fisiopatologia cardiocircolatoria con il 54,9% e a chiudere Dietista con 52,9%.

Se si guarda invece la media degli occupati di tutte le 22 professioni sugli ultimi 15 anni, fra i laureati dal 2007 al 2021, ai primi cinque posti sono Logopedista e Igienista Dentale con 86% per entrambi, Fisioterapista con 84%, Tecnico Audioprotesista 83% e Educatore professionale con 81%.

A seguire, con 79% Podologo, 78% Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva, nonché Infermiere e Tecnico Ortopedico con 77%. Sono sotto la media del 74% le restanti 13 Professioni: Terapista Occupazionale 73%, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica 68%, Infermiere pediatrico 63%, Assistente sanitario 62%, Tecnico Radiologia 61%, Ortottista 60%, Tecnico Prevenzione 59%, Tecnico Audiometrista con 57%, Dietista 56%, Tecnico Neurofisiopatologia 53%, seguiti agli ultimi tre posti da Ostetrica con 53%, Tecnico Laboratorio 49% e Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria al 40%.

Ne deriva che l'area delle Professioni Sanitarie, che negli ultimi 2-3 anni ha dovuto fare fronte alla pandemia da Covid19, continua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso dei vari anni.

Domande di ammissione per Università

Preso atto del calo del numero totale delle domande da 72.736 dello scorso anno alle attuali 66.686, con 6.050 domande in meno, pari al -8,3%, vediamo in dettaglio il calo in valori percentuali per ogni Università: Bologna con -21%, Messina con -20%, Pisa e Bari -17%, Milano Humanitas e Catania -16%, Roma Sapienza -15%, Cagliari -14%, Milano -13%, Genova e Salerno con -11%, Torino, Parma e Ancona -10%, L'Aquila -9,5%, Brescia -8,6%, Milano Bicocca -8,4%, Napoli Federico II -8,3%, Roma Campus con -8,2%, Verona e Napoli Vanvitelli -7,3%, Trieste -6,7%, Pavia -4,4%, Firenze -4,3%, Sassari con -3,8% e Roma Cattolica con -3,1%.

Al contrario sono in aumento le altre 14 Università di Chieti con +1,4%, Modena +1,7%, Milano S. Raffaele e Catanzaro +2,1%, Perugia +2,3%, Ferrara e Palermo +2,6%, Novara +4,8%, Enna +5,9%, Udine +6,9%, Foggia +8,5%, Campobasso +9,4% e Varese +11%. Il valore maggiore è di Lecce con +62%, che dipende dal raddoppio dei posti a bando a seguito del passaggio della sede di Tricase dall'Università di Bari all'Università di Lecce.

Le professioni più attrattive

Il rapporto D/P medio fra i 22 Corsi è di 1,9 (Tab. 4), in calo rispetto sia al 2,2 dello scorso anno che al 2,6 del 2021, che riguarda tutti i Corsi tranne Logopedista. Come classifica si confermano quasi tutte le posizioni degli anni scorsi: al primo posto si conferma Fisioterapista con rapporto D/P pari a 6,8; al secondo posto Logopedista con 4,7, al terzo Ostetrica con 4,3, al quarto Dietista con 3,7 e al quinto posto Igienista Dentale e Tecnico Radiologia con 2,8.

Seguono quindi a 2,4 Infermiere Pediatrico, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva a 2, Tecnico di Laboratorio, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e Podologo con 1,4; Tecnico di Neurofisiopatologia a 1,3, Infermiere e Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria con 1,1.

Sotto il rapporto D/P di 1: Ortottista 0,9, Educatore Professionale con 0,8; Tecnico Prevenzione con 0,7; Tecnico Audioprotesista con 0,6, Tecnico Audiometrista e Tecnico Ortopedico con 0,5. Infine, analogamente agli scorsi anni, nelle ultime 2 posizioni ci sono Assistente Sanitario con 0,4 e Terapista Occupazionale con 0,3 per 71 domande su 238 posti a bando.

Tuttavia, va precisato che successivamente le coperture dei posti aumentano tramite le graduatorie derivate dalle domande di seconda e terza scelte dei Corsi.

Docenti per gli insegnamenti professionalizzanti MED/45-50

Si conferma la insufficiente presenza di docenti appartenenti allo specifico profilo professionale, chiamati in ruolo da parte delle Università, e la prevalenza dell'affidamento degli insegnamenti a docenti a contratto, in gran parte dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Sul totale di 666 docenti dei SSD MED/45-50, che lo scorso anno erano 567 e che fanno parte dei 9.800 dell'intera area 6 di Medicina solo 94, pari ad appena il 14%, appartengono ai profili delle professioni sanitarie dei Settori specifici.

Il Settore MED/45 comprende 68 docenti strutturati di cui 66 appartengono alla professione infermieristica; tuttavia, sono ancora di gran lunga insufficienti se si considera l'esistenza di 47 Corsi distribuiti su ben 236 sedi.

Nessun ruolo fra i 241 del MED/46 Tecniche di Laboratorio mentre sono 3 su 4 del MED/47 in Ostetricia, 20 su 42 per MED/48 Riabilitazione e appena 3 su 134 del SSD MED/49 Dietistica e 3 sui 177 per MED/50 Tecniche mediche applicate, di cui 2 Igienisti Dentali e 1 Logopedista.

Ora si attende che comunque il "sistema" si adatti alle indicazioni adottate dalla Conferenza Stato-Regioni con le Linee guida per i Protocolli di intesa Regioni-Università del 29 luglio 2022.

Procedure sugli esami di ammissione

Nel consultare i bandi pubblicati dalle Università sono emerse due diverse modalità di elaborazione delle graduatorie, in analogia agli anni precedenti:

- per punteggio, con priorità alla classifica generale sulla prova d'esame e poi alla scelta, che così favorisce la possibilità di sfruttare le seconda e terza opzione per gli studenti meritevoli. Riguarda la maggioranza delle Università statali, 32 su 41.

- Per preferenza, in cui prevale invece prima la scelta del corso e poi il punteggio conseguito nella prova di esame di ammissione, sfavorendo quindi le successive opzioni, che riguarda le sette Università di Brescia, Trieste, Udine, Genova, Chieti, Napoli Federico II e Catania.

Circa i test ogni Ateneo prepara il suo in modo autonomo. Mentre, come è noto, per quello di Medicina e Chirurgia quest'anno si è transitato al sistema TOLC.

Tuttavia, anche per le Professioni Sanitarie ormai oltre la metà delle 41 Università statali si avvale del CINECA per un questionario unico, come ad esempio per le 19 Università di Verona, Udine, Trieste, Parma, Modena, Bologna, Firenze, Siena, Ancona, Perugia, Roma Tor Vergata, L'Aquila, Chieti, Salerno, Bari, Foggia, Messina, Cagliari e Sassari.

Il costo della tassa di iscrizione all'esame di ammissione è quasi invariato rispetto allo scorso anno in tutte le Università, con media di 54 €. Conferma per il costo maggiore, con 100 €, Università di Novara, Pavia, Varese, Napoli Campania e Salerno.

Mentre continua ad essere da diversi anni la più economica l'Università di Cagliari con 26 €, con lieve ritocco su 24 € dello scorso anno. Sono sulla media di circa 50 € la maggioranza delle altre Università come Torino, Brescia, Milano, Verona, Genova, Bologna, Parma, Firenze, Ancona, Chieti, Napoli Federico II, Lecce, Cosenza, Catanzaro e Messina.

Situazioni su ognuna delle 22 Professioni

Si riportano le tabelle con i dati di tutte le 22 Professioni, con la relativa sintesi sui totali sia per ogni Professione che per ogni Regione.

Al fine di poter meglio apprezzare le differenze e alcune incoerenti sproporzioni - sia in esubero che in carenza - rispetto agli indicatori demografici, si riportano sia i valori percentuali suddivisi per ogni Regione e per ogni Professione, che il rapporto dei Posti per Centomila Abitanti (PCA).

Inoltre, è stato aggiunto il risultato dell'eventuale ricalcolo sulla ripartizione in base all'indicatore demografico della popolazione rispetto ai fabbisogni indicati dalle varie Regioni.

Riflessioni sulla programmazione posti A.A. 2023-24

Per il terzo anno consecutivo il Ministero dell'Università ha messo a bando tutti i posti dell'offerta formativa proposti dalle Università, con un totale di 34.453; numero che è inferiore al totale di 42.704 del fabbisogno stabilito con l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 21 giugno 2023.

La carenza è di -8.251 posti, pari al -19%, in prevalenza su Infermieristica per -6.840 posti, pari al -25% rispetto ai 26.899 del fabbisogno. Dall'analisi dettagliata per ognuna delle 22 Professioni si rilevano tre diverse situazioni:

Equilibrio o quasi, che riguarda solo le tre Professioni di Logopedista (+1,7%). Ortottista (-0,6%) e Ostetrica (-1,1%).

Offerta inferiore per 13 professioni, con i posti delle Università inferiori ai fabbisogni: Educatore Professionale e Terapista Occupazionale (-55%), Tecnico Audiometrista (-49%), Podologo (-45%), Audioprotesista (-37%) e Tecnico Ortopedico (-31%), Assistente sanitario (-30%), Infermiere (-25%), seguiti da Tecnico Riabilitazione psichiatrica (-12%), Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria (-7,6%), Terapista Neuro Psicomotricità età evolutiva (-6,4%), Fisioterapista (-4,5%) e Tecnico di Laboratorio (-3,4%).

Offerta superiore, al contrario, che riguarda sei professioni e soprattutto Dietista con +46% fra Università con 530 posti rispetto ai 364 del fabbisogno e Tecnico di Neurofisiopatologia con +41% fra i 180 dell'Università e i 128 del fabbisogno, entrambe come lo scorso anno 2022. Con valori minori, Igienista Dentale con +34% fra 895 e 667, Tecnico di Radiologia con +28% fra 1.570 dell'Università e 1.229 del fabbisogno; Infermiere Pediatrico +12% fra 278 e 249, Tecnico della Prevenzione +8,2%, fra 921 e 851.

Corsi di Laurea Magistrale

Siamo al 20° anno di attivazione per le cinque classi di Infermieristica-Ostetrica, Riabilitazione, Tecnico Diagnostica, Tecnico Assistenziale e Prevenzione.

In totale sui 20 anni di attivazione, dall'anno 2004 al 2023, sono stati 45.641 i posti a bando, meno dei 60.051 chiesti dalle Regioni (-24%), con una media di 2.282 posti all'anno. In ulteriore aumento il fabbisogno deciso dalla Conferenza Stato-Regioni da 9.457 dello scorso anno a 10.248 (+8%).

Rispetto al numero delle domande presentate su ognuna delle cinque classi per questo A.A. 2023-24 sui 3.699 posti a bando ci sono 15.461 domande, che sono superiori alle 14.595 dello scorso anno, pari al +5,9%.

Per la prima volta, grazie alla disponibilità del Consorzio AlmaLaurea, si riportano anche i dati sul numero dei Laureati per ogni anno, che è pari al 82% medio del totale sugli ultimi 20 anni, di cui gli ultimi tre sono come stima. Va precisato che il valore percentuale superiore al 100% dei Laureati dei primi otto anni, dal 2004 al 2011 è dovuto alla iscrizione in sovrannumero di numerosi professionisti che ricoprivano già ruoli dirigenziali, sia in ambito assistenziale che in quello formativo dei Corsi di Laurea.

Il Corso più richiesto per le iscrizioni, in valori assoluti, resta quello della I classe Infermieristica e Ostetrica con 12.095 domande su 1.914 posti, con D/P di 6,3; segue la Riabilitazione 1.753 domande su 810 posti e D/P di 2,2; la Prevenzione con 785 domande su 325 posti con D/P di 2,4; Tecnico Assistenziale 184 domande su 113 posti con D/P di 1,6 e Tecnico Diagnostica con 644 domande su 537 e D/P di 1,2.

Prospettive per l' A.A. 2024-25

La Conferenza CLPS auspica che la definizione dei fabbisogni del prossimo anno 2024 da parte del Ministero della Salute e della Conferenza Stato-Regioni venga fatta entro il 30 aprile, come prevede il Decreto Legislativo 502 del 1992, al fine di dare tempo utile alle Università di poter rivedere i criteri della determinazione dei posti da mettere a bando, rimodulando e riequilibrando alcune carenze rispetto ad alcuni esuberanti di offerta formativa. Inoltre, di pubblicare i bandi entro i 60 giorni prima dell'esame di ammissione, come stabilito dall' art. 4, comma 1, della Legge 264 del 1999.

L'obiettivo resta quello di ricercare un equilibrio tra bisogni sanitari e sociali emergenti, occupazione, mercato del lavoro e preparazione culturale di qualità di tutte le 22 Professioni Sanitarie.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118114

Pochi posti letto, ancora una scarsa dotazione nei reparti di terapia intensiva e un tasso di dimissioni molto basso. La crisi degli ospedali italiani nel report dell'Ocse

di Giovanni Rodriquez

Qualche risultato migliore viene registrato in termini di tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri, un dato che può offrire informazioni utili per valutare la capacità degli ospedali di farsi carico delle richieste di salute dei pazienti; e sul ricorso ai pronto soccorso, con un risultato di poco al di sotto della media Ocse. Ma la scarsa dotazione di posti letto e gli scarsi dati in termini di dimissioni ospedalieri, uniti alla carenza di personale sanitario, aiutano a far meglio comprendere la crisi che stanno da tempo attraversando gli ospedali italiani

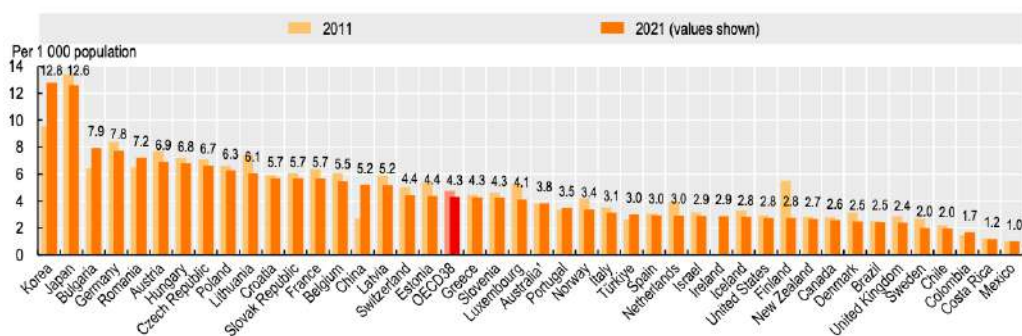
20 NOV -

Pochi posti letto ospedalieri, una dotazione inadeguata di posti nelle unità di terapia intensiva e un tasso di dimissioni molto al di sotto della media Ocse. Insieme alla carenza di personale sanitario, questi sono alcuni dati contenuti nel rapporto *Health at a glance 2023* dell'Ocse che fotografano in maniera puntuale la crisi degli ospedali italiani.

La pandemia di Covid ha reso evidente come, per far fronte alle emergenze sia necessario non solo disporre di un numero sufficiente di **posti letto ospedalieri** ma anche di saper disporre di una certa flessibilità nel loro utilizzo. Tuttavia, un'eccedenza di posti letto potrebbe comportare un ricorso eccessivo ai ricoveri e quindi ad un incremento ingiustificato dei costi. Pertanto, è necessario trovare un corretto equilibrio tra la garanzia di una sufficiente numero di posti letto e un loro utilizzo efficiente.

Nei Paesi Ocse, nel 2021 c'erano in media 4,3 posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti. In Corea (12,8 posti letto per 1.000) e Giappone (12,6 per 1.000) i tassi erano molto più alti. Oltre la metà dei Paesi Ocse ha riportato tra i 3 e gli 8 posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti, con i tassi più bassi in Messico, Costa Rica e Colombia. **L'Italia, con 3,1 posti letto si colloca ben al di sotto della media Ocse.** Un dato che, insieme alla carenza di personale sanitario, spiega almeno in parte la crisi dei nostri Pronto soccorso e le lunghe liste d'attesa riguardanti gli interventi.

Figure 5.17. Hospital beds, 2011 and 2021 (or nearest year)



1. 2017 data.

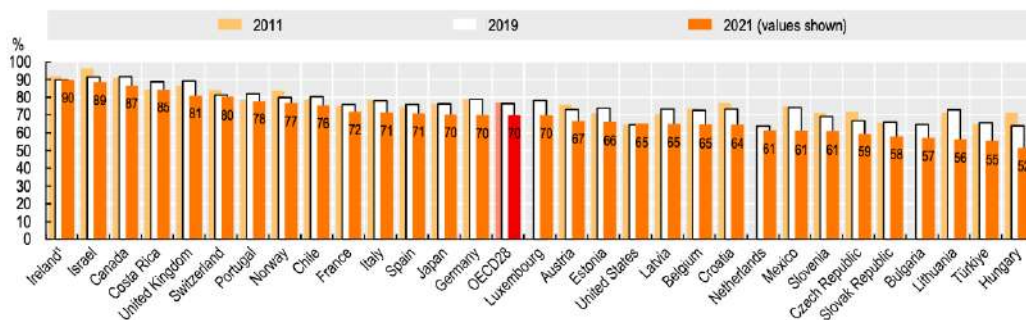
Source: OECD Health Statistics 2023.

C'è da notare che almeno dal 2011 il numero di posti letto pro capite si è ridotto in quasi tutti i Paesi Ocse, La diminuzione maggiore si è verificata in Finlandia, con un calo di circa il 50%, che ha riguardato soprattutto i posti letto per l'assistenza a lungo termine e l'assistenza psichiatrica. Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Norvegia e Paesi Bassi hanno ridotto la capacità di 1 letto o più per 1.000 abitanti. Al contrario, il numero di posti letto è aumentato fortemente in Corea, con un numero significativo di questi dedicati all'assistenza a lungo termine.

Il **tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri** può offrire informazioni utili per valutare la capacità degli ospedali di farsi carico delle richieste di salute dei pazienti. Alti tassi di occupazione dei posti letto possono essere sintomatici di un sistema sanitario sotto pressione. Una certa capacità di posti letto di riserva è necessaria per assorbire picchi imprevisti di pazienti che necessitano di ricovero.

Sebbene non vi sia consenso su quello che possa essere definito come un tasso di occupazione "ottimale", un dato di circa l'85% è spesso considerato un livello massimo per ridurre il rischio di carenza di posti letto (Nice, 2018). Nel 2021, il tasso medio di occupazione dei posti letto ospedalieri era del 69,8%, ma superava l'85% in 3 dei 28 Paesi Ocse con dati comparabili: Irlanda, Israele e Canada. I tassi di occupazione erano relativamente bassi in Turchia, Messico e in molti Paesi dell'Europa centrale e orientale. **In questo caso il dato italiano del 71% si allinea alla media Ocse del 70%.**

Figure 5.18. Occupancy rate of curative acute care beds, 2011, 2019 and 2021 (or nearest year)

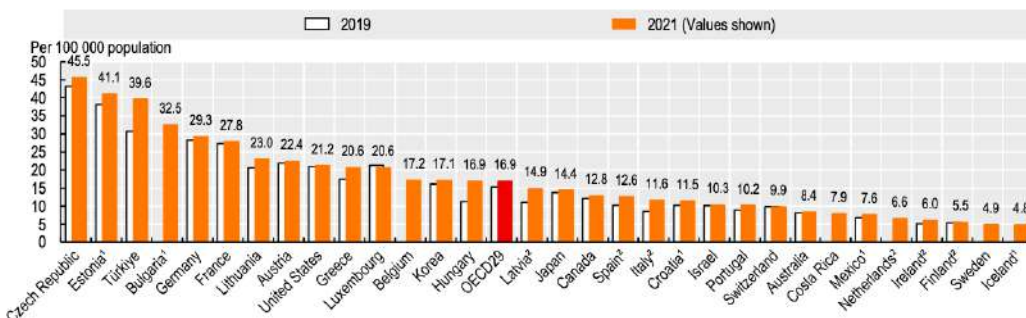


1. Data for Ireland exclude private hospitals (the occupancy rate of curative care beds in both public and private hospitals was 82.8% in 2021). Source: OECD Health Statistics 2023.

Rispetto al 2019, nel 2021 i tassi di occupazione sono stati inferiori in quasi tutti i Paesi Ocse. Questo riflette in parte la sospensione o il razionamento delle cure ospedaliere non urgenti durante la pandemia.

Altra risorsa risultata fondamentale nelle prime ondate del Covid riguarda la disponibilità di **posti letto nei reparti di terapia intensiva**. Nel 2021, in media nei 29 Paesi Ocse c'erano 16,9 letti di terapia intensiva per 100.000 abitanti. I numeri variano notevolmente da circa 40 o più letti per 100.000 abitanti nella Repubblica Ceca, in Estonia e in Turchia a meno di 5 letti per 100.000 in Islanda e Svezia. Rispetto alla situazione pre-pandemia, tutti i Paesi hanno aumentato la capacità di terapia intensiva, ad eccezione del Lussemburgo (dove il numero assoluto di letti di terapia intensiva è rimasto invariato). Ciò riflette gli sforzi realizzati da diversi Paesi come la trasformazione temporanea di altri reparti clinici in unità di terapia intensiva e la creazione di ospedali da campo con unità di terapia intensiva. **L'Italia, nonostante i miglioramenti rispetto al dato del 2019, con 11,6 posti per 100.000 abitanti continua ad avere una dotazione al di sotto della media Ocse di 16,9.**

Figure 5.19. Adult intensive care beds, 2019 and 2021



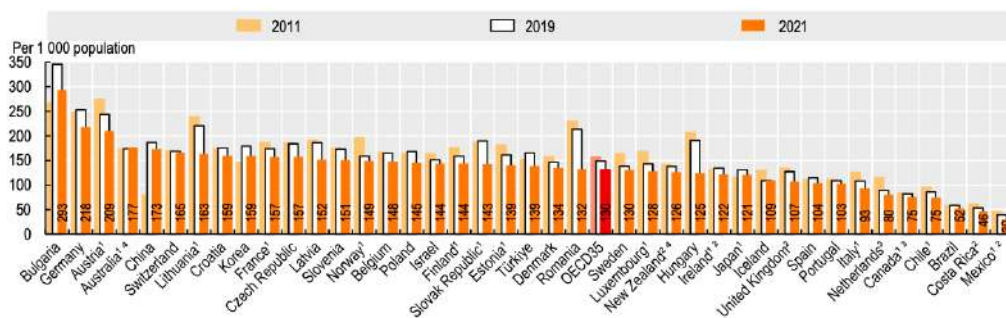
1. Data include neonatal and paediatric ICU beds. 2. Data cover critical care beds only. Source: OECD Health Statistics 2023.

I tassi di dimissione ospedaliera - il numero di pazienti che lasciano un ospedale dopo aver soggiornato almeno una notte - sono un indicatore fondamentale dell'attività ospedaliera. Migliorare la tempestività delle dimissioni dei pazienti può aiutare il flusso dei pazienti attraverso l'ospedale, liberando posti letto e tempo per gli operatori sanitari. Sia le dimissioni premature che quelle ritardate peggiorano gli esiti sanitari e aumentano i costi: le dimissioni premature possono portare a costose riammissioni; le dimissioni ritardate consumano risorse ospedaliere limitate.

In media, nei Paesi Ocse, nel 2021 ci sono state 130 dimissioni ospedaliere ogni 1.000 abitanti. I tassi più alti sono stati registrati in Germania e Austria (oltre 200 per 1.000 abitanti), mentre i più bassi in Messico, Costa Rica, Cile, Canada, Paesi Bassi e Italia (meno di 100 per 1.000 abitanti). Tra i Paesi in via di adesione e i Paesi partner, i tassi erano elevati anche in Bulgaria e Cina e relativamente bassi in Brasile.

L'Italia, con 93 dimissioni ospedaliere ogni 1.000 abitanti registra un dato molto al di sotto della media Ocse di 130 dimissioni.

Figure 5.20. Hospital discharge rates, 2011, 2019 and 2021 (or nearest year)



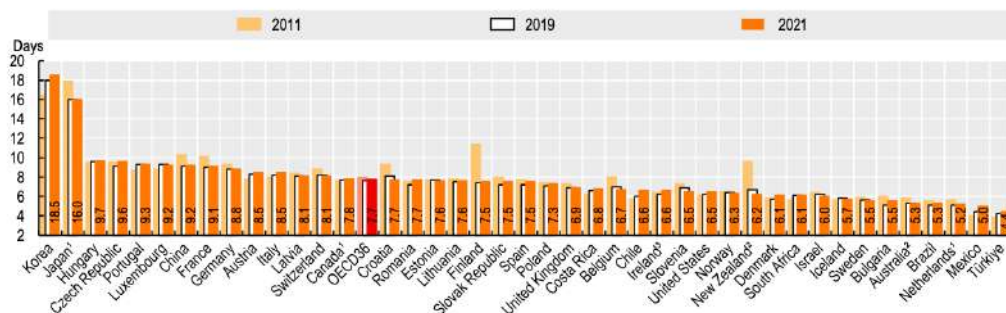
1. Data exclude discharges of healthy babies. 2. Data include only activity in public or publicly funded hospitals (in Ireland, private hospitals account for about 15-20% of hospital discharges). 3. Data include discharges for curative (acute) care only. 4. 2021 data refer to 2020.
Source: OECD Health Statistics 2023.

Quasi tutti i Paesi hanno registrato forti riduzioni tra il 2019 e il 2021. Ciò riflette sia le politiche di dimissione ospedaliera ridisegnate per liberare posti letto per i pazienti Covid, sia l'interruzione delle cure per i pazienti non Covid.

La **durata media della degenza ospedaliera** è un ulteriore indicatore di efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari. A parità di altre condizioni, una degenza più breve riduce il costo per dimissione e sposta l'assistenza da strutture ospedaliere a strutture meno costose. Una degenza più lunga può essere sintomo di uno scarso coordinamento delle cure, con il risultato che alcuni pazienti attendono inutilmente in ospedale fino a quando non è possibile organizzare la loro riabilitazione o l'assistenza a lungo termine. Allo stesso tempo, alcuni pazienti possono essere dimessi troppo presto, quando una permanenza più lunga in ospedale avrebbe potuto migliorare i loro risultati di salute o ridurre le probabilità di riammissione.

Nel 2021, la durata media della degenza ospedaliera è stata di 7,7 giorni nei 36 Paesi Ocse con dati comparabili. La Turchia e il Messico hanno registrato le degenze ospedaliere più brevi (circa 5 giorni o meno in media); la Corea e il Giappone quelle più lunghe (con una media di 16 giorni o più per paziente). **L'Italia, con 8,5 giorni ha registrato una degenza media superiore alla media Ocse di 7,7 giorni.**

Figure 5.21. Average length of stay in hospital, 2011, 2019 and 2021 (or nearest year)

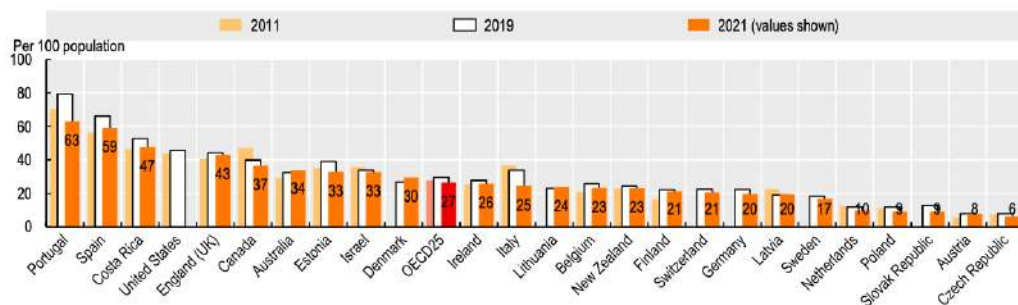


1. Data refer to curative (acute) care only, resulting in an underestimation. In Japan, the average length of stay for all inpatient care was 28 days in 2021. 2. 2021 data refer to 2020.3. Data refer to public hospitals only.
Source: OECD Health Statistics 2023.

Dal 2011, la durata media della degenza è diminuita nella maggior parte dei Paesi; i cali più significativi si sono verificati in Finlandia, Nuova Zelanda e Giappone. L'unico Paese che ha registrato un forte aumento è la Corea, ma questo riflette in parte un aumento del ruolo degli "ospedali per cure a lungo termine", la cui funzione è simile a quella delle case di cura o delle strutture di assistenza a lungo termine.

Infine, l'uso dei servizi di pronto soccorso è una importante misura dei servizi ospedalieri di prima linea. Nei 25 Paesi Ocse con dati disponibili, nel 2021 si sono registrati in media 27 accessi al pronto soccorso ogni 100 persone. Il ricorso alle cure d'emergenza è stato particolarmente elevato in Portogallo e Spagna, con oltre 50 visite al pronto soccorso ogni 100 persone. **L'Italia, con 25 accessi si colloca poco al di sotto delle media.** Sebbene i Pronto Soccorso forniscano un servizio fondamentale, un uso elevato può essere indicativo di un'assistenza sanitaria inappropriata e inefficiente, in particolare se molti pazienti si rivolgono ai Pronto Soccorso per condizioni non urgenti che potrebbero essere gestite meglio in contesti di assistenza primaria e comunitaria.

Figure 5.22. Number of visits to emergency departments per 100 population, 2011, 2019 and 2021



Source: National statistical offices.

Mentre le visite ai Pronto Soccorso sono aumentate più spesso tra il 2011 e il 2019 (aumentando in 15 dei 20 Paesi con dati sull'andamento temporale), sono diminuite per quasi tutti i Paesi tra il 2019 e il 2021 a causa dell'emergenza ospedaliera causata dal Covid.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118394

quotidianosanita.it

Gli ospedali pubblici italiani a rischio crack. Nel 2022 risultati negativi per il 40% delle strutture con un rosso complessivo da oltre 1 miliardo

Luciano Fassari

È quanto emerge da un'analisi effettuata da Quotidiano Sanità su dati della Ragioneria dello Stato. Su 77 aziende ospedaliere pubbliche ben 33 hanno chiuso il bilancio consuntivo 2022 col segno meno. Drammatica la situazione del Lazio con tutte le 8 aziende ospedaliere in forte perdita (in totale oltre 620 mln).

22 NOV -

Vanno malissimo i conti delle aziende ospedaliere pubbliche italiane. È quanto emerge da un'analisi effettuata da Quotidiano Sanità su dati della Ragioneria dello Stato. Su 77 aziende ospedaliere pubbliche ben 33 (il 43%) hanno chiuso il bilancio consuntivo 2022 col segno meno per un totale che supera il miliardo di euro. Drammatica la situazione del Lazio con tutte le 8 aziende ospedaliere in forte perdita (in totale oltre 620 mln).

Male anche la Toscana con tutti e quattro gli ospedali in rosso (in totale circa 40 mln). Conti negativi anche per tutte le aziende pugliesi (in totale circa 87 mln), liguri (-43mln) e lucane (-45 mln). Anche in Veneto le cose non vanno benissimo con le aziende ospedaliere di Verona e Padova che insieme registrano un rosso da oltre 180 mln. Conti che scricchiolano anche in Emilia-Romagna con le aziende di Bologna, Ferrara, Modena e Parma in rosso. Bene Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Marche, Campania e Sicilia che non hanno nessuno ospedale in rosso. Sia chiaro i conti definitivi sui bilanci regionali saranno diversi anche grazie alle coperture che ogni regione mettere in atto ma il segnale è fortissimo anche perché in un'analoga analisi sui conti 2019 le aziende in deficit erano il 25% con un buco totale di 700 mln.

RISULTATO ESERCIZIO 2022 AZIENDE OSPEDALIERE ITALIANE (in euro). Fonte: Ragioneria dello Stato

PIEMONTE

AZIENDA OSPEDALIERA ORDINE MAURIZIANO DI TORINO 741.420,59

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - 4.656.865,75

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO -21.357.262,39

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MAGGIORE DELLA CARITA DI NOVARA -8.177.034,13

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S. LUIGI GONZAGA 105.629,85

AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO 2.404,74

LOMBARDIA

FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO 0
FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI 0
FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO 0
INRCA - IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DI RICOVERO E CURA PER ANZIANI 0
AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA 0
FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE NEUROLOGICO CARLO BESTA 0

VENETO

AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITA' PADOVA -96.039.063,2
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA -86.238.988,81
IRCCS - ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO 435.801,39

FRIULI VENEZIA GIULIA 3

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO – CRO 2.401,10
IRCCS MATERNO INFANTILE BURLO GAROFOLO 12.415,17
AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE 1.432.776,20

LIGURIA

IRCCS OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO -23.998.800,00
ISTITUTO GIANNINA GASLINI -9.787.729,00

EMILIA ROMAGNA

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA ARCISPEDALE SANT'ANNA -4.537.600,00
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA -4.844.732,88
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA -7.523.388,58
IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA POLICLINICO DI SANT'ORSOLA -8.061.222,88
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI 2.038,78

TOSCANA

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA MEYER IRCCS -4.289.533,00
AZIENDA OSPEDALIERO- UNIVERSITARIA CAREGGI -14.369.198,00
AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA -13.892.237,00
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE -7.209.126,00

UMBRIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA 48.506,78
AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA ' – TERNI 0

MARCHE

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD 0
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DELLE MARCHE 0
INRCA - IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DI RICOVERO E CURA PER ANZIANI 0

LAZIO

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO – FORLANINI -127.501.468,9
AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA -86.350.572,52
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO TOR VERGATA -58.932.087,18
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. ANDREA -68.050.310,02
AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I -160.676.448,76
AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA - ARES 118 -42.053.372,08
IRCCS LAZZARO SPALLANZANI -40.076.738,86
ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI -42.210.671,43

CAMPANIA

AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI 6.079,67
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE ANTONIO CARDARELLI 100.344,26
AZIENDA OSPEDALIERA "SAN PIO" – BENEVENTO 87.693,42

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO DI CASERTA 102.868,84
AZIENDA OSPEDALIERA SANTOBONO – PAUSILIPON 2.098,7
AZIENDA OSPEDALIERA S.GIUSEPPE MOSCATI 9.975,3
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DELLA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI
364.738,68
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II 232.533,83
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA - SCUOLA MEDICA
SALERNITANA 28.643,89
IRCCS-FONDAZIONE PASCALE 2.746,34

PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA -29.721.005,22
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO DI BARI - GIOVANNI XXIII -40.691.835,23
ENTE OSPEDALIERO SPEC. IN GASTROENTEROLOGIA ISTITUTO NAZIONALE DI RICOVERO E CURA A CARATTERE
SCIENTIFICO S. DE BELLIS -9.925.837,13
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II -6.960.970,00

BASILICATA

AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO DI POTENZA -44.835,10
IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA -4.058.950,18

CALABRIA

AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI MELACRINO MORELLI DI REGGIO CALABRIA 2.734.827,06
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA -25.439.786,80
AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE – CIACCIO 1.166.722,91
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA RENATO DULBECCO -24.952.345,06
INRCA - IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DI RICOVERO E CURA PER ANZIANI -4.286.047,24

SICILIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE CIVICO - DI CRISTINA – BENFRATELLI
68.775,00
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE GARIBALDI 31.024,97
AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA – CERVELLO 14.684,00
AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO 0
AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO DI CATANIA 189.323,50
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO GAETANO MARTINO DI MESSINA 48.416,01
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO PAOLO GIACCONE DI PALERMO 77.061,00
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA POLICLINICO "G. RODOLICO-SAN MARCO" DI CATANIA 0
IRCCS CENTRO NEUROLESI BONINO PULEJO 13.000,00

SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI CAGLIARI -1.301.433,63
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI 1.301.796,35
AZIENDA REGIONALE DELL'EMERGENZA E URGENZA DELLA SARDEGNA – AREUS 1.432.906,76
AZIENDA REGIONALE DELLA SALUTE REGIONE SARDEGNA – ARES 682.133,67
ARNAS G. BROTZU 3.189.338,32

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118499

Troppi i ricoveri inappropriati in Italia? L'Ocse sembra smentire questa narrazione. Dati sotto la media e in costante miglioramento dal 2011

Giovanni Rodriquez

Tutti i dati riguardanti sia i ricoveri per patologie croniche come asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) e insufficienza cardiaca congestizia (Chf), che quelli relativi alle ospedalizzazioni causate dal diabete, confermano per l'Italia dati sempre al di sotto della media Ocse ed in costante miglioramento dal 2011 al 2021. E per Asma, Bpco e diabete l'Italia si classifica al terzo posto per numero più basso di ricoveri evitabili. Tutti i dati dell'analisi [Health at a Glance](#) dell'Ocse

08 NOV -

Davvero il Ssn in Italia è fortemente penalizzato da un alto tasso di ricoveri inappropriati come spesso si sente raccontare da media e politici? A guardare i dati, la realtà sembra essere ben diversa.

Per provare a fare il punto sulla questione abbiamo esaminato quanto riportato nella nuova edizione appena pubblicata di [Health at a Glance](#) dell'Ocse che ogni anno raccoglie statistiche economiche e medico sanitario dei paesi aderenti offrendo un panorama esaustivo della realtà dei loro servizi sanitari.

Più in particolare ci concentreremo, dapprima, sui numeri riguardanti asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) e insufficienza cardiaca congestizia (Chf), tre tra le patologie croniche più diffuse. Tutte e tre le patologie sono accomunate dal fatto che le prove di efficacia riguardo i loro trattamenti sono ben consolidate.

Un sistema di cure primarie efficiente, in cui vengono forniti servizi accessibili e di alta qualità, può quindi ridurre il deterioramento delle condizioni di salute nelle persone affette da asma, Bpco o insufficienza cardiaca.

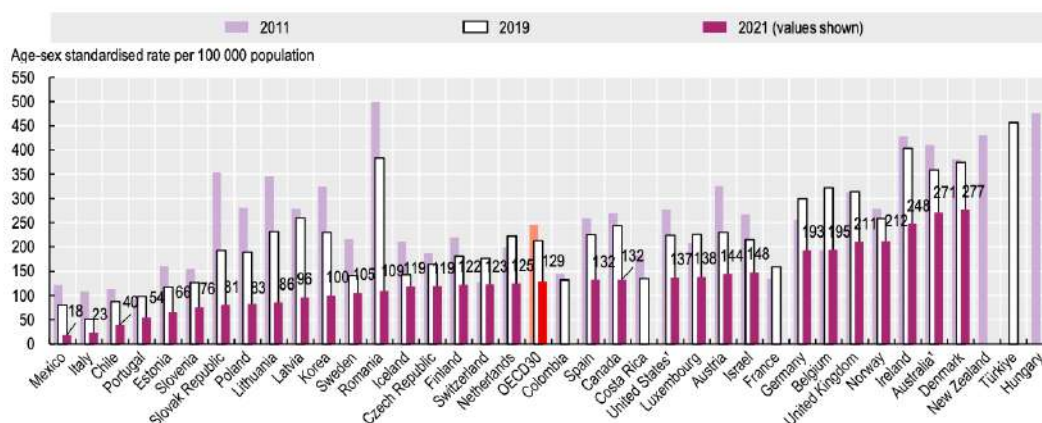
I ricoveri ospedalieri per queste patologie sono in gran parte evitabili e vengono quindi utilizzati dall'Ocse come indicatore della qualità e della facoltà di accesso alle cure primarie.

Asma e Bpco. I dati qui mostrano come i tassi combinati di ricovero ospedaliero per asma e Bpco variano di 15 volte tra i Paesi Ocse nel 2021, con **Messico, Italia e Cile che registrano i tassi più bassi** e Australia e Danimarca che registrano i tassi più alti, oltre il doppio della media Ocse.

Prima della pandemia, i tassi di ricovero ospedaliero per asma e Bpco erano diminuiti in quasi tutti i Paesi, in media del 13% tra il 2011 e il 2019. Il calo è stato più evidente nella Repubblica Slovacca e in Lituania, dove il tasso era elevato nel 2011, riducendo così la variazione tra i Paesi.

Durante la pandemia, il calo è stato più significativo, con una diminuzione media nei Paesi Ocse di circa il 40% tra il 2019 e il 2021, ma questo probabilmente riflette in parte un accesso più limitato alle cure ospedaliere in questo periodo. **L'Italia, dal 2011 al 2021, ha sempre registrato tassi di ospedalizzazione inferiori rispetto alla media Ocse.**

Figure 6.9. Asthma and chronic obstructive pulmonary disease hospital admission in adults, 2011, 2019 and 2021 (or nearest years)



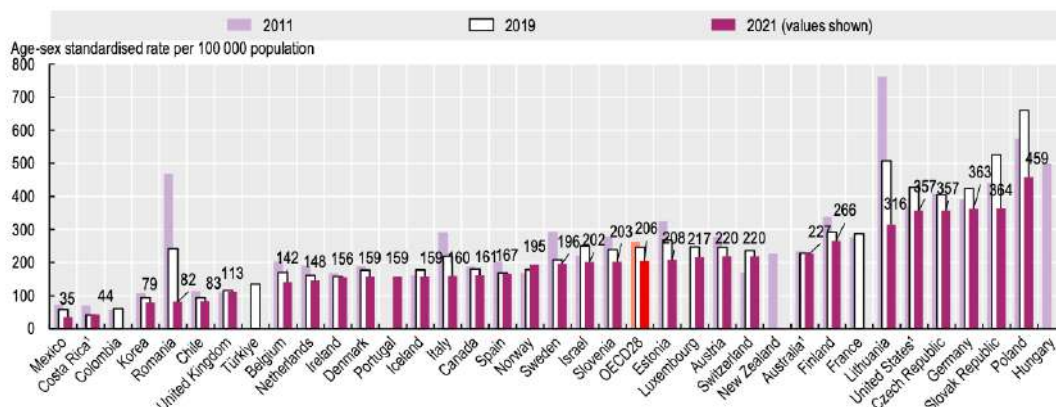
1. Latest data refer to 2020 instead of 2021.
Source: OECD Health Statistics 2023.

Insufficienza cardiaca congestizia. I tassi di ricovero ospedaliero per l'insufficienza cardiaca variano di 13 volte tra i Paesi dell'Ocse. Messico e Costa Rica hanno registrato i tassi più bassi, mentre la Polonia ha registrato un tasso più che doppio rispetto alla media.

Come per l'asma e la Bpco, il tasso medio di ricoveri nei Paesi Ocse è diminuito (del 6%) tra il 2011 e il 2019. Durante la pandemia, il tasso è diminuito ulteriormente nella maggior parte dei Paesi: in media, tra il 2019 e il 2021 è stato registrato un calo di circa il 20% nei Paesi Ocse.

Solo Costa Rica e Norvegia hanno registrato un aumento. In questo caso **l'Italia si piazza al quindicesimo posto, confermando un trend in netto miglioramento e un tasso di ricoveri inappropriati che si conferma nel 2021, così come nella precedente rilevazione del 2019, al di sotto della media Ocse.**

Figure 6.10. Congestive heart failure hospital admission in adults, 2011, 2019 and 2021 (or nearest years)



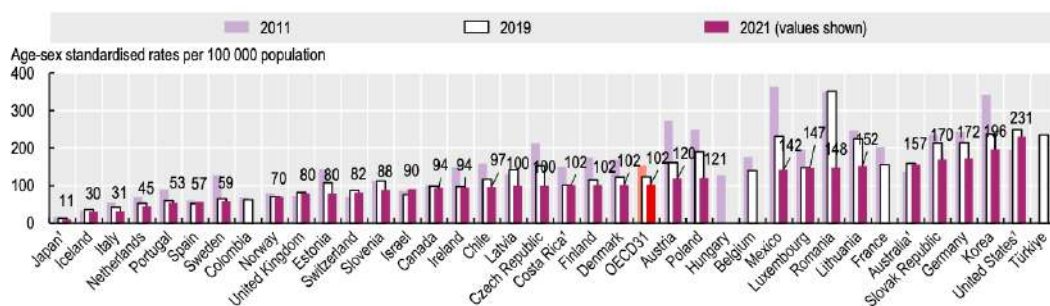
1. Latest data refer to 2020 (and 2022 for Costa Rica) instead of 2021.
Source: OECD Health Statistics 2023.

A conferma di quanto detto fino ad ora, prendiamo in esame i dati relativi ai ricovero causati dal **diabete**. Anche in questo caso i numeri mostrano come nel 2021 si è registrata una variazione di oltre 20 volte nei ricoveri ospedalieri per diabete tra i Paesi Ocse. Giappone, Islanda e Italia hanno registrato i tassi più bassi, mentre gli Stati Uniti hanno registrato tassi più che doppi rispetto alla media Ocse.

Più nel dettaglio **il tasso di ricoveri ospedalieri per diabete in Italia è stato di 31 per 100.000 abitanti, ben al di sotto della media Ocse di 102.** Come si è visto per altre patologie croniche, i ricoveri per diabete sono diminuiti in quasi tutti i Paesi sia prima che durante la pandemia.

La diminuzione media nei Paesi Ocse è stata del 19% tra il 2011 e il 2019 e del 17% tra il 2019 e il 2021. Durante la pandemia, la riduzione è stata maggiore in Messico e in Polonia, potenzialmente a causa della riduzione del ricorso ai servizi sanitari in diversi contesti.

Figure 6.11. Diabetes hospital admissions in adults, 2011, 2019 and 2021(or nearest year)



1. Latest data refer to 2020 (and 2022 for Costa Rica) instead of 2021.
Source: OECD Health Statistics 2023.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118126



Fare fuori le Cure primarie.

Margherita Miotto e Fulvio Lonati

La lezione della pandemia non è servita. Il Governo Meloni ha bloccato il processo di rinnovamento e di potenziamento delle cure primarie e dei servizi territoriali innescato con il PNRR e il DM 77: un grave danno per la salute dei cittadini. La denuncia dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia.

È come se la pandemia non ci fosse mai stata! E sembra proprio che i decisori politici abbiano dimenticato il chiaro insegnamento del Covid-19: “Abbiamo bisogno di un Servizio Sanitario Nazionale adeguatamente organizzato, dotato e finanziato, in particolare nella sua componente territoriale e di assistenza primaria”^[1]. Con il PNRR, e a cascata con il DM 77^[2] che definiva i modelli e gli standard di riferimento per la rete territoriale, era stato attivato un radicale processo di rinnovamento e potenziamento dei servizi territoriali per la salute. Purtroppo, dopo questo significativo avvio, ne stiamo perdendo lo spirito innovativo e registriamo una preoccupante stagnazione; peraltro, a fronte della ingravescente crisi dell'intero Servizio Sanitario Nazionale, che sta rendendo sempre meno esigibili i principi fondamentali di universalità, di uguaglianza, di equità e di gratuità.

L'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia^[3], nata poco più di un anno fa con l'obiettivo di ripensare, valorizzare e riprogettare la cosiddetta “medicina territoriale”, facendo proprie le proposte del Libro Azzurro^[4] promosso dalla Campagna Primary Health Care Now or Never^[5], lancia la propria denuncia e chiede alle Regioni di dare attuazione rapida ai servizi territoriali per la salute e sollecita il Governo a destinare i finanziamenti necessari. Molti altri -organizzazioni, sindacati, centri di ricerca, operatori, cittadini- stanno denunciando e chiedendo a viva voce di intervenire; l'Alleanza si unisce a queste tante voci, chiedendo di dedicare particolare attenzione ai servizi territoriali per la salute.

Alla sua costituzione, l'Alleanza ha presentato una serie organica di proposte, in parte già delineate dalla normativa:

- definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie, identificata nel Distretto Sociale e Sanitario coincidente con l'Ambito Territoriale Sociale,
- organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con il territorio e gli ospedali, con modalità strutturate di lavoro multiprofessionale e multisettoriale,
- dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero e tipologia,

ma anche con forti elementi di novità:

- sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere,
- territorializzare (non decentrare) il Servizio Sociale e Sanitario,
- adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute,
- dotare le Cure Primarie di professionisti adeguatamente formati con una congruente forma contrattuale.

Quando venne adottato il DM77, l'Alleanza manifestò la presenza di importanti elementi positivi: dettava criteri attuativi nazionali uniformi, attesi da molti anni; orientava verso un approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo “secondo un approccio one health”; ricomprendeva in un unico atto tutti i servizi dell'Assistenza Primaria

ricondotti al Distretto e alle Casa della Comunità (CdC). Soprattutto dava mandato alle Regioni di attivarsi in tempi rapidi e definiti.

Alla luce di tale valutazione, nel luglio 2022, l'Alleanza dichiarò pubblicamente che gli obiettivi strategici potevano essere attuati nell'arco di 3-6 mesi (quindi entro il 2022):

- identificazione di territori indicativamente di 100.000 abitanti e attivazione di tutti i Distretti coincidenti con l'Ambito Territoriale Sociale;
- avvio della programmazione unitaria delle azioni sociali e sanitarie;
- attuazione delle Centrali Operative Territoriali – COT;
- attivazione delle Unità Operative indispensabili previste dal DM77 in ciascun Distretto e, in particolare, del Punto Unico di Accesso nella logica dell'accoglienza e dell'ascolto;
- avvio delle equipe multiprofessionali a partire dal necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

Ritenendo importante monitorarne la progressiva attuazione a livello nazionale e l'effettiva attribuzione ai servizi territoriali di personale dedicato aggiuntivo in deroga, l'Alleanza si era quindi impegnata, sin da allora, ad attuare un monitoraggio indipendente pluriennale.

Purtroppo, a distanza di poco più di un anno dall'adozione del DM77, l'esito di tale monitoraggio porta ad un riscontro del tutto sconcertante: anche il recente monitoraggio AGENAS[6], che peraltro presenta numerose incongruenze[7], mostra che **il percorso attuativo di CdC, Ospedali di Comunità e COT è fortemente rallentato o, in numerose regioni, addirittura fermo**. Non solo: in Lombardia, regione che risulterebbe essere la più avanzata nell'apertura di queste strutture, dalla valutazione compiuta dall'Istituto Mario Negri[8] emerge chiaramente che “poche rispondono completamente agli standard nazionali e regionali” e “in genere sono state collocate in strutture già esistenti, soprattutto ex-poliambulatori, e sono il frutto di una riorganizzazione di servizi già disponibili piuttosto che la creazione e implementazione di nuovi modelli organizzativi indirizzati all'approccio interdisciplinare e al lavoro in equipe multi professionali”.

La progressiva diluizione degli obiettivi del PNRR-DM77, lo svuotamento dei contenuti innovativi capaci dare impulso alla riforma dell'assistenza primaria, l'allineamento sulle posizioni conservatrici della rappresentanza sindacale della Medicina Generale, il perseverare nella logica prestazionale-commerciale a scapito dell'orientamento alla presa in cura dei problemi di salute dei singoli e delle comunità, hanno indotto l'Alleanza a trasmettere agli organi di stampa e agli Assessori Regionali alla Salute il seguente Comunicato.

“Pericolosa negligenza verso i bisogni di cura e assistenza dei cittadini: rischio di depotenziare i servizi territoriali per la salute previsti dal PNRR”



La pandemia ha reso evidenti le debolezze – che preesistevano – della rete sociosanitaria territoriale per cui l'avvento del PNRR ed in particolare la Missione 6 – Componente 1 ha rappresentato una novità determinante per infrastrutturare il territorio con le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali, ecc.

Le tappe del percorso disegnano il diverso livello di convinzione nel progetto:

- 15 gennaio 2021 proposta del Governo Conte II;

- 30 aprile 2021 il PNRR viene trasmesso dal Governo Draghi alla Commissione Europea che lo approva il 13 Luglio 2021;
- Decolla la Governance: Cabina di Regia, l'Unità per la razionalizzazione e il miglioramento dell'efficacia della regolazione, Tavolo permanente per il partenariato economico – sociale – territoriale, Servizio centrale per il PNRR, Unità di missione presso la Ragioneria Generale dello Stato, piattaforma ReGis per supporto a programmazione e monitoraggio;
- 7 Novembre 2021 le Regioni presentano i piani regionali di attuazione del PNRR Missione 6;
- 23 Maggio 2022 è approvato il DM 77 che individua modelli e standard della rete territoriale;
- 31 Maggio 2022 firmati i Contratti Istituzionali di Sviluppo Governo-Regioni.

25 settembre 2022 sciolte le Camere si vota anticipatamente.

- 22 ottobre 2022 presta giuramento il governo Meloni che presenta le linee programmatiche alle Camere ignorando la sanità. Incalzata dal Parlamento la Presidente del Consiglio cita Medici di Medicina Generale e Farmacie ma non le Case della Comunità, definite successivamente “cattedrali nel deserto” (30 maggio 2023);
- 31 Luglio 2023 il Governo rivede il PNRR e riduce del 30% gli obiettivi della Missione 6 – Componente 1, cioè riduce da 1.350 a 936 le Case della Comunità e da 400 a 304 gli Ospedali di Comunità promettendo di reperire risorse aggiuntive per completare il programma iniziale facendo ricorso ai fondi dell'ex art. 20 legge 67/88 sulla edilizia ospedaliera nonché al Fondo Sviluppo e Coesione;
- 17 ottobre 2023 la legge di bilancio ignora o sottostima fortemente sia i finanziamenti aggiuntivi indispensabili per proseguire nella realizzazione delle strutture, sia il sostegno economico al piano di assunzione degli operatori della salute che gradualmente dovrà essere garantito.

In sintesi:

- In 17 mesi (gennaio 2021 – 31 maggio 2022) è stato costruito il programma, individuate le risorse e siglati i contratti con i soggetti attuatori;
- In 12 mesi (ottobre 2022-2023) sono stati ridimensionati gli obiettivi.

Manifestiamo grandissima preoccupazione per la disattenzione che circonda l'assistenza sociosanitaria territoriale e chiediamo alle Regioni il massimo impegno nella attuazione rapida dei programmi oggetto dei Contratti Istituzionali di Sviluppo ed al Governo la integrazione finanziaria indispensabile per la realizzazione delle strutture contenute nella Componente 1 della Missione 6.

L'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia cui aderiscono:

- Campagna Primary Health Care Now or Never
- ACLI – Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
- AICP – Accademia Italiana Cure Primarie
- AsIQuAS – Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale
- AIFeC – Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità
- Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete
- Associazione Comunità Solidale Parma
- Associazione La Bottega del Possibile
- Associazione Prima la Comunità
- Associazione Salute Diritto Fondamentale
- Associazione Salute Internazionale
- CARD – Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto
- Comitato Promuovere Case della Comunità a Parma e Provincia
- EURIPA Italia – European Rural and Isolated Practitioners Association
- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri – IRCCS

- Movimento Giotto
- SItI – Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- Slow Medicine ETS

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/11/fare-fuori-le-cure-primarie/>



L'infermiere di famiglia

20 Novembre 2023

Federico Lattanzi e Betty Perticarini

Il progetto ENhANCE, cofinanziato dall'Unione Europea, si propone di definire un Curriculum europeo per infermiere di famiglia e di comunità e mira a colmare la distanza esistente tra le attuali competenze degli infermieri e le competenze effettivamente richieste alla luce dei profondi cambiamenti socio-demografici della popolazione.

***L'infermiere di famiglia è la figura professionale** che fornisce ai cittadini gli strumenti necessari al sostegno e alla gestione domiciliare di una condizione patologica, che mira alla qualità di vita del singolo e della collettività con cui si trova a stretto contatto. **L'infermiere di famiglia è il professionista sanitario** che garantisce l'assistenza infermieristica a differenti standard di complessità, interagendo e collaborando con i vari professionisti attivi nel territorio e nella comunità in cui opera, con lo scopo di realizzare il welfare di comunità.*

***L'introduzione dell'infermiere di famiglia ha l'obiettivo di consolidare l'organizzazione assistenziale sul territorio** e promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare e garantire un continuum ospedale-territorio. Il suo ruolo non si limita alla gestione del paziente pluripatologico o cronico, ma emerge come figura di riferimento per la gestione ed il miglioramento della qualità di vita di un'intera comunità, soprattutto per favorire il mantenimento di un corretto stato di salute, attraverso l'insegnamento all'adozione di adeguati stili di vita e di comportamenti. Egli, infatti, si occupa di gestione nelle reti multiprofessionali dei processi correlati all'assistenza alle cure primarie, si occupa di prevenzione e di promozione alla salute, nonché di educazione sanitaria.*

***L'infermiere di famiglia è una figura giovane;** si inizia a parlare della necessità dell'inserimento in società di un professionista di riferimento infermieristico a partire dal dicembre 2014, attraverso una proposta di legge volta a modificare il decreto Balduzzi, ma **viene istituito definitivamente in Italia attraverso il D.M. 23 maggio 2022, n. 77** (pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 22 giugno 2022 ¹)*

Nazioni come il Regno Unito e gli Stati Uniti d'America utilizzano già da tempo figure professionali simili all'infermiere di famiglia:

- *il **Public Healty Nurse per l'U.K.:** una figura che presta il suo servizio in grandi comunità e si occupa degli aspetti relazionali e pratici che riguardano il mantenimento e il supporto della salute del paziente;*
- *il **Family Nurse Pratictioner per gli U.S.A.:** che agisce in collaborazione con un medico occupandosi della salute della famiglia, ponendo le basi alla riabilitazione educativa del paziente qualora fosse richiesto e più in generale attività di supporto nell'assistenza sanitaria ².*

***L'infermiere di famiglia prende in carico un certo numero di persone (e quindi nuclei familiari) di un determinato territorio.** Oltre che la gestione degli aspetti assistenziali, lo scopo è quello di aiutare il soggetto stesso e la sua famiglia nell'affrontare situazioni apparentemente difficili o complesse, al fine di evitare di sottoporre il malato ad ulteriori situazioni stressanti che vadano a cagionare il proprio status di salute, garantendo una risoluzione, laddove possibile, volta a ridurre ospedalizzazioni e/o peggioramento della qualità di vita. L'infermiere di famiglia e di comunità non è una figura diffusa né conosciuta dalla comunità sebbene in alcune regioni italiane sia riuscito ad inserirsi come figura di riferimento per la salute delle famiglie.*

Il nostro Paese è tra i più vecchi al mondo e necessita di un rinnovamento dell'organizzazione dei servizi offerti agli anziani, al fine di gestire e tutelare al meglio quella che rappresenta un'eccellente conquista per un popolo: la longevità.³ Il progressivo invecchiamento della popolazione, responsabile dell'aumento del numero di individui affetti da malattie croniche, determina una serie di problematiche che richiedono un profondo cambiamento dell'approccio al paziente. Per ridurre l'impatto della cronicità sulla qualità della vita dei cittadini e sulla spesa sanitaria, l'assistenza deve essere concepita e strutturata in una logica proattiva, promuovendo la prevenzione e supportando il paziente nel percorso di cura, per evitare che sopraggiungano complicanze, instabilità clinica e disabilità.

La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità garantisce un'assistenza infermieristica incentrata sui problemi di salute e sui bisogni della persona assistita e/o della famiglia in relazione all'età, al grado di autonomia e alla necessità di mantenere e sviluppare legami affettivi.

È il professionista della salute che riconosce e cerca di mobilitare risorse all'interno delle comunità, per la promozione della salute e del benessere nella collettività. Egli lavora con l'obiettivo di aumentare la percezione, il controllo e la propria salute nel cittadino ed è il cardine di riferimento per la popolazione in una comunità. L'infermiere di famiglia e di comunità si occupa della sfera dell'assistenza primaria diretta al paziente, con necessità pratiche, e indiretta a pazienti sani, con interventi di promozione e prevenzione della salute oltre all'educazione sanitaria.

Nello specifico:

- **collabora con l'individuo nell'identificazione dei bisogni di salute nell'ottica di una educazione terapeutica al singolo, al caregiver, alla famiglia e alla collettività in termini di promozione della salute, prevenzione delle malattie e gestione di condizioni specifiche;**
- **partecipa attivamente all'organizzazione di programmi volti al mantenimento delle condizioni di buona salute attraverso campagne di promozione della salute e prevenzione primaria, secondaria e terziaria;**
- **favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi per una corretta presa in carico della persona assistita;**
- **promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della collettività attraverso campagne di educazione sanitaria;**
- **agisce in ambiente territoriale, generando un collegamento tra strutture ospedaliere e domicilio, esercita la sua professione in ambienti domiciliari, residenziali e istituzionali, oltre che essere a disposizione ambulatorialmente.**

L'infermiere di famiglia è inserito all'interno dei servizi e delle strutture del distretto sanitario e, all'interno di questo, sicuramente nella Case della Comunità sia Hub che Spoke, operando altresì anche nei luoghi di vita e socialità locale ove si possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura ed assistenza⁴, è il responsabile dell'assistenza infermieristica familiare e comunitaria ed assicura l'assistenza diretta grazie alla sua disponibilità continuativa e azione proattiva in ambito di una rete multidisciplinare.

Pone il singolo in una visione olistica e gli garantisce continuità assistenziale all'interno della sua comunità, favorendo in tal senso il concetto di continuità assistenziale, valutato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno degli indicatori del buon funzionamento di un Servizio Sanitario. Il suo è un lavoro realizzato a stretto contatto con l'utente, assistito presso la sua abitazione, e le persone che compongono la sua famiglia. L'interfaccia paziente/infermiere di famiglia assume un nuovo aspetto, in cui la valenza dell'infermiere non sarà più secondaria a quella del medico, ma complementare ad essa.

L'infermiere di famiglia svolge la propria professione sia in ambito familiare attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, le sue persone di riferimento e la sua famiglia; sia in ambito comunitario attraverso azioni rivolte alla comunità, modificando le relazioni che hanno creato il problema generando la soluzione attraverso il welfare di comunità.

Ad oggi non esiste un profilo di competenze standardizzato e riconosciuto per gli infermieri di famiglia e di comunità. Il curriculum dell'infermiere di famiglia e di comunità dovrà rimarcare le competenze dell'infermiere e sarà la base della definizione di un profilo standardizzato orientato ai risultati dell'apprendimento, siano essi formali od informali, innovativo, flessibile e modulare, orientato, sostenuto ed aggiornato dalle linee guida e normative vigenti. Per poter esercitare la professione infermieristica – infermiere di famiglia è sufficiente, a seguito della laurea triennale, collaborare con le aziende sanitarie in regime di libero professionista o essere assunti direttamente dall'azienda. Non è ancora formalizzato per legge il percorso formativo, sebbene esistano dei corsi di formazione intraziendali e dei Master universitari.



European curriculum for family and Community nurse

[Curriculum europeo per infermiere di famiglia e di comunità]

Il progetto ENHANCE mira a colmare la distanza esistente tra le attuali competenze degli infermieri e le competenze effettivamente richieste sia dalle istituzioni pubbliche, sia da chi offre servizi privati per l'applicazione di modelli sanitari innovativi centrati sull'assistenza di base.

L'U.E. ha finanziato 1 mln di euro nel 2021 a favore del progetto European Curriculum for Family and Community nurse – Enhance con l'obiettivo di definire il percorso formativo utile all'implementazione delle competenze per l'infermiere di famiglia e di comunità. Tale progetto è parte integrante della strategia europea che considera l'infermiere come leader dell'assistenza del ventunesimo secolo.

La necessità di gestione del paziente a domicilio è un fenomeno in graduale incremento a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita dell'uomo e delle conseguenti numerose comorbidità oltre all'incremento delle condizioni e patologie croniche.

Per questo motivo l'infermieristica di comunità è destinata a diventare predominante nell'ambito della sanità. Il progressivo trend di invecchiamento ed i nuovi bisogni di assistenza pongono le istituzioni di fronte alla necessità di rinnovare ed introdurre nuove strategie di welfare.

Tra queste spicca ai primi posti la gestione domiciliare di persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione alla qualità di vita e ai costi legati alla quotidianità.

L'Unione Europea evidenzia l'importanza della famiglia e della comunità nel processo di invecchiamento e sottolinea la necessità di intervento su assistenza sanitaria primaria, prevenzione della fragilità, screening e diagnosi precoce.

Il progetto fa parte di una strategia volta a ridurre i ricoveri impropri, considerando il ruolo dell'infermiere di famiglia centrale, indispensabile per il supporto al paziente e alla sua famiglia sia sotto il profilo professionale che assistenziale, riducendo così il numero dei ricoveri. ⁵

Conclusioni

La società italiana sofferente da imponenti cambiamenti negli ultimi decenni, ove in ambito sociosanitario risalta l'invecchiamento della popolazione, il quale determina nuovi bisogni assistenziali.

Risalta come necessario e urgente per gli infermieri uno sviluppo professionale che si avvalga dell'interazione di formazione, ricerca e leadership: viene inserita, quindi, in questo contesto, la figura dell'infermiere di famiglia e comunità, presente da molti anni, ma ancora non si dà la giusta importanza e responsabilità.

A lui verrà quindi richiesto di essere competente come: erogatore di assistenza, decisore, comunicatore, leader di comunità, manager. Tutte competenze che si andranno ad acquisire attraverso il processo di sviluppo delle competenze di base, cioè quelle che consentiranno all'infermiere di famiglia di essere efficiente ed efficace nell'identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità.

Attualmente gli infermieri sono il più numeroso gruppo di professionisti sanitari dell'Italia (oltre 350.000) ⁶ e del mondo (oltre 23 milioni) ⁷, ciononostante è sempre più evidente la grande carenza di personale infermieristico, la necessità di intervento nelle strategie di welfare e di un percorso concordato e continuativo che accompagni la popolazione ad un miglioramento o mantenimento della qualità di vita, soprattutto rispetto al soggetto che necessita di supporto assistenziale, affinché venga garantito un sistema sanitario collegato tra ospedale e territorio ed una assistenza standardizzata e personalizzata alle necessità soggettive, in grado di rispondere al meglio ai bisogni emergenti di salute, seguendo le normative e le innovazioni vigenti.

Il rinnovo dell'ideologia comune, l'inserzione di nuovi input e nuovi stimoli a favore dello sviluppo di una professione risultano oggi fondamentali.

L'infermiere va supportato e stimolato all'implementazione della formazione e ricerca personali e professionali con lo scopo di migliorare il profilo di assistenza di cure del paziente. Questi elementi permettono di individuare nuove necessità, prima tra tutti lo sviluppo e la responsabilizzazione da parte del sistema di un professionista formato e pronto ad affrontare il sistema un sistema in evoluzione.

Lo sviluppo di un progetto europeo volto alla definizione di un curriculum formativo standardizzato ha lo scopo di far conoscere e diffondere la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità affinché diventi un punto di riferimento per la costruzione di una società sana e valevole per gestione, miglioramento e mantenimento della qualità di vita.

Medici di famiglia: chi pensa male sbaglia, ma spesso ci indovina

Ornella Mancin, Medico di Medicina Generale

13 NOV -

Gentile direttore,

quando Giorgetti, attuale ministro dell'economia, nel 2019 al Meeting di Rimini diceva "nei prossimi 5 anni mancheranno 45 mila medici di base, ma chi va più dal medico di base" evidentemente anticipava uno scenario prevedibile che la politica pensava di risolvere semplicemente portando ad esaurimento una figura professionale ritenuta non più necessaria.

Il clamore allora suscitato dalle sue parole rendeva ragione del fatto che il medico di famiglia rimane ancora la porta di ingresso principale al nostro SSN ma la mancanza di MMG è ormai un fenomeno che si sta espandendo in tutta Italia e sempre più persone sono rimaste prive di questa figura professionale.

Alla gobba pensionistica, fenomeno noto a cui la politica non ha pensato di dare risposta, si sta aggiungendo quello dell'abbandono da parte dei giovani colleghi che dopo avere preso l'incarico, spesso già con un numero considerevole di assistiti e uno stipendio dignitoso, abbandonano questa professione non trovandola rispondente ai loro desiderata.

Questo è descritto molto bene nella lettera che la collega Anna Maria Campisi ha inviato a QS (9 novembre). Dice la collega "non sono stata l'unica a fare una scelta del genere...tanti colleghi MMG come me hanno detto basta ad un sistema che ci ha relegato a bancomat di ricette per la popolazione" e dopo due anni di attività ha gettato la spugna per non voler più fare un "un lavoro che è meramente burocratico e dove la clinica imparata durante il corso di laurea in Medicina rimane un vecchio ricordo".

La collega ha decisamente ragione: questo lavoro si è progressivamente svilito e anche chi come me ha all'incirca 30 anni di attività, può ricordare che all'inizio non era così. Non serve arrivare ai tempi del medico della mutua per coglierne le differenze.

L'informatizzazione, con tutti i benefici innegabili che ha portato, ha dato una spinta notevole a una burocratizzazione che toglie il fiato, che ci opprime senza sosta.

Oggi è più importante scrivere sul computer, caricare dati sul gestionale, trasferire dati sulle piattaforme regionali e nazionali che visitare il paziente, anzi spesso non puoi prescrivere se tutto non è "informaticamente" apposto.

Mi viene in mente una frase del vangelo quando Gesù ci ricorda che "Il sabato è stato fatto per l'uomo e non l'uomo per il sabato" (Mc 2,27). La tecnologia e l'informatizzazione sono diventate il fine del nostro lavoro e non viceversa. A questo si aggiunge che per qualunque prestazione il paziente necessita di una "ricetta" che nella stragrande maggioranza dei casi deve ancora essere fornita dal medico curante, mancando quasi sempre la presa in carico (pur stabilita per legge) dello specialista.

Da troppo tempo ormai il lavoro del medico di base è divenuto un lavoro impiegatizio dove l'essenza dell'essere medico si è ridotta a un lumicino; sempre meno tempo del nostro lavoro è dedicato all'ascolto e alla visita del paziente, alla diagnosi e alla cura.

Non sembra che la politica sia però interessata a ridare dignità a questa professione, forse convinta come Giorgetti che il medico di famiglia non sia più necessario. In fondo se serviamo solo per fornire ricette, inserire dati sul computer, inviare flussi siamo diventati poco più che di un "passaggio burocratico" facilmente rimpiazzabile da altre figure professionali o da un robot.

A che serve andare dal medico di base, come dice Giorgetti, basta inserire dei dati nel computer e qualcuno ti darà il lasciapassare verso farmaci o altri servizi, magari verso specialisti di centri accreditati o convenzionati con polizze sanitarie.

Se lo scopo è contribuire a smantellare il SSN rendendo inutile il medico di famiglia che ne rappresenta attualmente la porta di ingresso, la strada è ampiamente spianata e forse fermare la fuga dei medici dalla medicina generale non è fra gli obiettivi della politica.

Chi pensa male sbaglia, ma spesso ci indovina!

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=118219



QUALI SVILUPPI PER I SERVIZI DISTRETTUALI NELLA REGIONE LAZIO?

Proposte delle Istituzioni,
dei Cittadini e degli Operatori

Roma, 5 dicembre 2023

Sala Micheli - Consiglio Regionale del Lazio - Via della Pisana, 1301

Violenza contro il personale sanitario. Inail: nel 2022 accertati oltre 1.600 casi, in aumento sia rispetto al 2021 sia rispetto al 2020

Disponibile online dal 23/11/2023

Nel nuovo numero del periodico Dati Inail, curato dalla Consulenza statistico attuariale dell'Istituto, un focus sulle aggressioni subite da chi lavora in corsia, tornate ad aumentare dopo il biennio 2020-2021. In più di sette casi su 10 le vittime sono donne

23 NOV - I casi di aggressione e violenza ai danni del personale sanitario accertati dall'Inail nel 2022 sono più di 1.600, in aumento sia rispetto al 2021 sia rispetto al 2020, quando l'accesso alle strutture ospedaliere e assistenziali è stato fortemente limitato a causa dell'emergenza Covid-19. A segnalarlo è il nuovo numero del periodico Dati Inail, curato dalla Consulenza statistico attuariale dell'Istituto, che dedica un focus al fenomeno, precisando che si tratta di un dato parziale perché non comprende i medici e gli infermieri liberi professionisti che non sono assicurati dall'Inail, inclusi i medici di famiglia e le guardie mediche. Anche se in ripresa rispetto al biennio precedente, il dato del 2022 resta al di sotto di quanto rilevato nel periodo ante pandemia: nel 2018 e 2019, infatti, i casi di violenza nella sanità sono stati oltre duemila all'anno.

Nella maggioranza dei casi gli aggressori sono i pazienti e i loro parenti. Escludendo gli infortuni da Covid-19, che hanno colpito gli operatori sanitari più di qualsiasi altra categoria di lavoratori, circa il 10% degli infortuni occorsi a chi lavora in corsia e riconosciuti positivamente dall'Istituto è riconducibile a un'aggressione, mentre nell'intera gestione assicurativa Industria e servizi la stessa quota si ferma al 3%. In massima parte si tratta di violenze perpetrate da persone esterne all'impresa sanitaria, come i pazienti e i loro parenti, mentre sono molto più contenuti i casi che riguardano liti tra colleghi, pari a circa il 7%, e aggressioni da parte di animali, subite principalmente dai veterinari, che sono circa il 6%.

Un terzo degli aggrediti sono infermieri e fisioterapisti. Nel quinquennio 2018-2022 il 37% dei casi è concentrato nell'Assistenza sanitaria (ospedali, case di cura, studi medici), il 33% nei Servizi di assistenza sociale residenziale (case di riposo, strutture di assistenza infermieristica, centri di accoglienza) e il 30% nell'Assistenza sociale non residenziale. A essere aggredite sono soprattutto le donne, pari a oltre il 70% degli infortunati, in linea con la composizione per genere degli occupati nel settore rilevata dall'Istat. Tra le professioni più colpite, i tecnici della salute (infermieri, fisioterapisti, ecc.) con un terzo degli aggrediti, seguiti dagli operatori socio-sanitari con circa il 30% e da quelli socio-assistenziali con oltre il 16%, mentre i medici incidono per quasi il 3%.

Al Nord quasi il 60% degli episodi, Lombardia ed Emilia Romagna le regioni più colpite. Negli ultimi cinque anni, il 29% delle aggressioni riconosciute dall'Istituto è avvenuto nel Nord-ovest, seguito dal Nord-est con il 28%. Nel Mezzogiorno si concentra un quarto dei casi (13% al Sud e 12% nelle Isole) e il restante 18% nel Centro. Lombardia ed Emilia Romagna sono le regioni più colpite, con oltre 250 casi all'anno ciascuna, mentre Veneto, Sicilia, Piemonte, Toscana, Lazio e Liguria registrano più di 100 casi l'anno. Si tratta prevalentemente

di contusioni e distorsioni, in particolare alla testa e agli arti superiori, arrivando a ferite o fratture nel 16% dei casi.

Tempi di attesa, lavoro in solitaria e contesto socio-economico tra i fattori di rischio. Il rischio di violenze e aggressioni nei confronti degli operatori sanitari rappresenta un tema complesso, che richiede un approccio diversificato avendo differenti cause e impatti di natura organizzativa, sociale ed economica, che vanno al di là della semplice gestione aziendale. È quindi indispensabile che il datore di lavoro svolga un'attenta analisi del rischio e attui le necessarie misure di prevenzione. A livello delle singole organizzazioni, tra i fattori che influiscono sulla probabilità di accadimento di questi episodi vanno inclusi sia quelli interni sia quelli esterni all'ambito lavorativo, come l'organizzazione ed erogazione dei servizi, i tempi di attesa, il contesto sociale ed economico, la tipologia di utenza, l'ubicazione e le dimensioni della struttura e il lavoro in solitaria.

Con la legge 113 del 2020 istituito un osservatorio nazionale e inasprite le pene per i responsabili. Tra le iniziative promosse per contrastare il fenomeno, Dati Inail ricorda la Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute del 2007, che richiamava l'attenzione sugli atti di violenza a danno degli operatori sanitari ospedalieri e territoriali, fornendo indicazioni su come prevenirli, con priorità per le attività considerate a più alto rischio, come le aree di emergenza, i servizi psichiatrici, quelli per le tossicodipendenze, di continuità assistenziale e di geriatria. In seguito la legge n. 113 del 14 agosto 2020 ha introdotto una serie di misure, tra cui l'istituzione di un osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, l'inasprimento delle pene per i responsabili di aggressioni, iniziative di informazione e specifici protocolli operativi con le forze di polizia per garantire interventi tempestivi.



Riunita a Roma la Consulta dei formatori corsi di laurea in infermieristica, infermieristica pediatrica e magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche

Pubblicato online: 13 novembre 2023

Si è tenuta venerdì 10 novembre a Roma, al Centro Congressi Cavour, la Consulta dei formatori corsi di laurea in infermieristica, infermieristica pediatrica e corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

Un momento importante, interno alla Federazione, per condividere lo stato dell'arte sulle tematiche fondamentali collegate agli scenari attuali e a quelli futuri della formazione infermieristica accademica, e alla governance, docenti e tutorato, della formazione. Focus della giornata è stato la condivisione dei lavori in atto in merito alla definizione dei percorsi di Laurea Magistrale a indirizzo clinico.

«La Consulta sta portando avanti un lavoro importante» ha dichiarato nei saluti iniziali la Presidente Mangiacavalli «in cui crediamo molto, in cui la Federazione ha investito risorse: in qualità di ente sussidiario dello Stato abbiamo la necessità di portare avanti istanze istituzionali che siano coerenti con i tempi che viviamo per garantire alla nostra professione un'attrattività lungo tutto il suo percorso a partire proprio dalla formazione. Il 2024 sarà infatti un anno cardine per l'evoluzione della formazione triennale e magistrale».

Oltre 110 partecipanti, in presenza e online, tra cui professori, ricercatori, direttori/coordinatori dei corsi di laurea in infermieristica dei corsi di laurea in infermieristica pediatrica e dei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche hanno seguito i lavori della giornata.

L'apertura dei lavori è stata affidata a Beatrice Mazzoleni, Segretaria Nazionale, che ha fatto un punto sulla situazione attuale dei trend dei fabbisogni e dell'offerta formativa delle lauree triennali e magistrali e degli scenari attuali e futuri della formazione infermieristica universitaria, anche alla luce del contesto attuale.

Il tavolo di lavoro, coordinato dal Consigliere Nazionale Giancarlo Cicolini e dal componente della Commissione d'Albo Infermieri Daniel Pedrotti, ha fatto prima il punto sul progetto di revisione del piano di studio del corso di laurea in infermieristica, a cura della FNOPI e della Commissione Nazionale dei corsi di laurea in infermieristica, con l'intervento del professor Valerio Dimonte e poi un approfondimento condotto dalla professoressa Annamaria Bagnasco sulla proposta di Laurea magistrale in cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità.

Le colleghe Laura Barbotto, Presidente della Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici, e la componente Immacolata Dall'Oglio hanno poi illustrato la proposta sul Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche nelle cure pediatriche e neonatali.

Altri ambiti di sviluppo e lavoro sono quelli presentati dal professore Loreto Lancia sul Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche nelle cure intensive e nell'emergenza e dalla professoressa Laura Rasero, per il corso in scienze infermieristiche nelle cure cliniche specialistiche di area medica.

Il potenziamento dei percorsi di studio con un'alta specificità clinica e maggiori competenze decisionali e operative sono elementi ricorrenti e trasversali in tutte le proposte presentate dai diversi gruppi di lavoro e discusse oggi: leadership, capacità manageriali e gestionali sono qualità fondamentali per affrontare la sanità contemporanea e le aspettative dei cittadini, ancor di più in un momento di contrazione del personale sanitario.

Nel pomeriggio si è invece affrontato il tema della governance, docenti e tutorato, della formazione professionalizzante e disciplinare. Il tavolo di lavoro è stato introdotto e coordinato dalla componente della Commissione d'Albo Infermieri Teresa Rea e dal Consigliere nazionale Massimiliano Sciretti. Il Dott. Daniel Pedrotti in apertura ha condiviso una interessante survey con punti di debolezza e punti di forza dei corsi di laurea, alert e opportunità da tenere bene in considerazione: dalle problematiche strutturali all'organizzazione dei tirocini sino ai riscontri delle competenze apprezzate in fase di prove finali.

Il primo intervento è stato poi affidato alla professoressa Luisa Saiani, in continuità, sul consolidamento della governance infermieristica dei corsi di laurea e delle attività professionalizzanti, con una nota finale da segnalare sul sovraffollamento delle sedi di tirocinio e un problema generale di riduzione delle opportunità formative per gli studenti.

In chiusura la prorettrice Rosaria Alvaro ha illustrato la situazione in Italia dello sviluppo accademico della disciplina e dei docenti universitari.



FNOPI in audizione su legge Bilancio, cambiare norma su pensioni: a rischio l'assistenza ai cittadini

Publicato online: 10 novembre 2023

“Appreziamo gli sforzi del Governo, questa legge di Bilancio, contiene apertura su alcune nostre richieste, ma se non verrà cambiata la norma sulle pensioni non saremo in grado non solo di attuare il Pnrr, ma nemmeno di assicurare l'assistenza sanitaria primaria per i nostri cittadini”.

Barbara Mangiacavalli, presidente della FNOPI, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, è intervenuta al Senato nel corso dell'audizione delle Commissioni congiunte Bilancio di Senato e Camera sulla legge di Bilancio 2024.

“Abbiamo stimato che la norma sulle pensioni porterebbe a un taglio di circa 300 euro al mese – ha spiegato Mangiacavalli-. Sarebbe un gravissimo errore visto che un lavoratore dopo quarant'anni di attività già percepisce una pensione di 1.400 euro. Così di rischiare 1.100”.

“In questi giorni sentiamo parlare di ripristino delle pensioni dei medici – ha aggiunto la presidente FNOPI – ma ci sono anche le altre professioni, gli infermieri dipendenti pubblici sono circa 280 mila all'interno del Servizio sanitario nazionale”.

“Infine – ha concluso Mangiacavalli – abbiamo bisogno che le risorse inserite nella legge di Bilancio vengano finalizzate in maniera più dettagliata e puntuale, c'è bisogno di sistemare alcune tecniche”.

Per quanto riguarda gli altri aspetti, la presidente FNOPI ha sottolineato la necessità che le quote aggiuntive utilizzate per il recupero delle liste d'attesa siano allargate a tutto il recupero dell'attività sanitaria e a un criterio temporale con scadenza 2026 per poter mettere il Servizio sanitario nazionale, con tutte le difficoltà attuali, anche nelle condizioni di programmare meglio alcune attività che ricadono poi sui professionisti sanitari.

“Speravamo poi che questa legge di bilancio potesse contenere anche altre questioni che ci riguardano – ha proseguito Mangiacavalli -. L'incremento dell'indennità di specificità infermieristica legato all'abbattimento delle liste d'attesa è un intervento che non agisce sul sistema, ma sullo stato attuale, mentre ci sono una serie di provvedimenti che noi avremmo auspicato. Ad esempio – spegea – i nostri dirigenti delle professioni sanitarie, che non sono più di 500 in tutta Italia, non beneficiano, unica figura dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, dell'indennità di esclusività come tutti gli altri dirigenti sanitari”.

Un'indennità che non essendo prevista dai contratti deve esserlo per legge e la legge di bilancio è il suo alveo naturale dove poter formulare questa richiesta.

“Abbiamo bisogno anche – ha aggiunto ancora – di un intervento economico importante sui corsi di laurea in infermieristica, oggi ancora regolati dall'articolo 6 comma 'c' del decreto legislativo 502 del 92 che sostanzialmente dice che la formazione di tutte le professioni sanitarie è diventata universitaria, ma finanziata prevalentemente dalle Regioni nei bilanci regionali perché è governata da protocolli di intesa tra università e Regione

Questo significa che il 95% dei docenti dei corsi di laurea infermieristica sono dipendenti del Servizio sanitario nazionale. Abbiamo 60 professori di infermieristica in tutta Italia con un rapporto di un professore ogni 1.350 studenti, meno di qualunque altra professione sanitaria e quindi anche qui abbiamo formulato alcune proposte finalizzate anche a una valorizzazione e a una messa in sicurezza dei corsi di laurea infermieristica”. Mangiacavalli ha anche ricordato brevemente il problema che quest'anno accademico si è registrato un crollo del 10% delle richieste di ammissione ai corsi di laurea infermieristica che si tradurrà in una percentuale ancora più grave quando si arriverà all'immatricolazione, perché gli attuali meccanismi di selezione di test di immatricolazione, ma anche di gestione dei corsi di laurea, è uno degli elementi che deve essere migliorato anche con un supporto economico per i nostri professori, per i nostri tutor, per i nostri ricercatori, per le aziende sanitarie.

“Le Regioni – ha spiegato – non hanno la possibilità di garantire requisiti organizzativi di un corso di laurea. Il corso di laurea non può partire e, considerando la carenza infermieristica che è stimata dalla Ragioneria Generale dello Stato in 65.000 unità, diventa più grave nei prossimi anni perché abbiamo la nostra gobba pensionistica tra otto dieci anni dove usciranno 100.000 infermieri del sistema”.

“Mediamente – ha detto ancora – entrano 11.000 infermieri l'anno laureati nel sistema, ma ne escono 14.000 per pensionamento, quindi già abbiamo un delta negativo ogni anno e in più abbiamo la gobba pensionistica, la fuga stimata in qualche migliaio se non verrà aggiustato l'emendamento sull'articolo sulle pensioni”.

“Con questi numeri – ha concluso la presidente FNOPI – noi non siamo in grado non solo di affrontare il PNRR, ma neanche di affrontare l'assistenza sanitaria in Italia per i nostri cittadini”.

Baldini (Enpapi): "Su Lea e prestazioni infermieristiche arriva interrogazione a Ministro Schillaci"

Qui si chiede al ministro "se intende prevedere l'inserimento delle prestazioni infermieristiche nei Lea, e includere anche un esponente del mondo infermieristico nella composizione della Commissione nazionale che i Lea li dovrà aggiornare". Sarebbe "un segnale importante di come sia urgente e necessario avviare un percorso di riconoscimento del ruolo degli infermieri nella loro attività di tutela della salute e di assistenza ai cittadini".

21 NOV -

"L'interrogazione a risposta scritta presentata dal deputato Francesco Maria Rubano al Ministro della Salute Orazio Schillaci, per sapere se intende prevedere l'inserimento delle prestazioni infermieristiche nei Lea, i Livelli Essenziali di Assistenza, e includere anche un esponente del mondo infermieristico nella composizione della Commissione nazionale che i Lea li dovrà aggiornare, è un segnale importante di come sia urgente e necessario avviare un percorso di riconoscimento del ruolo degli infermieri nella loro attività di tutela della salute e di assistenza ai cittadini".

Così **Luigi Baldini**, Presidente di Enpapi, l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica, al quale sono obbligatoriamente iscritti gli infermieri liberi professionisti.

"Il Ministero della Salute sta costituendo la nuova Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea - precisa Baldini - ed è auspicabile che non sia solo il personale medico e laico a farne parte. La Commissione, che resterà in carica tre anni, acquisirà e valuterà le proposte di inserimento nei LEA di attività e prestazioni, stimando l'impatto economico di queste modifiche. Un lavoro delicato, che dovrà garantire un supporto concreto al miglioramento del nostro Servizio Sanitario Nazionale".

Il Presidente di Enpapi ricorda che "il disegno di Legge di Bilancio 2024-2026 vincola 50 milioni di euro per il 2024 e 200 milioni di euro dal 2025 per l'aggiornamento dei Lea" e, come evidenziato nell'interrogazione al Ministro Schillaci, "le modificazioni della composizione dei cittadini, soprattutto per l'età media degli assistiti, sta comportando un'evoluzione organizzativa del Ssn che assegna un ruolo di maggiore rilevanza alle prestazioni infermieristiche, in relazione alle più ampie esigenze di assistenza domiciliare delle famiglie". "L'introduzione dei servizi garantiti dagli infermieri liberi professionisti in convenzione con il Ssn si affiancherebbero, così, ai tradizionali canali di assistenza domiciliare integrata, i quali - osserva Baldini - non sempre supportano le richieste della totalità dei malati aumentando, in molte occasioni, il sommerso delle prestazioni in nero, che uno studio del Censis ha quantificato in circa 800 milioni di euro all'anno" conclude.

Transizioni assistenziali efficaci: Ridurre le riammissioni per migliorare la cura e gli esiti dei pazienti

T. Kinard, J. Brennan-Cook, S. Johnson, A. Long, J. Yeatts, D. Halpern

DOI:10.1097/NCM.0000000000000687

Pubblicato il 23 novembre 2023

Scopo/obiettivi:

Le transizioni di cura da un ambiente all'altro sono momenti vulnerabili in cui i pazienti sono suscettibili di complicazioni. I sistemi sanitari, le organizzazioni assicurative riconoscono che gli interventi di transizione assistenziale sono necessari per ridurre i costi e gli utilizzi non necessari e migliorare gli esiti dei pazienti dopo un ricovero. Esistono diversi modelli di transizione assistenziale, con diversi gradi di intensità e successo. Questo articolo descrive un progetto di miglioramento della qualità per un modello di transizione assistenziale che incorpora elementi chiave degli standard di transizione assistenziale dell'American Case Management Association e dei servizi di gestione delle cure di transizione delineati dai Centers for Medicare & Medicaid Services.

Impostazione della pratica primaria:

Un modello di transizione assistenziale sviluppato in collaborazione tra un ufficio di gestione della salute della popolazione di un sistema sanitario e un'organizzazione di cure primarie.

Risultati/conclusioni:

Un modello efficace di transizione delle cure è più forte se si avvale della collaborazione tra i membri principali del team di cura del paziente, tra cui un infermiere care manager e un fornitore di cure primarie. Il miglioramento continuo della qualità è necessario per ottenere efficienza ed efficacia di tale modello.

Implicazioni per la pratica del case management:

I care manager sono parte integrante del coordinamento di transizioni efficaci. La pratica del care management include standard di transizione delle cure che sono associati a un miglioramento degli esiti per i pazienti ad alto rischio di riammissione. Gli interventi che comprendono la riconciliazione dei farmaci, l'identificazione e la presa in carico dei bisogni sociali legati alla salute, la revisione delle istruzioni di dimissione e il follow-up coordinato sono fattori importanti che hanno un impatto sugli esiti dei pazienti. I pazienti e le équipes del sistema sanitario beneficiano del ruolo del care manager quando esiste un approccio collaborativo, coordinato e tempestivo al follow-up ospedaliero.

https://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/abstract/9900/effective_care_transitions__reducing_readmissions.6.aspx

UPB su misure pensioni: “Nessun rischio di ‘corse’ al pensionamento, ma possibile ricorso alla Corte Costituzionale”

La norma, infatti, è scritta in maniera tale da coinvolgere tutte le pensioni con decorrenza da gennaio 2024. Anche chi facesse domanda immediatamente, difficilmente potrebbe vedere decorrere la pensione entro la fine del 2023. Nel 2025, il primo anno in cui ci saranno pensionati coinvolti dal nuovo calcolo su una intera annualità di pensione, la riduzione media lorda è stimabile in 2.767 euro per i 7.300 iscritti alla Cassa per i sanitari.

20 NOV - *Quale sarà l'impatto delle norme sulla revisione delle pensioni che investirà diverse Casse, compresa quella per il personale sanitario? La stima complessiva, a fine 2043, è di 32,9 miliardi di risparmi lordi cumulati. Quanto al rischio di una possibile 'corsa' al pensionamento per evitare la misura, l'ipotesi sembra infondata visto che mancherebbero i tempi tecnici. Si prospetta, piuttosto, un possibile ricorso alla Corte Costituzionale.*

A riportare il tutto è relazione dell' Ufficio parlamentare di bilancio sulla manovra, depositata nei giorni scorsi al Senato. Qui si spiega innanzitutto che la modifica, a valere solo sulle nuove decorrenze, dei criteri di calcolo delle pensioni degli iscritti alle Cassa per i dipendenti degli Enti locali (Cpdel), alla Cassa per i sanitari (Cps), alla Cassa degli insegnanti di asilo e di scuole elementari parificate (Cpi) e alla Cassa del personale presso gli Uffici giudiziari (Cpug), "comporterà complessivamente, a fine 2043 (ultimo anno riportato nella Relazione tecnica), risparmi lordi cumulati per 32,9 miliardi (21,4 al netto della fiscalità)".

Tuttavia, in media d'anno, nel medio termine (nel periodo 2024-28), "la misura vale circa 170 milioni al lordo della fiscalità e poco più di 110 milioni al netto. A oggi, si apprestano al pensionamento gli ultimi lavoratori 'retributivi', mentre per vedere il passaggio in quiescenza di tutti i 'misti' bisognerà attendere il 2038-2040, gli anni della 'gobba' pensionistica. Lo snodo affrontato dal DDLB riguarda proprio costoro, gli ultimi 'retributivi' e soprattutto i 'misti' appartenenti alle quattro Casse citate. Le aliquote di rendimento molto alte dei primi anni di carriera (soprattutto del primo) sono sopravvissute a oltre trenta anni di riforme e modifiche previdenziali e hanno un impatto non trascurabile sull'importo della pensione da liquidare".

La modifica prospettata dalla manovra "ridimensiona questa discrepanza di trattamento, senza eliminarla del tutto". A parità di percentuale di retribuzione pensionabile acquisibile in 15 anni di anzianità, cioè il 37,5 per cento, questa "quota non sarebbe più in gran parte precostituita il primo anno di lavoro (come nella normativa attuale), ma sarebbe raggiunta gradualmente tramite scalini regolari e identici di 2,5 punti percentuali per ogni anno di anzianità, pari al rapporto tra 37,5 e 15".

Nella relazione si spiega come, "chi ha maturato almeno 15 anni di anzianità all'interno delle regole retributive non viene, di fatto, toccato dalla misura. La soglia dei 15 anni si può giustificare con il fatto che, da questa durata in poi, l'aliquota di rendimento media scende al di sotto del 2,3 per cento e poi continua a diminuire convergendo lentamente al parametro valido per la generalità dei lavoratori dipendenti. Ma al di là di questa valutazione, l'aspetto più saliente è che chi ha più di 15 anni di anzianità all'interno delle regole retributive, se non è già passato in quiescenza, è tra i lavoratori più vicini al pensionamento (qualche mese o al più un anno, in rari casi due) e appare implicita la decisione di tutelarli da cambiamenti verso i quali avrebbe ridotte possibilità di riadattamento".

Espresso in termini di anni di anzianità "perduti", la modifica introdotta con la manovra raggiunge il massimo (poco meno di 3 anni) per i lavoratori che hanno maturato tra 5 e 7 anni di anzianità all'interno delle regole retributive. "Nella media di tutte le anzianità contributive, i lavoratori coinvolti perderebbero circa 1,7 anni di anzianità equivalente. Invece, espressi in percentuale dell'anzianità pre 1996, gli anni di anzianità "perduti" mostrano un andamento decrescente dal 90 per cento dei soggetti con un solo anno maturato allo 0 per cento di quelli che ne hanno maturati almeno 15. La riduzione del 100 per cento tocca chi non ha ancora completato il primo anno di anzianità".

Nel 2025 l'impatto pro capite annuale stimato dall'Ufficio parlamentare di bilancio varrebbe 815 e 530 euro, rispettivamente, al lordo e al netto della fiscalità; nel 2028 i due valori sarebbero rispettivamente 1.443 e 938 euro. Successivamente gli importi aumentano costantemente nel tempo sino a raggiungere, nel 2043, 4.785 euro al lordo e 3.110 euro al netto della fiscalità. Nel 2043 tanto varrà l'impatto sull'ultimo dei lavoratori "misti", quello con un solo anno di anzianità maturato pre 1996 sul quale la correzione sarà più incisiva. "Nel 2025, il primo anno in cui ci saranno pensionati coinvolti dal nuovo calcolo su una intera annualità di pensione, la riduzione media lorda è stimabile in 2.767 euro per i 7.300 iscritti alla Cps".

Infine, come anticipavamo, si spiega che, a fronte dell'annunciato ricalcolo, "appare remota l'ipotesi di un anticipo massivo delle scelte di pensionamento per evitare la misura. La norma è scritta in maniera tale da coinvolgere tutte le pensioni con decorrenza da gennaio 2024. Anche chi facesse domanda immediatamente, difficilmente potrebbe vedere decorrere la pensione entro la fine del 2023. Sembra remoto il rischio di "corse" al pensionamento che possano mettere in difficoltà il funzionamento degli Uffici delle Amministrazioni pubbliche. Molto più concreto appare, invece, l'eventualità su questa norma venga chiamata a esprimersi la Corte costituzionale".



Ricerca impegnata nella comunità: essenziale per affrontare le disuguaglianze sanitarie

Consuelo H. Wilkins, Stephania T. Miller, Alan N. Richmond, e Olveen Carrasquillo, MD, 23 novembre 2023

N Engl J Med 2023; 389:1928-1931

DOI: 10.1056/NEJMp2307774

Quasi 40 anni dopo che lo storico Rapporto Heckler ha scoperto che le disparità sanitarie sono responsabili di 60.000 morti in eccesso ogni anno tra le popolazioni nere, ispaniche o latine, dei nativi americani, asiatici e delle isole del Pacifico negli Stati Uniti, sono stati compiuti progressi disomogenei nell'affrontare queste disuguaglianze. La loro intrattabilità è stata pienamente dimostrata durante la pandemia di Covid-19, che ha esacerbato le disparità di morbilità e mortalità che colpiscono i gruppi emarginati e minorizzati. La pandemia ha messo in luce il fatto che le disuguaglianze sanitarie derivano da determinanti sociali cronici, pervasivi e sistemici della salute, compreso il razzismo strutturale. La conseguente maggiore attenzione ai fattori fondamentali delle disuguaglianze sanitarie offre l'opportunità di riesaminare le strategie esistenti per ridurre ed eliminare queste disparità.

La ricerca impegnata nella comunità (CEnR) è sempre più riconosciuta come un approccio essenziale per raggiungere tale obiettivo. Il CEnR supera i limiti di altre strategie di ricerca che, anche se ben intenzionate, sono generalmente sviluppate e implementate senza dare priorità ai bisogni delle persone e delle comunità che affrontano disuguaglianze sanitarie. Al contrario, il CEnR richiede il loro impegno e il loro contributo attivo.

I ricercatori intraprendono la ricerca partecipativa basata sulla comunità (CBPR), il tipo di CEnR più conosciuto, da oltre mezzo secolo. Il CBPR prevede il coinvolgimento delle comunità come partner alla pari in tutte le fasi della ricerca, dalla definizione del problema all'utilizzo dei risultati della ricerca per apportare cambiamenti nei programmi, nelle pratiche e nelle politiche. Ma il continuum del CEnR comprende anche altri approcci che sfruttano le conoscenze e le competenze di varie comunità e gruppi. Ad esempio, i membri della comunità che collaborano possono ricoprire ruoli specifici, come mappare le risorse della comunità o, come esperti di divulgazione, aiutare a sviluppare programmi sostenibili, a lungo termine e basati sull'evidenza e influenzare le politiche che affrontano i risultati di uno studio. Altre strategie del CEnR includono il coinvolgimento della comunità in passaggi discreti come la formulazione di domande di ricerca o la progettazione della ricerca in un "studio di coinvolgimento della comunità", ¹ un approccio di coinvolgimento consultivo in cui un gruppo di membri della comunità viene convocato per fornire indicazioni su uno studio specifico.

Per affrontare in modo efficace le disuguaglianze sanitarie, i ricercatori che conducono il CEnR collaborano con individui e gruppi che hanno esperienza e competenza nel lavorare nelle e con le comunità colpite. Studi ben progettati del CEnR hanno incorporato con successo operatori sanitari di comunità, che hanno esperienza personale e conoscenza diretta delle norme comunitarie, nonché partnership con centri sanitari qualificati a livello federale, che sono risorse importanti per migliorare i risultati sanitari nelle comunità emarginate. ² Le istituzioni al servizio delle minoranze (MSI), che storicamente sono state sottofinanziate e con risorse insufficienti, svolgono un ruolo chiave nel CEnR, spesso sfruttando partenariati comunitari di lunga data e la propria affidabilità all'interno delle comunità per coinvolgere in modo significativo tali comunità nella ricerca. Allo stesso modo, i partenariati con le comunità tribali e indigene e con i gruppi di ricerca locali a Porto Rico, Guam, nelle Isole Vergini americane e in altri territori degli Stati Uniti sono spesso necessari per facilitare la ricerca sulle disparità che colpiscono queste comunità.

Per essere autentico, il CEnR deve aderire ai principi fondamentali del lavoro collaborativo in partenariati di ricerca multidirezionali e reciprocamente rispettosi con le comunità di cui intende affrontare le preoccupazioni o i problemi sanitari. L'attenzione alla giustizia è essenziale per affrontare le disuguaglianze sanitarie e deve essere applicata a questi stessi partenariati di ricerca. Il CEnR onora e valorizza la conoscenza e le esperienze delle persone che sopportano il peso

delle disuguaglianze sanitarie, e le persone che fanno il CEnR devono impegnarsi in un impegno di ricerca attiva per perseguire un cambiamento sostenibile che migliori la salute e il benessere della comunità.

Sfortunatamente, molti ricercatori non hanno le conoscenze, la formazione e le competenze necessarie per condurre efficacemente il CEnR. Ad esempio, potrebbero aderire all'errata convinzione che le persone appartenenti a gruppi razziali ed etnici emarginati non siano interessate alla ricerca sanitaria. I ricercatori spesso citano la mancanza di fiducia o le atrocità della ricerca storica, come lo studio sulla sifilide non trattata del servizio sanitario pubblico statunitense a Tuskegee, come giustificazione per non coinvolgere le comunità come partner nella loro ricerca. Altri ricercatori relegano il coinvolgimento della comunità a ruoli di ricerca limitati, come assistere nel reclutamento degli studi, e spesso preparano i partner della comunità al fallimento coinvolgendoli troppo tardi nella progettazione dello studio o fornendo compensi inadeguati. Anche se il CEnR può aiutare a massimizzare il reclutamento e la diversità, coinvolgere le comunità esclusivamente nella fase di reclutamento della ricerca non è un compito del CEnR. Per un vero CEnR, i ricercatori devono essere consapevoli della miriade di modi in cui il coinvolgimento della comunità porta a cambiamenti nella progettazione, implementazione, analisi e diffusione della ricerca.

Ad aggravare le sfide per i ricercatori ci sono gli ostacoli al CEnR a livello istituzionale. Il CEnR richiede un gruppo di ricercatori provenienti da contesti diversi, in particolare collaboratori con esperienze vissute rilevanti che possano apportare una lente di equità all'applicazione di metodi di ricerca rigorosi e contemporaneamente sfruttare i punti di forza esistenti della comunità.³ Eppure molte istituzioni accademiche hanno pochi docenti che soddisfano questa descrizione. Le istituzioni generalmente non riescono a fornire formazione al corpo docente e al personale di ricerca nello sviluppo di partenariati comunitari, compensando equamente i partner della comunità, l'umiltà culturale e altre competenze richieste per il CEnR. L'infrastruttura per sostenere e sostenere l'impegno della comunità è limitata e i processi fiscali e amministrativi nelle istituzioni accademiche sono inutilmente onerosi per le organizzazioni basate sulla comunità.⁴ Tutte queste carenze fratturano ulteriormente la fiducia, sovraccaricano e sottovalutano i partner della comunità e determinano l'estrazione di dati, risorse e conoscenze che non lasciano le comunità senza nulla. Gli effetti a lungo termine sono un'ulteriore emarginazione delle comunità, una maggiore sfiducia nella ricerca, la riluttanza a impegnarsi con altri ricercatori e un'applicazione limitata dei risultati della ricerca.

Nonostante tali sfide, ci sono stati notevoli progressi nel CEnR. Il campo si è evoluto rapidamente e il CEnR è sempre più riconosciuto come una strategia essenziale, con numerosi esempi di successo di nuovi tipi di impegno nella ricerca da parte dei membri della comunità, tra cui come ricercatori principali negli studi e coleader di comitati direttivi ed esecutivi di programmi di ricerca nazionali.⁵ In questi ruoli, i partner della comunità forniscono competenze basate sulle loro esperienze professionali e vissute, spesso prestando il loro punto di vista come persone provenienti da gruppi emarginati, persone con la condizione di salute oggetto di studio o entrambi.

Nuove iniziative di finanziamento aiutano a catalizzare il CEnR, come il programma Community Engagement Alliance presso il National Institutes of Health (NIH), che richiede che almeno il 25% del budget del progetto vada a partner della comunità che si concentrano sull'eliminazione delle disuguaglianze sanitarie. Un altro esempio è il programma ComPASS (Community Partnerships to Advance Science for Society) dell'NIH, in cui una miriade di partner comunitari co-creeranno e guideranno interventi sull'equità sanitaria. Aumentando sostanzialmente il coinvolgimento della comunità richiedendo ai partner della comunità di fungere da candidati principali, ComPASS è pronto a trasformare la ricerca sull'equità nella salute.

Tuttavia, dal punto di vista della ricerca e della pratica, c'è molto lavoro da fare nel CEnR per consentire partenariati equi e stabilire sistemi istituzionali e finanziamenti per promuovere l'equità sanitaria. In primo luogo, i ricercatori, le istituzioni accademiche e i finanziatori dovranno riconoscere pienamente il valore dei partner comunitari e il loro importante contributo alla ricerca, anche valorizzando le risorse comunitarie e dando priorità ai bisogni delle comunità emarginate ed escluse che non hanno beneficiato pienamente o equamente della ricerca.

In secondo luogo, gli istituti di ricerca dovranno migliorare la capacità dei gruppi di ricerca di condurre il CEnR. La formazione e lo sviluppo delle competenze nel CEnR, la progettazione di studi incentrati sull'equità, l'umiltà culturale e gli approcci antirazzisti dovrebbero essere integrati nella formazione alla ricerca, compresi i corsi di formazione continui riguardanti i partecipanti alla ricerca umana.

In terzo luogo, per massimizzare il potenziale del CEnR e consentire approcci trasformativi alla ricerca sull'equità sanitaria, le istituzioni e i finanziatori possono sviluppare un'infrastruttura più solida e sostenibile con risorse e strumenti per consentire ai partner della comunità di impegnarsi prontamente nella ricerca.

Saranno necessarie anche diverse innovazioni politiche. I partner della comunità dovranno essere finanziati in modo equo e l'impegno comunitario basato sulle risorse, che riconosce i punti di forza e le risorse uniche delle comunità, dovrebbe essere sostenuto. Dovranno essere implementati standard per la revisione delle domande del CEnR, inclusa la valutazione del coinvolgimento, della diffusione e dei piani di sostenibilità. Le barriere amministrative al coinvolgimento della comunità dovranno essere rimosse, ad esempio stabilendo linee guida per pagamenti tempestivi e diretti ai partner della comunità e consentendo ai membri della comunità di essere ricompensati durante le fasi di proposta e di sviluppo della domanda. I programmi di ricerca presso i MSI dovranno essere finanziati a livelli che riconoscano lo storico disinvestimento a lungo termine, l'emarginazione e l'esclusione dai finanziamenti di queste istituzioni. Dovranno essere creati incentivi per includere gli approcci del CEnR nella ricerca e per sviluppare parametri di coinvolgimento di

successo. E infine, le istituzioni accademiche dovranno iniziare a valorizzare e premiare il CEnR, anche tenendolo in considerazione nelle decisioni di promozione e di permanenza in carica.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2307774?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19k7IjvRxDRzXr2CX1u%2FSdP0tAEbdHdku%2FO73PolvdJR5z6enGF3sc%2BZ6ivpsmXPixDLjcfJDbnF4mzw%2BmqHH9txN%2Fek%2BGUDcgHYRWyEbBpvXNZSKMjbgDvrHCxnXWfCOZ8XprUJSdp%2B%2Bn%2FMfxvT1p2G2e2dwrkwRalpsIRsXSX2kWKxFMXJAmWkeespPKZAhCOK%2FR7F4Q%3D%3D&cid=NEJM+eToc%2C+November+23%2C+2023+DM2302968 NEJM Non Subscriber&bid=1942381844>



Quanti negli Stati Uniti sono disabili? Le modifiche proposte al censimento ridurrebbero notevolmente il conteggio

Le domande riviste influenzerebbero i finanziamenti per i programmi federali e statali, la ricerca Long Covid e altro ancora

8 NOVEMBRE 2023

Phie Jacobs

Il Census Bureau degli Stati Uniti potrebbe presto cambiare il modo in cui uno dei suoi sondaggi a livello nazionale pone domande sulla disabilità. Ma molti ricercatori e attivisti stanno suonando un campanello d'allarme, perché il cambiamento proposto ridurrebbe drasticamente il numero ufficiale di persone negli Stati Uniti considerate disabili.

"Le persone disabili sono già svantaggiate", afferma Scott Landes, sociologo della Syracuse University che studia la disabilità. Alterando il modo in cui il Census Bureau raccoglie le statistiche sulla disabilità, sostiene, si genereranno "informazioni imprecise". In [una lettera del 18 ottobre](#), lui e altri ricercatori e sostenitori della disabilità hanno chiesto al Census Bureau di riconsiderare la questione.

Il cambiamento riguarda una sezione dell'annuale American Community Survey (ACS) dell'ufficio, che funge da importante fonte di dati demografici, sociali ed economici. L'ACS utilizza una serie di sei domande sì o no, relative a difficoltà con l'udito, la vista e altre funzioni, per determinare lo stato di disabilità. Un intervistato che risponde "sì" a una qualsiasi di queste domande viene considerato disabile. Molti programmi statali e federali si basano sui dati ACS per l'assegnazione dei finanziamenti e i dati vengono utilizzati per valutare se alle persone disabili vengono offerte pari opportunità quando si tratta di cose come alloggio, istruzione e assistenza sanitaria. Ma l'ACS è anche una risorsa vitale per i ricercatori. "Certamente ha la capacità di soffocare molte fonti di dati sulla disabilità meglio progettate", afferma Jaime Seltzer, attivista e ricercatrice sulla disabilità presso l'Università di Stanford che utilizza i dati per il suo lavoro sulla sindrome da stanchezza cronica. Sulla scia della pandemia di COVID-19, Seltzer afferma che molti stanno utilizzando i dati anche per la ricerca sul Long Covid.

Ora, i funzionari dell'ufficio stanno raccomandando di sostituire quelle domande con una serie sviluppata dal Washington Group on Disability Statistics, un'organizzazione convocata dalle Nazioni Unite che crea strumenti di raccolta dati sulla disabilità per censimenti e indagini nazionali. La Divisione Studi Statistici Decennali dell'agenzia ha formulato la raccomandazione in una [riunione del 21 settembre](#) del Comitato consultivo scientifico del censimento (CSAC). Anche il metodo del gruppo di Washington, noto come Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS), consiste di sei domande che coprono gli stessi argomenti delle domande ACS. Invece di rispondere "sì" o "no", tuttavia, gli intervistati valutano il loro livello di difficoltà su ciascuna funzione scegliendo una delle quattro opzioni che vanno da "nessuna difficoltà" a "non so fare affatto".

Rispetto alle domande attuali, il WG-SS "acquisirà informazioni in modo da riflettere i progressi nella misurazione della disabilità", ha detto un portavoce dell'agenzia in una dichiarazione inviata via email. Ma ridurrebbe anche la prevalenza delle persone disabili negli Stati Uniti all'8%, rispetto all'attuale stima del 14% dell'ACS, hanno riferito gli statistici dell'ufficio di statistica alla riunione del CSAC di settembre. Questa diminuzione ha a che fare con il modo in cui il WG-SS definisce la "disabilità", poiché il protocollo del gruppo di Washington afferma che solo coloro che indicano "molta difficoltà" o "non possono fare nulla" per una o più domande dovrebbero essere classificati come Disabilitato.

Jennifer Madans, che è presidente del gruppo di Washington, afferma che questo limite è stato scelto perché ha prodotto le risposte più coerenti quando il WG-SS è stato testato a livello internazionale. "Vuoi che tutti utilizzino la stessa

definizione di disabilità" quando si confrontano i paesi, dice. Madans sottolinea, tuttavia, che i singoli paesi dovrebbero utilizzare il limite che meglio informerà le loro decisioni politiche.

Bonnielin Swenor, direttrice del Disability Health Research Center della Johns Hopkins University, afferma che il cambiamento avrebbe "conseguenze enormi per un gruppo che sta già lottando, supplicando e implorando che i nostri dati vengano raccolti in un modo più solido". Swenor, che è stato l'autore principale della lettera del 18 ottobre, afferma inoltre che chiedere agli intervistati di classificare il loro livello di difficoltà "rafforza una visione gerarchica della disabilità" che implica che alcuni all'interno della comunità dei disabili siano meno meritevoli di sistemazioni rispetto ad altri.

Madans afferma che il sistema di risposta su scala cattura meglio il "continuum" della disabilità. Il formato sì o no delle domande ACS, sostiene, può oscurare differenze cruciali nella funzionalità, facendo sembrare che le persone con significative difficoltà funzionali stiano meglio di quanto non siano in realtà. "Non è necessario limitarsi a una dicotomia", afferma.

Nessuno dei due metodi, tuttavia, è perfetto. Sia le domande ACS che WG-SS non riescono a tenere conto delle persone con malattie psichiatriche e croniche, afferma Jean Hall, direttore dell'Institute for Health and Disability Policy Studies presso l'Università del Kansas. Per alleviare questo divario, Hall e i suoi colleghi hanno sviluppato il National Survey on Health and Disability (NSHD), che consente agli intervistati di descrivere e autocategorizzare il proprio tipo di disabilità. In uno [studio recente](#) lei e i suoi colleghi hanno scoperto che le domande dell'ACS non sono riuscite a identificare quasi il 20% delle persone che hanno segnalato disabilità al NSHD, mentre il WG-SS ha mancato il 43%. Passare al WG-SS significherebbe "passare da una misura non eccezionale a una molto peggiore", afferma.

Seltzer, da parte sua, concorda sul fatto che il WG-SS più completo potrebbe "potenzialmente fornire maggiori informazioni sulla disabilità" negli Stati Uniti, ma teme che molti politici utilizzino la statistica dell'8% per tagliare i finanziamenti ai programmi che aiutano gli americani disabili.

Daniel Mont, che è presidente dell'Analytical Working Group del gruppo di Washington, afferma che il Census Bureau potrebbe riportare due numeri diversi: uno che rappresenta la prevalenza di persone che affrontano difficoltà significative - la cifra dell'8% calcolata dall'ufficio - e una statistica più ampia che cattura più della comunità dei disabili. All'incontro di settembre del CSAC, ad esempio, gli statistici dell'ufficio hanno riferito che l'ampliamento della definizione di disabilità per includere coloro che riferivano di "qualche difficoltà" ha portato la prevalenza della disabilità negli Stati Uniti a quasi il 32%.

Swenor e altri sostengono inoltre che l'ufficio di presidenza non ha discusso la modifica al questionario con le comunità di ricerca sulla disabilità prima di proporla. Funzionari dell'ufficio hanno detto a [Science](#) che l'agenzia "si impegna regolarmente con ricercatori sulla disabilità e utenti di dati", ma la lettera di ottobre sostiene che il piano dell'ufficio era quello di impegnarsi con la comunità dei disabili dopo che il cambiamento è stato apportato. "Questo approccio all'impegno della comunità non è accettabile", afferma la lettera, chiedendo anche la creazione di una task force nazionale per sviluppare metodi migliori per la raccolta dei dati sulla disabilità.

Mont afferma che, sebbene la proposta dell'ufficio di presidenza possa aver lasciato alcuni ricercatori statunitensi colti di sorpresa, il WG-SS stesso è stato sottoposto a test approfonditi a livello internazionale.

La modifica proposta sarà [aperta al pubblico commento fino al 19 dicembre](#), anche se il Comitato consultivo nazionale, che fornisce consulenza al Census Bureau su questioni politiche e di ricerca, [discuterà i primi commenti il 16 novembre](#). Landes spera che i politici ascoltino le voci degli americani disabili e non vadano avanti con il cambiamento. "Il potere della comunità dei disabili è forte", afferma.

https://www.science.org/content/article/how-many-americans-are-disabled-proposed-census-changes-would-greatly-decrease-count?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=4975568

La Medicina centrata sulle persone

1 Novembre 2023

Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health

L'adozione di un modello innovativo che potremmo definire di intervento psico-socio-sanitario di lunga durata (ILD), bene si adatterebbe all'insieme delle malattie croniche e in special modo al disagio mentale e del comportamento. Gli Interventi di Lunga Durata costituiscono il contesto naturale per potere sviluppare servizi sanitari capaci di promuovere una medicina centrata sulla persona.

“La corsa allo psicologo”

È da tempo che si dibatte a proposito, e più spesso a sproposito, della necessità di sviluppare nuove forme di assistenza psicologica per la popolazione generale. Salute Internazionale ha recentemente pubblicato alcuni importanti contributi sull'argomento (leggi [qui](#), [qui](#), [qui](#) e [qui](#)). Pur con prospettive differenti, tutti gli autori sembrano concordare sulla necessità di non “psicopatologizzare” il disagio sociale (soprattutto quando si tratta di adolescenti e giovani adulti) e di non limitarsi a immaginare soluzioni semplicistiche quali il ricorso indiscriminato allo psicologo (vedi “bonus psicologo”).

Soprattutto, sarebbe necessario basare ogni evocazione di presunti nuovi bisogni sanitari su solidi dati epidemiologici che, invece, scarseggiano: c'è davvero un incremento di patologie della salute mentale? È davvero provato che l'aumento di disponibilità di “ore-psicologo” costituisca la risposta più ragionevole e costo-effettiva? Uno sviluppo di nuovi e rigorosi studi di popolazione sul disagio psichico e sulle forme tradizionali e innovative di intervento sarebbe necessario per potere introdurre maggiore rigore in questo dibattito.

Malattie croniche e medicina basata sulla persona

Piuttosto che evocare interventi psicologi generalizzati, come parte di un generico pacchetto di “più psicologo uguale più benessere”, sarebbe forse utile riflettere sulla necessità e urgenza di promuovere approcci e interventi psico-sociosanitari di lunga durata offerti dalla medicina di famiglia.

L'adozione di un modello innovativo che potremmo definire di intervento psico-socio-sanitario di lunga durata (ILD), bene si adatterebbe all'insieme delle malattie croniche e in special modo al disagio mentale e del comportamento così a tutte quelle condizioni che l'antropologo americano Arthur Kleinman definisce come “social suffering” (1). Tale intervento o, meglio, tale insieme di interventi, si compie essenzialmente al di fuori dell'ospedale: in centri di salute territoriali (case della salute), nell'ambulatorio del medico di medicina generale o anche, talvolta, al domicilio delle persone.

Si tratta, dunque, di una vera rivoluzione copernicana per il tradizionale sistema sanitario che pone al centro l'ospedale. Al centro del modello ILD sta invece la comunità nella duplice accezione di luogo in cui i cittadini ed il singolo utente vivono e di insieme di cittadini e risorse di cui quella comunità dispone. In questa prospettiva l'ospedale appare sfocato sullo sfondo come una risorsa di ricorso eccezionale e utilizzata per breve durata.

I protagonisti di questi ILD sono ovviamente molteplici ed eterogenei: personale sanitario, personale dei servizi sociali, personale di altri settori pubblici e privati che operano nella comunità e fra essi soprattutto il personale dei settori della educazione, delle organizzazioni del lavoro e di quelle della cultura. Le sinergie e le collaborazioni variano e possono essere più formalizzate e istituzionali, come è il caso delle collaborazioni fra servizi sanitari e servizi sociali o più spontanee e generate all'interno di progetti e incroci fra organizzazioni, istituzioni e persone. Questo radicale spostamento del cuore del sistema sanitario, dall'ospedale alla comunità, per essere possibile e efficace deve disporre di risorse finanziarie e umane: dunque si spostano dall'ospedale non soltanto gli interventi ma anche i mezzi (finanziari e umani) affinché gli interventi siano davvero realizzati.

Gli Interventi di Lunga Durata costituiscono il contesto naturale per potere sviluppare servizi sanitari capaci di promuovere una medicina centrata sulla persona (person centred medicine). Con l'espressione medicina centrata sulla persona (MCP) si definisce un approccio all'offerta di prestazioni sanitarie che si caratterizza per la messa al centro dell'utente come decisore e protagonista attivo del processo sanitario (2). Così come la messa al centro della comunità muta il tradizionale modello ospedalocentrico (con tutte le importanti implicazioni in termini di risorse), così anche la messa al centro dell'utente invece che del prestatore di servizio (il medico e il personale sanitario) modifica radicalmente la prospettiva e determina importanti conseguenze.

Se si analizza la letteratura sull'argomento si trovano numerose definizioni di medicina centrata sulla persona che mettono l'accento ora su di un aspetto ora su di un altro: assistenza biopsicosociale, assistenza attenta ai bisogni, ai

desideri e alle preferenze del paziente, collaborazione paziente-medico, condivisione di responsabilità e decisioni, empowerment del paziente, eccetera. In sostanza, alla responsabilità che tradizionalmente la medicina assume per il paziente si sostituisce una responsabilità verso il paziente e, dunque, mentre nel modello tradizionale gli obiettivi e il contenuto dell'intervento sono stabiliti dal provider (ossia dal personale sanitario) e l'utente rimane un passivo recettore, nel modello della MCP gli obiettivi dell'intervento sono definiti dall'utente e il contenuto dell'intervento risulta da una negoziazione fra il provider e l'utente che diviene così un attivo decisore.

Non vi è dubbio che la maggior parte dei sistemi sanitari non siano affatto person centred: in un classico studio condotto venti anni fa in Australia, Canada, Nuova Zelanda, Gran Bretagna e Stati Uniti su di un campione di 4000 pazienti in trattamento di lunga durata per una malattia cronica, fra il 47 e il 67 per cento dei pazienti ha dichiarato che il medico non aveva chiesto la loro opinione a proposito del trattamento e fra il 51 e il 66 per cento dichiarava che il medico non aveva mai discusso degli aspetti psicologici e emotivi legati alla esperienza di malattia (3). Questo studio mostra come malgrado si parli molto di una medicina centrata sulla persona, in realtà la grande maggioranza dei pazienti non la sperimentano e questo non tanto e non solo per la resistenza dei singoli medici ma per le caratteristiche del sistema sanitario tradizionale che non favorisce questo approccio: «La medicina centrata sulla persona è molto di più che un semplice atteggiamento empatico ma ha a che fare con la riorganizzazione del sistema sanitario» (4).

Ci si potrebbe domandare se davvero l'assenza o l'inadeguatezza di sistemi sanitari con una chiara orientazione verso la medicina centrata sulla persona costituisca davvero una deficienza grave, ossia se la MCP sia davvero una priorità in un mondo ove la questione centrale della salute è piuttosto quella dell'accesso ai trattamenti e la loro effettiva disponibilità più che quella dell'atteggiamento del sistema sanitario verso i propri utenti. Qualcuno potrebbe infatti pensare che, tutto sommato, la MCP è quella che in inglese si definirebbe una nicety ossia un piacevole miglioramento del sistema sanitario ma che non ne costituisca una sua essenziale caratteristica.

Le cose sono in realtà più complesse e il modello della MCP può, invece, determinare radicali mutamenti in positivo dei sistemi sanitari soprattutto quando essi si occupano delle malattie croniche e soprattutto quando essi operano al di fuori dell'ospedale. Infatti, per persone con una malattia cronica che richiedano non soltanto interventi medici di lunga durata ma anche assistenza psicologica e sostegno sociale la medicina centrata sulla persona non è un abbellimento del sistema ma una componente essenziale della sua equità, efficacia ed efficienza (5).

La medicina centrata sulla persona richiede tuttavia importanti trasformazioni a differenti livelli del sistema sanitario:

- Il livello degli utenti, delle loro famiglie e delle comunità in generale;
- Il livello del personale sanitario;
- Il livello della organizzazione dei servizi; e, infine,
- Il livello sistemico delle politiche sanitarie.

Per operare il cambiamento al livello degli utenti, delle famiglie e delle comunità sono essenziali gli interventi di educazione sanitaria che favoriscono non soltanto la conoscenza delle malattie ma promuovono nella comunità e nelle famiglie atteggiamenti di comprensione, solidarietà, tolleranza verso tutti i problemi connessi alle malattie. Ovviamente gli interventi rivolti alle comunità sono di natura generale mentre quelli che coinvolgono specifiche famiglie e utenti implicano anche informazione e educazione al self management delle malattie, al riconoscimento dei sintomi di aggravamento, alla gestione dei farmaci, alla interazione sia col sistema sanitario sia con i diversi settori che rappresentano il contesto abituale dell'utente (mondo della scuola, del lavoro, dei servizi sociali).

Per operare il cambiamento al livello del personale sanitario è necessario promuovere le capacità di comunicazione e interazione con gli utenti, addestrare il personale sanitario a concordare e pianificare gli interventi insieme all'utente. Nel caso di utenti con problemi severi di malattia mentale sarà anche necessaria una interazione con la famiglia e la messa a punto di strategie di collaborazione.

Per operare il cambiamento al livello della organizzazione dei servizi è indispensabile la coordinazione del personale sanitario di diversi servizi e di questi con i servizi sociali. Ovviamente tale coordinazione dipende dal livello di complessità e articolazione del sistema: in contesti a basso reddito magari un semplice coordinamento via radio fra operatori sanitari di primo livello dislocati in aree rurali remote con operatori di livelli più complessi può già costituire una efficace coordinazione. La questione di fondo è comunque quella della comunicazione e della coordinazione fra risorse sanitarie e altre risorse disponibili nella comunità. L'obiettivo fondamentale è quello di un sistema di servizi disegnato per i bisogni dell'utente e non di quelli del provider.

Questa semplice affermazione se presa seriamente ha conseguenze significative sulla organizzazione dei servizi come, ad esempio, i loro orari di funzionamento e la possibilità di accesso ai servizi in ore compatibili con l'orario di lavoro di utenti e famigliari. La ubicazione geografica dei servizi, la organizzazione degli appuntamenti e delle liste di attesa, la permeabilità e il coordinamento fra servizi sanitari e servizi sociali e fra comunità e servizi, la trasparenza della

comunicazione che deve essere accessibile, chiara, solidale, accogliente sono tutti elementi che assumono una importanza centrale nel servizio territoriale centrato sulla persona.

Infine, le politiche sanitarie devono essere ripensate e riformulate perché la medicina centrata sulla persona diventi non un episodio aneddótico ma una realizzazione sistemica. Tale rivisitazione delle politiche sanitarie deve avere al suo centro la questione dei diritti degli utenti e del loro reale empowerment ossia dei meccanismi giuridici e istituzionali che aumentino significativamente il potere decisionale degli utenti. Questa scelta ha ovvie implicazioni nella allocazione delle risorse che non solo dovranno spostarsi dall'ospedale alla medicina comunitaria ma anche dovranno essere sempre più legate alle risposte individualizzate che il sistema deve fornire agli utenti: è il budget che deve seguire il paziente e non il contrario.

Gli esempi di interventi biopsicosociali che combinano le dimensioni sociali e sanitarie dei problemi sono numerosi ma raramente sistemici ossia capaci di modificare il sistema sanitario in cui vengono realizzati. Si tratta infatti di esperienze puntuali, sperimentali, locali e generalmente confinate a singole patologie.

L'obiettivo sarebbe quello di trasferire la filosofia della medicina centrata sulla persona all'intero sistema sanitario perché si possano realizzare i necessari trasferimenti di risorse dal comparto ospedaliero a quello territoriale e perché il mutamento di atteggiamento e di procedure da parte del personale sanitario non rappresenti un fenomeno elitario ma generalizzato.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/11/la-medicina-centrata-sulle-persone/>



Da Oms Europa una nuova guida per decisori politici e operatori sanitari per supportare autogestione delle cronicità

Supportare i pazienti nell'autogestione della propria condizione è fondamentale per migliorare i risultati e ridurre l'ansia e le complicanze. La ricerca mostra che l'educazione del paziente svolge un ruolo importante nella gestione delle malattie non trasmissibili croniche sia a livello di popolazione che individuale

di Redazione

L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS ha pubblicato una **nuova guida** destinata ai decisori politici, gli operatori sanitari e gli enti di istruzione e formazione sull'educazione terapeutica del paziente (TPE). La guida riguarda la progettazione e la fornitura di servizi TPE e programmi di formazione per gli operatori sanitari ed esamina le prove e la teoria alla base della formazione e dell'educazione del paziente, delinea i componenti chiave per fornire un servizio di alta qualità e identifica le opportunità e gli ostacoli all'implementazione.

La prevalenza delle malattie non trasmissibili è in aumento in Europa: rappresentano oggi il 90% dei decessi nella regione europea dell'OMS, ma la maggior parte dei sistemi sanitari sono stati sviluppati per trattare e prendersi cura delle persone con patologie acute. I servizi sanitari sono ancora in ritardo in termini di risposta ai bisogni particolari di coloro che vivono con patologie croniche, tra cui il diabete, le malattie cardiovascolari (ipertensione e insufficienza cardiaca) e le malattie respiratorie (asma e malattia polmonare ostruttiva cronica). I decisori politici e i dirigenti sanitari stanno lavorando per organizzare meglio i servizi sanitari per riflettere e soddisfare le esigenze di questi pazienti, ad esempio rafforzando i servizi sanitari primari integrati. È inoltre necessario un lavoro importante per aumentare le conoscenze, le competenze e la fiducia delle persone nella gestione quotidiana delle proprie condizioni, al di fuori dei contesti sanitari. I pazienti trascorrono in media 2 ore all'anno con il proprio operatore sanitario e il resto del tempo è necessario per prendersi cura della propria salute da soli. Supportare i pazienti nell'autogestione della propria condizione è fondamentale per migliorare i risultati e ridurre l'ansia e le complicanze. La ricerca mostra che l'educazione del paziente svolge un ruolo importante nella gestione delle malattie non trasmissibili croniche sia a livello di popolazione che individuale. La dottoressa **Jill Farrington**, responsabile medico regionale per le malattie cardiovascolari e il diabete dell'OMS/Europa, spiega: "A molti pazienti viene semplicemente dato un volantino e poi sono rimandati a casa. Possono finire per fare affidamento sulle chat room online informali come unico supporto. Il TPE è un processo di apprendimento

strutturato e basato sull'evidenza in cui un professionista sanitario qualificato supporta il paziente nell'acquisizione di competenze per la sua condizione attraverso un approccio centrato sulla persona e tecniche come la formazione sulle competenze e l'automonitoraggio. Con il supporto degli operatori sanitari e delle famiglie, questo approccio può aiutare le persone a gestire le loro condizioni croniche per tutta la vita, adattandosi ai cambiamenti delle loro circostanze e delle loro condizioni".

https://www.sanitainformazione.it/politica/da-oms-europa-una-nuova-guida-per-decisori-politici-e-operatori-sanitari-per-supportare-autogestione-delle-cronicita/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl17112023&utm_content=sif

quotidianosanita.it

Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie. Persiste il divario Nord-Sud nell'offerta di presidi residenziali.

Al 2021 ammontavano a 12.576 i presidi residenziali attivi per un'offerta complessiva di sette posti letto ogni 1.000 persone. L'offerta è maggiore nel Nord-est con 10 posti letto ogni 1.000 residenti, nel Sud del Paese è invece poco al di sopra di 3 posti letto ogni 1.000 residenti e copre solo l'11% dei posti letto complessivi. Gli ospiti ammontano a 356.556, dei quali oltre tre su quattro sono anziani.

13 NOV -

Al 1° gennaio 2022, i presidi residenziali attivi nel nostro Paese sono 12.576. L'offerta è di circa 414mila posti letto, sette ogni 1.000 persone residenti. A livello territoriale, l'offerta è maggiore nel Nord-est con 10 posti letto ogni 1.000 residenti, nel Sud del Paese è invece poco al di sopra di 3 posti letto ogni 1.000 residenti e copre solo l'11% dei posti letto complessivi.

Gli ospiti ammontano a 356.556, dei quali oltre tre su quattro sono anziani. Nelle attività svolte in queste strutture i lavoratori impiegati sono più di 341mila, ai quali va sommata una componente di oltre 31.500 volontari e poco più di 4mila operatori del servizio civile.

Questi alcuni dei dati riportati nel report curato dall'Istat.

In aumento gli ospiti dei presidi residenziali

In Italia, al 31 dicembre 2021, risultano attivi 12.576 presidi residenziali. Vi operano 15.255 "unità di servizio" che dispongono complessivamente di 413.998 posti letto, pari a sette ogni 1.000 residenti.

Gli ospiti totali al 31 dicembre 2021, come dicevamo sono 356.556, con un incremento del 4% rispetto all'anno precedente, si inverte così la tendenza del periodo pandemico e il dato si riavvicina a quelli rilevati negli anni precedenti il Covid. Il 75% degli ospiti è ultra-sessantacinquenne, il 20% ha un'età tra i 18 e 64 anni e il restante 5% è composto da minori.

Più di tre posti letto su quattro destinati ad assistenza socio-sanitaria

Delle oltre 15mila unità di servizio quelle che erogano assistenza socio-sanitaria sono 8.937, per un ammontare di circa 321mila posti letto (il 77,5% dei posti letto complessivi). L'offerta residenziale si riduce sensibilmente per le unità di servizio che svolgono soprattutto funzione di tipo socio-assistenziale: le unità così classificate ammontano a 6.318 e dispongono in totale di 93.112 posti letto (il 22,5% dei posti letto complessivi).

Le unità di servizio socio-sanitarie assistono prevalentemente utenti anziani non autosufficienti, destinando a questi ospiti il 75% dei posti letto disponibili, mentre agli anziani autosufficienti e alle persone con disabilità ne vengono destinati, rispettivamente, il 9% e il 7%.

Le unità di tipo socio-assistenziale sono prevalentemente orientate a fornire accoglienza e tutela a persone con varie forme di disagio. In particolare, il 41% dei posti letto è indirizzato all'accoglienza abitativa e il 40% è dedicato alla funzione socio-educativa e ospita principalmente minori di 18 anni. Le unità che assolvono in prevalenza una funzione tutelare - volta a supportare l'autonomia dei propri ospiti (anziani, adulti con disagio sociale, minori) all'interno di contesti protetti - assorbono il 14% dei posti letto.

L'offerta residenziale sul territorio è molto differenziata rispetto alle categorie di utenti assistite. Nelle regioni del Nord prevale la concentrazione di servizi rivolti agli anziani non autosufficienti (69,9% nel Nord ovest e 73,8% nel Nord est), il doppio rispetto al Mezzogiorno. Il Centro copre una quota maggiore, rispetto al dato nazionale, di posti letto dedicati agli anziani autosufficienti e agli adulti con disagio sociale. Al Sud, invece, si trova una percentuale più alta di posti letto dedicati alle persone con disabilità, alle persone con patologie psichiatriche e agli anziani autosufficienti. Nelle Isole, infine, si riscontra un livello di offerta rivolta prevalentemente a minori e a persone con patologie psichiatriche, pari al doppio rispetto alla media nazionale e agli stranieri/immigrati (4,4% sei volte maggiore rispetto alla media), ma anche agli adulti con disagio sociale.

Offerta residenziale più elevata nel Nord-est

La disponibilità di offerta più alta si osserva nel Nord-est (10 posti letto ogni 1.000 residenti), mentre la più bassa si registra nel Sud del Paese (poco più di 3 posti letto ogni 1.000 residenti).

Le differenze geografiche si riscontrano anche analizzando la distribuzione delle strutture per dimensione. Il Nord-est presenta una percentuale doppia (30,5%) rispetto al dato nazionale (15,5%) di residenze di piccole dimensioni (massimo di sei posti letto). Il Centro (43,1%) e il Mezzogiorno (Sud 52,0%, Isole 59,2%) sono invece i territori in cui la maggioranza delle strutture ha una dimensione media, compresa tra i 16 e i 45 posti letto. Il Nord-ovest è caratterizzato da residenze più ampie con più di 80 posti letto (16,6% contro un valore medio nazionale del 9%).

La dotazione di posti letto per anziani non autosufficienti è molto elevata nelle regioni del Nord, con valori che si attestano per il Nord-ovest a 28 posti letto ogni 1.000 residenti anziani e per il Nord-est a 31 posti letto ogni 1.000 residenti di pari età. Nelle altre ripartizioni la quota di posti letto destinata a questo target di utenza risulta nettamente inferiore e raggiunge il suo valore minimo al Sud con meno di sei posti letto ogni 1.000 residenti.

Strutture residenziali gestite in maggioranza da enti non profit

La titolarità delle strutture è in carico ad enti non profit nel 45% dei casi, a seguire ad enti privati (circa il 24%), ad enti pubblici (19%) e ad enti religiosi (12%).

Nell'88% delle residenze i titolari gestiscono direttamente il presidio, nel 10% i titolari danno in gestione le loro strutture ad altri enti, nei restanti casi (2%) il presidio viene gestito in forma mista.

La gestione dei presidi residenziali è affidata prevalentemente a organismi di natura privata (75% dei casi), soprattutto di tipo non profit (51%); il 12% delle residenze è gestita da enti di natura religiosa e circa il 13% dal settore pubblico.

Le modalità di gestione si diversificano sul territorio, soprattutto nelle strutture pubbliche.

Al Nord, sette strutture pubbliche su 10 sono gestite direttamente o indirettamente da enti pubblici, mentre nel 6% dei casi sono gestite da enti non profit. La percentuale di strutture pubbliche gestite da enti non profit aumenta considerevolmente al Centro e nel Mezzogiorno (in entrambi i casi il 38% delle strutture presenti su quel territorio).

Non si riscontrano differenze territoriali per le strutture che hanno un altro ente titolare (privato for profit e non profit oppure ente religioso). In questi casi la gestione prevalente è quella diretta o quella affidata ad enti con la stessa natura giuridica.

Composto soprattutto da volontari il personale delle strutture residenziali

Nel 2021 sono occupate nei presidi residenziali 376.941 unità di personale, di cui 31.530 volontari e 4.044 operatori di servizio civile. L'11% del personale è composto da cittadini stranieri, in due casi su tre con cittadinanza extraeuropea. La distribuzione di personale non italiano varia considerevolmente a livello territoriale; se nel Nord-ovest e nel Nord-est si concentra rispettivamente il 15% e l'11% del personale straniero, nel Mezzogiorno e nelle Isole la presenza straniera sfiora appena il 2%. Nella provincia autonoma di Bolzano/Bozen si riscontra la più alta presenza di personale non italiano (quasi il 30%).

Per quanto riguarda il personale retribuito, le principali figure professionali occupate nelle strutture residenziali si concentrano in ambito sanitario, circa 195mila sono rappresentate da tre professioni: operatori socio-sanitari (34,6%), infermieri e addetti all'assistenza alla persona (entrambi all'11%). Anche gli operatori del servizio civile e i volontari lavorano prevalentemente all'interno dell'ambito socio sanitario, rispettivamente nel 79% e nel 77% dei casi, con punte che sfiorano il 90% nel Nord-est del Paese.

Gli anziani nelle strutture: due su tre ultra-ottantenni, in prevalenza donne

In Italia sono oltre 267mila gli anziani di 65 anni e più ospiti delle strutture residenziali, quasi 19 anziani per 1.000 anziani residenti, di questi oltre 15 sono in condizione di non autosufficienza (215.449 anziani non autosufficienti).

La componente femminile prevale nettamente su quella maschile: su quattro ospiti anziani, tre sono donne.

Su oltre tre quarti degli anziani assistiti nelle strutture residenziali, il 77%, ha superato la soglia degli 80 anni di età, quota che sale al 78% per i non autosufficienti.

Gli ultra-ottantenni costituiscono quindi la quota preponderante degli ospiti anziani, con un tasso di ricovero pari a 66 ospiti per 1.000 residenti, oltre 15 volte superiore a quello registrato per gli anziani con meno di 75 anni di età, per i quali il tasso si riduce a 4,4 ricoverati per 1.000 residenti.

Più forte il ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni del Nord

Nelle residenze del Nord-est il tasso di ricovero si attesta ai livelli più alti con 28 ospiti per 1.000 anziani residenti e raggiunge valori massimi nelle Province Autonome di Trento e Bolzano/Bozen (rispettivamente 37 e 39 per 1.000 abitanti di pari età). Di contro le regioni del Sud presentano un livello di istituzionalizzazione più basso: in quest'area del Paese, su 1.000 anziani residenti, solo otto sono ospiti delle strutture residenziali; il valore minimo si registra in Campania, dove risultano ricoverati soltanto quattro anziani per 1.000 residenti, contro i 19 registrati a livello nazionale.

Le differenze territoriali si riscontrano anche osservando la distribuzione degli anziani non autosufficienti e risultano ancora più marcate tra le donne. Per le donne i tassi di ricovero sono molto alti nelle residenze del Nord, con oltre 24 anziane non autosufficienti per 1.000 residenti della stessa età. Nelle altre ripartizioni il tasso di ricovero diminuisce sensibilmente passando da 10 per 1.000 nelle regioni del Centro, a sei per 1.000 nelle Isole, riducendosi ulteriormente nel Sud del Paese con cinque anziane non autosufficienti per 1.000 residenti.

Diverso l'andamento dei ricoveri per gli anziani autosufficienti che hanno una distribuzione più omogenea sul territorio, con tassi leggermente più alti, rispetto al dato medio nazionale, nelle Isole e nelle regioni del Centro Italia (4,3 e 4,1 per 1.000 abitanti di pari età).

Con disabilità più di due su tre ospiti adulti

Gli adulti di età compresa tra i 18 e i 64 anni ospiti dei presidi residenziali sono circa 70mila, due ogni 1.000 residenti. Il tasso di ricovero è più alto nelle regioni del Nord-est (2,3 adulti ogni 1.000 residenti) e si riduce nel Sud del Paese con 1,3 ospiti per 1.000 residenti. La Provincia Autonoma di Trento e la Liguria ospitano la più alta quota di adulti (rispettivamente 5,7 e 3,8 per 1.000) mentre la Campania registra il tasso più basso, uno per 1.000.

La più alta concentrazione di ospiti è nella classe 45-64 anni, oltre 40.000 utenti, seguita dalla classe 25-44 con più di 22.000 utenti.

Tra gli ospiti adulti prevalgono gli uomini (poco più di 44mila) il 63% del totale, (2,5 ogni 1.000 uomini residenti) mentre le donne sono quasi 26mila, il 37% (1,4 ogni 1.000 residenti).

Il disagio più frequente tra gli uomini è la presenza di disabilità o di patologie psichiatriche (66% degli ospiti), non trascurabile anche la presenza di dipendenze come alcolismo/tossicodipendenza (circa il 15% dell'utenza di sesso maschile). Anche per la maggior parte delle donne (75%) la disabilità o le patologie psichiatriche costituiscono il disagio prevalente mentre per il 7% si tratta di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico. Le donne vittime di violenza sono poco più di 600 e rappresentano circa il 2,5% del totale delle utenti dei presidi.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118227

Persiste il divario Nord-Sud nell'offerta di presidi residenziali



Al 1° gennaio 2022, i presidi residenziali attivi nel nostro Paese sono **12.576**. L'offerta è di circa **414mila posti letto**, sette ogni 1.000 persone residenti.

A livello territoriale, l'offerta è maggiore nel **Nord-est** con 10 posti letto ogni 1.000 residenti, nel **Sud** del Paese è invece poco al di sopra di tre posti letto ogni 1.000 residenti e copre solo l'11% dei posti letto complessivi.

Gli ospiti ammontano a **356.556**, dei quali oltre tre su quattro sono anziani.

Nelle attività svolte in queste strutture i lavoratori impiegati sono più di **341mila**, ai quali va sommata una componente di oltre 31.500 volontari e poco più di 4mila operatori del servizio civile.



www.istat.it



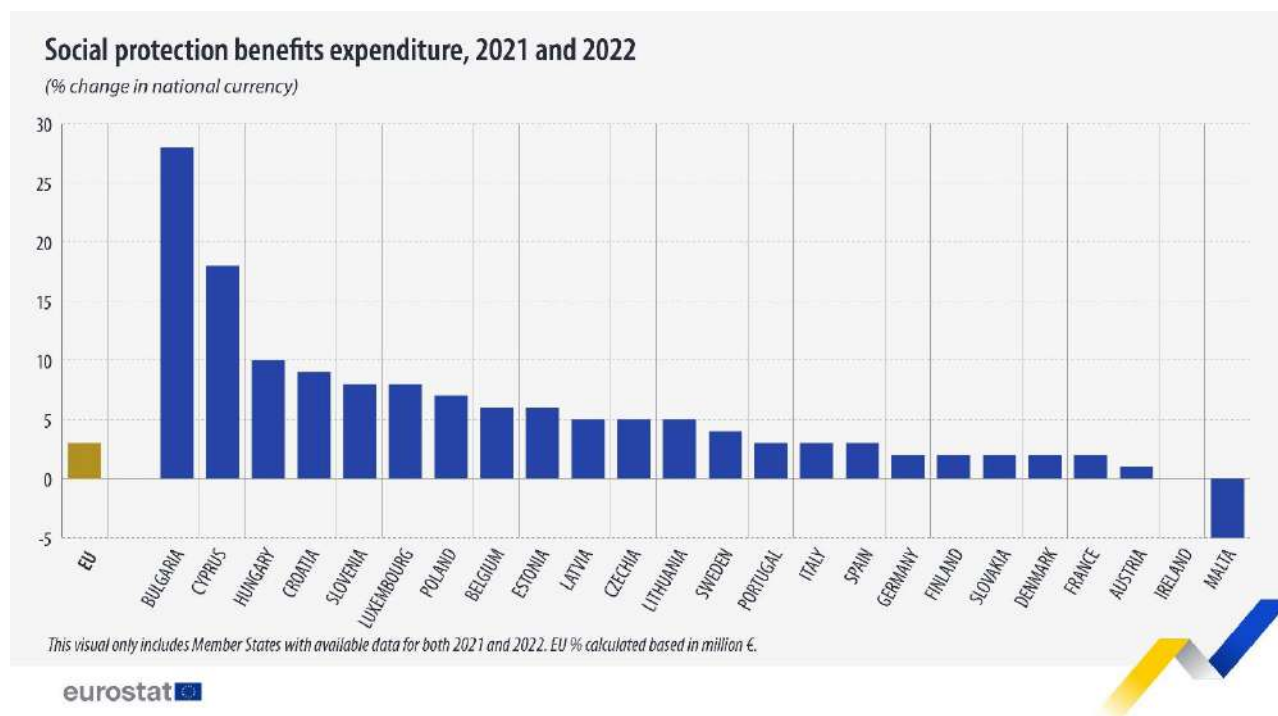
www.istat.it/it/files//2023/11/Report-presidi-assistenziali-Anno-2021.pdf

Eurostat. Protezione sociale. Nel 2022 in Europa spesa a 4,3 miliardi, in aumento del 3%.

Sebbene la spesa per la protezione sociale sia aumentata nella maggior parte dei paesi dell'UE, analizzando la spesa come percentuale di Pil, i dati mostrano una diminuzione nel 2022. Questo perché il Pil è aumentato più della spesa per le prestazioni sociali. Nel 2022, la spesa per le prestazioni di protezione sociale ha rappresentato il 27,2% del Pil dell'UE, con un calo di 1,5 punti percentuali (pp) rispetto al 2021. La spesa in percentuale del Pil è stata più alta in Francia (32%), Austria e Italia (entrambi 30%), mentre è stata più bassa in Irlanda (11%).

Le prime stime pubblicate da Eurostat mostrano che la spesa totale per le prestazioni di protezione sociale nell'UE ha raggiunto i 4.307 miliardi di euro nel 2022, con un aumento del 3% rispetto al 2021. Nel 2022, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è aumentata in quasi tutti i paesi dell'UE, le eccezioni sono state Malta, dove è diminuita del 5% e l'Irlanda, dove non si è registrata alcuna variazione percentuale rispetto al 2021.

Gli aumenti maggiori tra il 2021 e il 2022 (misurati in valute nazionali) sono stati registrati in Bulgaria (+28% rispetto al 2021), Cipro (+18%) e Ungheria (+10%), mentre gli aumenti più piccoli sono stati registrati in Austria (+1%) e Francia, Danimarca, Slovacchia, Finlandia e Germania (tutte con +2%).

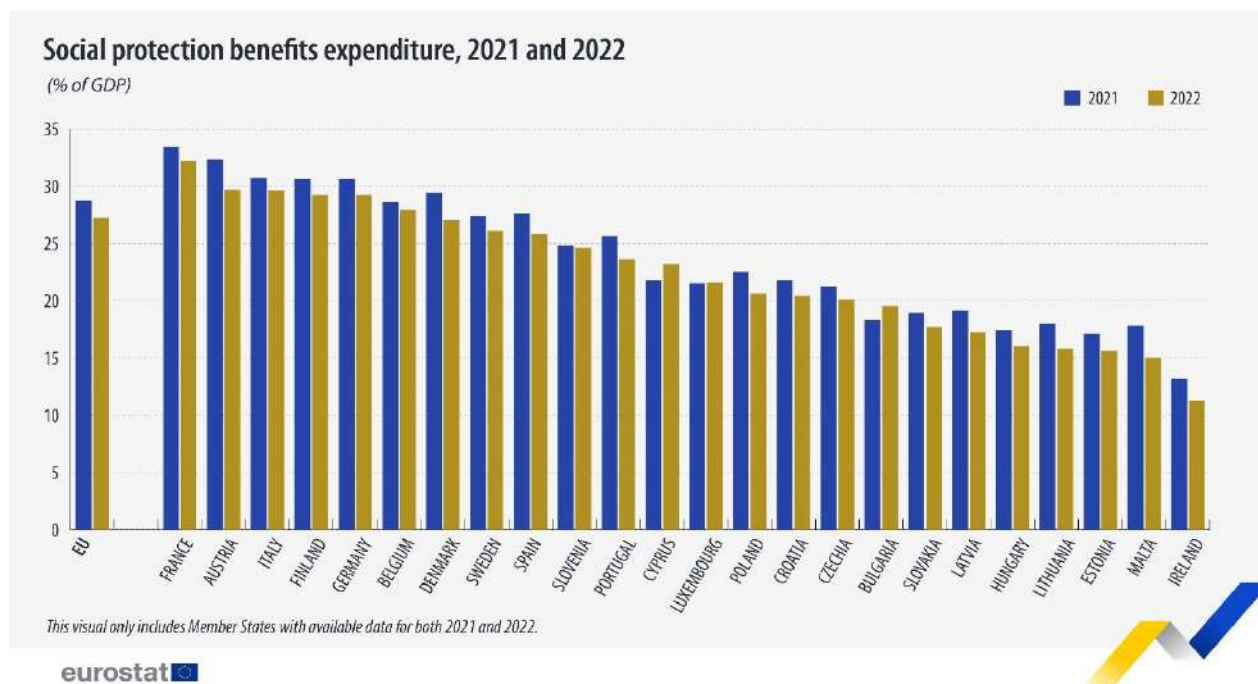


Sebbene la spesa per la protezione sociale nelle valute nazionali sia aumentata nella maggior parte dei paesi dell'UE, analizzando la spesa come percentuale di Pil, i dati mostrano una diminuzione nel 2022. Questo perché il Pil è aumentato più della spesa per le prestazioni sociali in un effetto di ripresa dagli effetti negativi della pandemia di Covid.

Nel 2022, la spesa per le prestazioni di protezione sociale ha rappresentato il 27,2% del Pil dell'UE, con un calo di 1,5 punti percentuali (pp) rispetto al 2021.

Tra il 2021 e il 2022, la spesa per le prestazioni di protezione sociale in percentuale del Pil è diminuita in tutti i paesi dell'UE (con stime iniziali disponibili), ad eccezione di Cipro, Bulgaria e Lussemburgo. In questi casi, si è registrato un aumento della spesa per le prestazioni di protezione sociale in percentuale del Pil: +1,4 pp per Cipro al 23,2%

del Pil, +1,2 pp per la Bulgaria al 19,5% del Pil e +0,1 pp per il Lussemburgo al 21,6% del Pil. Le diminuzioni maggiori sono state osservate a Malta (-2,8 pp), Austria (-2,6 pp) e Danimarca (-2,2 pp).



Tra i paesi dell'UE per i quali sono pubblicate le stime per il 2022, la spesa per le prestazioni di protezione sociale in percentuale del Pil è stata più alta in Francia (32% del Pil), Austria e Italia (entrambi 30%), mentre è stata più bassa in Irlanda (11%). Malta (15%), così come Estonia, Lituania e Ungheria (tutte al 16%).

Le prestazioni di vecchiaia e di malattia/assistenza sanitaria rappresentano la parte principale delle prestazioni di protezione sociale in tutti i paesi dell'UE per i quali sono pubblicati i dati. Altre categorie includevano disabilità, superstiti, famiglia/figli, disoccupazione, alloggio ed esclusione sociale non classificate altrove.

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1063&langId=it>

quotidiano **sanita.it**

Il 'dramma' della demografia nell'Unione europea: il 75% delle famiglie non ha figli

Lo riporta una ricerca Eurostat che evidenzia come il numero totale di famiglie nell'UE è aumentato del 6,9% tra il 2012 e il 2022, ma la percentuale di famiglie che comprendevano almeno 1 figlio è diminuita del 2,4% nello stesso periodo.

21 NOV -

Nel 2022, nell'UE c'erano quasi 200 milioni di famiglie. Poco meno di un quarto di queste (24,3%) comprendeva bambini. Circa il 10% delle famiglie comprendeva 1 figlio (12,1%) o 2 figli (9,3%), mentre solo il 3% delle famiglie dell'UE comprendeva 3 o più figli.

Nello specifico il numero totale di famiglie nell'UE è aumentato del 6,9% tra il 2012 e il 2022. La percentuale di famiglie che comprendevano almeno 1 figlio è invece diminuita del 2,4% nello stesso periodo.

Le quote più elevate di famiglie con bambini sono state registrate in Slovacchia (33,9%), Irlanda (32,2%) e Cipro (30,6%), mentre le quote più basse sono state in Finlandia (18,4%), Germania (20,1%) e Paesi Bassi (21,8%).

Le famiglie con un solo figlio erano più comuni tra le famiglie con bambini in 26 paesi dell'UE

Per quanto riguarda le famiglie con bambini, quelle con 1 figlio erano le più comuni nell'UE. Quasi la metà delle famiglie con figli aveva 1 figlio (49,5%) nel 2022, mentre il 38,1% aveva 2 figli e il 12,4% comprendeva 3 o più figli. Le famiglie con 1 figlio erano quelle più diffuse tra le famiglie con figli in tutti i paesi dell'UE, ad eccezione dei Paesi Bassi, dove le famiglie con 2 figli avevano una percentuale più elevata. Più della metà delle famiglie con bambini aveva un figlio in Portogallo, Bulgaria, Romania, Malta, Lituania, Lettonia, Italia, Spagna e Ungheria.

Le famiglie con 3 o più figli erano le meno diffuse in tutti i paesi dell'UE. La loro percentuale tra tutte le famiglie con bambini variava dal 22,3% in Irlanda, 21,2% in Svezia e 19,0% in Finlandia, al 6,3% in Portogallo, 6,5% in Bulgaria e 7,4% in Italia.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118455



IL FORUMDD NEI PROSSIMI MESI: UN LIBRO-PIATTAFORMA PER LE ELEZIONI EUROPEE E L'IMPEGNO PER UNA COALIZIONE SOCIALE **Oltre 70 persone, 3 ospiti autorevoli e 8 ore di intensa discussione: il resoconto della nostra assemblea annuale**

L'assemblea del Forum Disuguaglianze e Diversità ha deciso di entrare nella campagna elettorale per le europee con un libro-piattaforma che racconti l'Unione europea che serve a un futuro più giusto, metro per giudicare partiti e candidature. La decisione è arrivata al termine di una discussione su prospettive, temi concreti, alleanze sociali.

Oltre 70 fra [membri](#) e [partner di progetto](#) del nostro **Forum Disuguaglianze e Diversità** si sono riuniti il 18 ottobre scorso a Roma in Assemblea (in gran maggioranza in presenza) accolti con calore e professionalità presso la Città dell'Altra Economia. Nelle **parole dei diversi invitati**, chiamati a reagire e a discutere le tante questioni aperte, siamo apparsi come: "luogo raro di incontro di intraprese sociali e di ricerca... con tempi svizzeri"; "think-tank" o "think-and-do" che "prova a intercettare, legare e fare dialogare il micro-sperimentalismo democratico che attraversa il paese"; "mix di competenze tecniche che di rado si parlano"; "costruttori di proposte concrete in dialogo con i territori" o addirittura "sindacalisti diffusi territoriali"; e poi "prove di un modo diverso di fare politica"; "portatori di un istituzionalismo sperimentale progressista". Ragioneremo su queste espressioni, ma intanto esse colgono l'amicizia, lo spirito innovativo e il metodo del nostro lavorare e ci confortano. Riflettono la **bella aria che si respirava** il 18 ottobre. **Un'aria di solidarietà, coesione e ragionevolezza, anche nelle difficoltà.** Sia nell'apprendere gli uni dagli altri i progressi realizzati o le sconfitte subite. Sia nel toccare con mano i limiti evidenti che abbiamo e nell'interrogarci su come procedere, in un contesto che da cattivo si fa pessimo.

Siamo partiti da una **Relazione predisposta dal Coordinamento** ([cfr. Punto 1](#)). Abbiamo ascoltato e discusso **20 brevi relazioni** (5 minuti) raccolte attorno a **quattro priorità e campi di azione** che parlano alle preoccupazioni e aspirazioni di una moltitudine di persone e che vorremmo vedere al centro del confronto per le prossime, importanti elezioni europee: servizi universali e conoscenza libera; transizione/trasformazione ecologica come volano di sviluppo; sicurezza, dignità e potere del lavoro; "rimuovere gli ostacoli al pieno sviluppo" delle nuove generazioni ([cfr. Punto 2](#)). Abbiamo narrato **a che punto siamo con il "progetto Scuola"**, che mira a dare sistematicità e qualità alle attività formative del

ForumDD, con forte attenzione al linguaggio, al metodo e al ruolo delle arti nel formare il senso comune ([cfr. Punto 3](#)). E poi, abbiamo ascoltato **tre ospiti autorevoli per aiutarci a inquadrare le prossime sfide del ForumDD** in un contesto dove il “partito della giustizia sociale e ambientale” di cui avremmo bisogno tarda a fiorire e la dinamica autoritaria avanza con toni odiosi e subdoli ([cfr. Punto 4](#)). Il tutto basato su una valutazione del percorso del ForumDD dal 2020 a oggi attraverso le sue Assemblee ([cfr. Allegato](#)).

Dalla giornata è emersa una **decisione importante**, presa all'unanimità. Segnerà il nostro impegno da qui al 9 giugno, quando voteremo con metodo proporzionale per le elezioni europee, e anche dopo quella data: **abbiamo deciso di entrare in quella campagna elettorale, non certo presentando liste o candidature, ma con un libro/piattaforma che a inizio Primavera 2024 descriva i tratti dell'Unione Europea che vorremmo e che divenga il metro per giudicare programmi, partiti e candidature**. L'insieme delle nostre idee e proposte certo non compone l'intero mosaico di un programma per l'Unione Europea, ma offre un gruppo di tessere del mosaico capace di rendere chiara l'Unione che serve al fermento sociale e operoso del paese, quello che prova ogni giorno a costruire un futuro più giusto: dove il **welfare universale** sia promosso, con standard europei, non penalizzato dall'austerità; la **conoscenza e i dati** siano accessibili e a disposizione delle comunità; la **trasformazione ecologica** sia accelerata nell'interesse prima di tutto dei più vulnerabili per realizzare un modo più giusto di vita e di lavoro; **politiche pubbliche e governo societario** siano democratizzati; il ruolo internazionale nei **processi migratori** e come costruttore di **cooperazione e pace**; ecc.

Nel libro/piattaforma, in Primavera, descriveremo la cornice del mosaico e le tessere su cui il ForumDD ha maturato convincimenti e proposte concrete. Sarà il nostro contributo sia ad **un esito elettorale che fermi la dinamica autoritaria che attraversa l'Europa**, sia ad assicurare, grazie al meccanismo del proporzionale, la **presenza in Parlamento Europeo di figure pronte a battersi con competenza per l'Unione che vorremmo**.

RESOCONTO COMPLETO

PUNTO 1 - RELAZIONE DI APERTURA

PUNTO 2 - QUATTRO TEMATICHE E VENTI AZIONI DEL FORUMDD

PUNTO 3 - "PROGETTO SCUOLA"

PUNTO 4 - ALLEANZE E COALIZIONI SOCIALI: QUALE PROSPETTIVA?

ALLEGATO - FORUMDD: COME SIAMO ARRIVATI A OGGI

Da alcuni mesi una penna tagliente scrive sul **Fatto Quotidiano** con la firma "**Sottosopra**". Ora possiamo dire che è una penna che **scrive per il Forum Disuguaglianze Diversità**. L'ultimo articolo è uscito giovedì 26 ottobre e si intitola "Nella Manovra che 'abolisce' le Camere, un vuoto di visione".

"Beata sincerità involontaria. Dopo un anno di indizi disseminati in ogni decisione e provvedimento, finalmente il malcapitato Giorgetti l'ha detto: il governo ha lavorato così bene che sarebbe un peccato presentare emendamenti alla legge finanziaria...".

[CONTINUA A LEGGERE](#)

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcqzGwHLrsdRHkvtXwBRpDDNctMmQc>



Intelligenza artificiale e salute

30 Ottobre 2023

Primo Buscemi e Marco Del Riccio

Lo sviluppo dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario ridefinirà il modo con cui diagnostichiamo e trattiamo le malattie, ma anche il modo con cui organizziamo l'assistenza sanitaria.

Lo sviluppo dell'intelligenza artificiale in ambito medico, come accade quando si fa strada ogni innovazione straordinaria, apre al contempo una serie di prospettive entusiasmanti e spaventose. L'intelligenza artificiale (IA) consiste in un insieme eterogeneo di tecniche e metodi volti a costruire sistemi artificiali dotati di capacità cognitive, che siano quindi capaci di riconoscere, classificare, ragionare, diagnosticare e anche agire, o che siano dotati almeno di alcune di queste proprietà. [1]

Visto il numero crescente di articoli scientifici che affrontano il tema dell'utilizzo dell'IA in medicina, gli editori del New England Journal of Medicine (NEJM) hanno annunciato il lancio della rivista "NEJM AI", dedicata agli sviluppi dell'Intelligenza Artificiale in ambito medico, che avverrà nel 2024. Inoltre, il NEJM ha recentemente pubblicato una serie di articoli che trattano l'argomento, incentrati sulle potenzialità e i limiti dell'applicazione dell'IA nel contesto del sistema sanitario statunitense e con approfondimenti che riguardano diversi settori specifici (ambito clinico, diagnostica per immagini, sorveglianza delle malattie infettive, etc.).

L'intelligenza artificiale in medicina

L'Intelligenza Artificiale è emersa negli ultimi anni come una forza trasformativa nel campo della medicina, capace di ridefinire sotto certi aspetti il modo in cui diagnostichiamo, trattiamo e sorvegliamo le malattie, ma anche – più in generale – il modo in cui organizziamo l'assistenza sanitaria. Questa tecnologia utilizza algoritmi di apprendimento automatico ed analisi dei dati per elaborare grandi quantità di informazioni mediche in modo rapido ed accurato, con l'obiettivo di rendere sempre più precise le decisioni cliniche e di contribuire ad un miglioramento degli esiti di salute dei pazienti.

In particolare, parlare di IA in medicina significa riferirsi all'applicazione dell'intelligenza artificiale e delle tecniche di apprendimento automatico a vari aspetti dell'assistenza sanitaria. L'IA comprende infatti una vasta gamma di applicazioni e tecnologie (alcune ancora oggi inesplorate), ognuna con le proprie capacità uniche e i propri contributi al campo della sanità. Di seguito sono sintetizzate le più recenti evidenze – tratte da articoli pubblicati dal NEJM – che riguardano l'utilizzo dell'IA in alcuni degli ambiti sanitari che hanno già beneficiato del suo impiego, o che potranno beneficiarne nei prossimi anni. [2-5]

Imaging medico

L'IA ha rivoluzionato l'interpretazione delle immagini diagnostiche come radiografie, risonanze magnetiche e tomografie computerizzate. Gli algoritmi di deep learning possono analizzare queste immagini con una precisione straordinaria, aiutando i radiologi nella rilevazione precoce delle malattie e nella diagnosi, ad esempio individuando anomalie che potrebbero sfuggire all'occhio umano. Ciò accelera non solo la diagnosi, ma può migliorarne anche l'accuratezza.

Scoperta e sviluppo di farmaci

L'IA può svolgere un importante ruolo nella scoperta di nuove molecole da usare come farmaci, analizzando enormi set di dati per identificare potenziali candidati farmacologici e prevedere la loro efficacia. I modelli di apprendimento automatico possono simulare interazioni molecolari e valutare la sicurezza ed efficacia dei nuovi farmaci, accelerando notevolmente il processo di sviluppo di farmaci. Questo è stato particolarmente prezioso nella ricerca di trattamenti e vaccini durante crisi sanitarie globali come la pandemia COVID-19.

Medicina personalizzata

L'adattamento dei trattamenti medici (personalizzazione delle terapie) ai singoli pazienti è un principio fondamentale della medicina personalizzata. Gli algoritmi di IA possono analizzare grandi moli di dati dei pazienti, inclusi le informazioni genetiche, la storia clinica e le informazioni sullo stile di vita, per creare piani di trattamento personalizzati. Analizzando i dati relativi alle caratteristiche di ciascun paziente, l'IA può aiutare a ottimizzare la scelta dei farmaci, il dosaggio e le strategie di trattamento, migliorando gli esiti terapeutici e riducendo gli effetti collaterali.

Previsione delle malattie e interventi precoci

I modelli di IA possono prevedere il rischio di malattia analizzando i dati dei pazienti e identificando pattern e fattori di rischio. Ad esempio, gli algoritmi di apprendimento automatico possono analizzare i fascicoli clinici e prevedere la probabilità di sviluppare malattie croniche come il diabete o le malattie cardiache. Gli operatori sanitari possono quindi utilizzare queste informazioni per intervenire precocemente, offrendo misure preventive e interventi personalizzati per gestire o mitigare la progressione della malattia.

Chirurgia robotica

La chirurgia assistita da robot combina l'IA con la robotica per migliorare la precisione chirurgica e ridurre l'invasività. I chirurghi possono controllare sistemi robotici per eseguire procedure complesse con maggiore precisione, riducendo le complicazioni, i tempi di recupero e migliorando gli esiti chirurgici.

Sorveglianza delle malattie infettive

I sistemi basati sull'IA permettono di rilevare e monitorare focolai di malattie infettive in tempo reale analizzando articoli di notizie, post sui social media e dati di sorveglianza. L'IA è in grado di analizzare grandi quantità di dati in modo più rapido ed efficiente rispetto agli operatori umani, consentendo una risposta più tempestiva alle minacce per la salute pubblica.

Come si comprende da questi molteplici esempi, l'IA nella medicina sta rivoluzionando il mondo sanitario, dall'assistenza clinica alla ricerca e allo sviluppo di farmaci, promettendo, pur non senza rischi, di migliorare la precisione delle diagnosi, di personalizzare i trattamenti in base alle esigenze dei singoli pazienti e di prevedere e prevenire malattie in modo più efficace.

Una minaccia per la salute globale?

Se i benefici che potrà apportare l'utilizzo dell'IA sono molti, altrettanti sono i rischi che potrà generare. Secondo uno studio pubblicato nel 2023 dalla rivista BMJ Global Health, l'uso improprio dell'intelligenza artificiale costituisce una minaccia per la salute umana. [6] La ricerca descrive i rischi cui l'IA può dare origine in diversi settori:

- *L'IA può costituire una minaccia per la democrazia, la libertà e la privacy: le aumentate possibilità di analisi di enormi quantità di dati permette lo sviluppo di campagne di marketing e disinformazione mirate e altamente personalizzate e il potenziamento dei sistemi di sorveglianza. Tali fattori potrebbero determinare un aumento delle disuguaglianze di salute.*
- *L'IA può costituire una minaccia per la pace e la sicurezza: può permettere lo sviluppo di sistemi d'arma autonomi letali (LAWS), capaci di operare senza alcun controllo o intervento umano.*
- *L'IA può costituire una minaccia per il lavoro e il sostentamento delle persone: potrebbe causare la sostituzione su larga scala del lavoro umano attraverso l'automazione. La condizione di disoccupazione è associata a stili di vita non salutari e peggiori esiti di salute.*

L'utilizzo inappropriato dell'IA ha dimostrato di avere una ricaduta sui cosiddetti determinanti commerciali della salute (per approfondire: "[Determinanti commerciali della salute](#)"), esercitando un impatto significativo sulla salute globale. Gli esempi concreti di utilizzo inappropriato dell'IA che hanno avuto luogo negli ultimi anni sono molti. Le piattaforme di social media hanno utilizzato le potenzialità offerte dall'IA per manipolare il comportamento dei consumatori attraverso campagne di marketing mirate, volte alla promozione anche di prodotti nocivi per la salute, come si è verificato con i prodotti del tabacco [7-8].

L'uso improprio dell'intelligenza artificiale, attraverso l'impatto che esercita sui determinanti commerciali e politici della salute, costituisce una minaccia per la salute umana.

L'utilizzo improprio dell'IA ha avuto un impatto importante anche sui determinanti politici della salute (per approfondire: "[I determinanti politici della salute](#)"). I social media hanno utilizzato l'IA per influenzare l'opinione politica e il comportamento degli elettori, come è accaduto durante le elezioni kenote del 2013 e del 2017, le elezioni presidenziali statunitensi del 2016 e le elezioni presidenziali francesi del 2017.

Le possibilità offerte dai sistemi di sorveglianza guidati dall'IA facilitano l'instaurazione e il consolidamento di regimi autoritari o totalitari e permettono a tali regimi di perseguire e opprimere specifici individui o gruppi sociali.

Conclusioni

In un celebre articolo del 1975, Pier Paolo Pasolini distingueva i concetti di "sviluppo" e "progresso", ponendo domande fondamentali sul rapporto tra queste due parole. [9]

"Il «progresso» è dunque una nozione ideale (sociale e politica): là dove lo «sviluppo» è un fatto pragmatico ed economico."

Se la tecnologia aveva creato, già allora, la possibilità di un processo di industrializzazione dalle proporzioni inarrestabili, era doveroso identificare la dissociazione esistente tra “sviluppo” e “progresso”. Tale dissociazione richiedeva, dunque, di essere risolta per fare in modo che lo sviluppo quale fatto pragmatico ed economico fosse accompagnato da un reale progresso.

Oggi ci ritroviamo ad affrontare la medesima questione. Riusciremo a fare in modo che questa innovazione tecnologica porti a un vero miglioramento delle condizioni di vita delle persone, costituendo uno strumento per migliorare concretamente la nostra salute e limitando le conseguenze negative di uno sviluppo tecnologico che rischierebbe, altrimenti, di rimanere fine a sé stesso o di causare danni enormi?

L'utilizzo dell'intelligenza artificiale ha già cambiato i nostri comportamenti e la nostra società negli ultimi anni e avrà un impatto sempre più rilevante anche sul mondo sanitario. È doveroso ricordare che le tecnologie utilizzate in ambito sanitario non sono mai neutre. Il modo in cui queste vengono introdotte nei sistemi sanitari e utilizzate potrà ridurre o incrementare le disuguaglianze di salute. [10]

Non possiamo conoscere l'evoluzione alla quale andranno incontro i sistemi sanitari a seguito della diffusione dell'impiego dell'intelligenza artificiale, ma sappiamo bene che, per ottenere un reale beneficio per la salute della popolazione e una riduzione delle disuguaglianze di salute, **l'introduzione di queste tecnologie e il loro utilizzo dovrà realizzarsi secondo i principi di universalità, sostenibilità, equità e appropriatezza.**

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/10/intelligenza-artificiale-e-salute/>



Intelligenza artificiale in medicina: qual è il suo impatto?

L'intelligenza artificiale (IA) applicata alla medicina ha un ruolo fondamentale nel processo che trasforma la sanità in formato digitale.

Che cos'è e cosa si intende per intelligenza artificiale?

L'**intelligenza artificiale** è definita come la **capacità di una macchina di “ragionare, apprendere e risolvere problemi”** proprio come le menti umane, combinando insieme grandi quantità di dati mediante precise istruzioni (algoritmi) che vengono apprese dalla **macchina** in modo automatico. Di intelligenza artificiale si parla da molti anni, almeno dal secondo dopoguerra. Negli ultimi anni si è ripreso a parlarne in seguito alla produzione di **un'enorme mole di dati** e alla successiva **disponibilità di computer in grado di elaborarli**. A questo, poi, aggiungiamo anche l'evoluzione dei **software di intelligenza artificiale** che da semplici sistemi tradizionali basati su comportamenti prevedibili, cioè input forniti dall'operatore, oggi si sono evoluti grazie al **machine learning**. Queste tecniche addestrano i computer che imparano continuamente dai dati che gli vengono forniti. La disponibilità al grande pubblico di **sistemi di intelligenza artificiale** come **ChatGPT** ha contribuito a sdoganare questo argomento che prima era per i soli addetti ai lavori.

Perché è importante l'intelligenza artificiale in campo medico?

La **disponibilità di dati in ambito medico** è cresciuta enormemente così come le fonti da cui essi provengono. Accanto ai **dati tradizionali “strutturati”**, rappresentabili in righe e colonne come avviene con i fogli di Excel o con i principali database (cartelle cliniche, Medline, linee guida e database biomolecolari e genetici) sono sempre più disponibili **dati non strutturati** (come testi, immagini, suoni, sensori, dispositivi indossabili come magliette, braccialetti, orologi intelligenti, conversazioni provenienti dai social media). Si stima addirittura che circa **l'80% dei dati generati quotidianamente non sia strutturato**. Gli **algoritmi di intelligenza artificiale in ambito medico** sono usati per **interpretare questa enorme mole di dati** e per **identificare possibili relazioni di causa-effetto** tra i dati stessi e le **patologie** di cui un paziente soffre.

In quali campi è utilizzata l'intelligenza artificiale in medicina?

Il **campo** nel quale si sono fatti più progressi in termini di utilizzo dell'**intelligenza artificiale come supporto per i medici** è quello **diagnostico**. In questo settore esistono diverse evidenze scientifiche della loro affidabilità, in particolare nell'**area oncologica, respiratoria o cardiologica**. Dopo aver istruito una macchina nell'interpretare immagini fornite tramite radiografie, ecografie, TAC, elettrocardiogrammi e da esami provenienti dall'analisi di campioni di tessuti biologici

(istologici), è possibile **identificare**, con un buon grado di affidabilità, **patologie tumorali, cardiovascolari, dermatologiche, respiratorie**.

Un'altra area sulla quale si sta lavorando molto è quella legata ai **sistemi di predizione**, in grado di identificare possibili patologie ancora prima che queste si manifestino. Ad esempio, grazie all'analisi degli elettrocardiogrammi e alla storia clinica del paziente è possibile predire se una persona sia o meno a rischio di sviluppare patologie cardiovascolari come fibrillazione atriale o scompenso cardiaco. Strumenti simili permettono di predire con una accuratezza e in anticipo di 6 anni lo sviluppo di un tumore del polmone.

Particolarmente interessanti sono i **sistemi basati su intelligenza artificiale a supporto dei medici**, in quanto in grado di suggerire il modo migliore di gestire o trattare dal **punto di vista farmacologico** la patologia di un paziente. Il suggerimento derivante dall'IA si basa su linee guida disponibili al momento, su evidenze scientifiche provenienti dalle pubblicazioni su riviste mediche internazionali, sul decorso di pazienti con patologie simili e sulla storia clinica del paziente da curare.

Non meno interessante è l'**uso dell'intelligenza artificiale nello screening di numerosissime molecole esistenti** con lo scopo di individuare quelle più promettenti da sottoporre a **sperimentazioni cliniche**, riducendo in questo modo i tempi per trasferire i risultati della ricerca alla pratica clinica.

In America sono oltre 500 le applicazioni di intelligenza artificiale approvate dalla Food and Drug Administration. In Italia, invece, quasi tutte quelle disponibili sono ancora in fase di sperimentazione.

L'uso dell'intelligenza artificiale in medicina comporta dei rischi?

Uno dei **rischi** più importanti legato all'**uso dell'intelligenza artificiale in medicina** riguarda il **fatto** che **sistemi** utilizzati **non siano stati sufficientemente testati** e supportati da prove scientifiche. Andrebbero condotti **studi clinici** metodologicamente più solidi che coinvolgano più centri, ospedali e istituti (multicentrici) e che valutino gli effetti in maniera casuale (randomizzati) su un adeguato campione rappresentativo della popolazione presa in esame, a partire dall'inizio dello studio e fino alla sua conclusione (prospettici).

Queste sono alcune considerazioni contenute in un documento ([Linee guida sull'uso dei sistemi intelligenza artificiale in ambito diagnostico](#), di cui Eugenio Santoro è anche coautore) pubblicato dal Ministero della Salute che rappresenta uno strumento importante per chi sviluppa **sistemi di IA** e per chi (medici, pazienti, familiari, caregivers) poi li andrà ad utilizzare.

I **sistemi di intelligenza artificiale**, poi, andrebbero istruiti adeguatamente per **evitare distorsioni di valutazione**, in gergo tecnico **bias**. In letteratura, infatti, sono documentati casi di strumenti di intelligenza artificiale che hanno fallito nel rispondere a determinati quesiti (diagnostici, prognostici, predittivi) perché i pazienti per i quali si cercava la risposta non erano adeguatamente rappresentati nel campione con il quale il sistema era stato istruito.

Occorre tenere presente anche il **fenomeno della black box**, cioè la propensione del sistema di intelligenza artificiale a fornire risposte "difficili".

D'altra parte, non bisogna immaginare l'**intelligenza artificiale** come qualcosa che andrà a **sostituire il medico**: gli strumenti saranno anche intelligenti, ma le decisioni finali rimangono allo specialista per questioni etiche e deontologiche e di responsabilità.

Infine, è necessario che anche a livello istituzionale questi strumenti siano regolamentati in accordo con la nuova normativa europea sui **dispositivi medici** (a cui questi strumenti in gran parte afferiscono), attraverso regole più stringenti, in termini di richiesta di prove di sicurezza ed efficacia, ai fini della loro approvazione e introduzione sul mercato.

E ChatGPT può essere utile a medici e pazienti nel campo dell'intelligenza artificiale?

A differenza dei classici **strumenti di intelligenza artificiale** in grado di interpretare linee guida, storie cliniche dei pazienti e dati raccolti secondo regole ben precise, **ChatGPT** è invece uno **strumento che utilizzando modelli linguistici di grandi dimensioni** è in grado di **aiutare a scrivere testi semplici e comprensibili**. Quando si pongono delle domande a chat GPT il sistema trova, attraverso il software, le parole con maggiore probabilità di essere affini a quelle che le precedono rispetto ad altre che rimangono escluse. È un sistema capace di scrivere testi molto chiari ma non necessariamente affidabili: **ChatGPT**, infatti, attinge da tutto ciò che è su internet, comprese molte **fake news**.

Tuttavia, le **potenzialità sono molte**: si potrebbe sfruttare Chat GPT per sintetizzare e semplificare referti, lettere di dimissioni o documenti complessi in un linguaggio facilmente comprensibile dai pazienti. Oppure, ancora, per organizzare la documentazione all'interno di una struttura sanitaria. Questo strumento, dunque, può essere utile sia per i pazienti che per il personale dell'ospedale, ma non solo. Anche gli studenti possono sfruttarlo per la loro formazione, come supporto allo studio in preparazione degli esami.

Finché non verrà ristretto il campo da cui prendere le informazioni, inserendo solo quelle affidabili e validate, dovremo comportarci come quando cerchiamo informazioni su Google, verificando che le risposte fornite siano coerenti e attendibili. Occorrerebbe fare più domande simili e confrontare i risultati di quello che si ottiene con ChatGPT e altre fonti come i siti web istituzionali. Con questi strumenti la cautela è d'obbligo, **come suggerito dall'OMS** per evitare che la fiducia nell'**intelligenza artificiale** più "tradizionale" sia persa a scapito dei potenziali benefici dati dal suo impiego.

L'impegno del Mario Negri nella ricerca sull'intelligenza artificiale in medicina

L'Istituto Mario Negri è impegnato in diversi studi che sviluppano o adottano **strumenti di intelligenza artificiale**.

Il **Laboratorio di Medical Imaging** è impegnato nello **sviluppo** e nell'**applicazione di algoritmi di Machine Learning**. Gli ambiti principali sono:

- applicazione di un modello di **deep learning** (cioè **apprendimento profondo**) per effettuare **misurazioni quantitative di porzioni sane e patologiche**, in gergo tecnico "segmentazione automatica di strutture anatomiche sane e patologiche". Queste misurazioni possono rappresentare un **importante biomarker** per la valutazione di una malattia. L'approccio, che nel periodo della pandemia è stato diffusamente impiegato in ambito polmonare, sta trovando sempre maggiori applicazioni a livello renale e in altri distretti anatomici.
- predizione dell'**outcome clinico della fistola arterovenosa**, che permette l'accesso al sistema venoso del paziente che deve sottoporsi al trattamento emodialitico e viene ottenuta chirurgicamente unendo un'arteria e una vena. Nelle settimane che seguono la chirurgia, la fistola arterovenosa va incontro a un processo di "maturazione", il flusso di sangue aumenta e il vaso si dilata e si ispessisce, in modo da agevolare il prelievo del sangue e assicurare un trattamento dialitico efficiente. Tuttavia, non tutte le fistole maturano con successo a causa di tanti fattori che influiscono sulla sua maturazione (diametri dei vasi, ematocrito, pressione sanguigna, presenza di patologie come ipertensione e diabete). Grazie ad un **algoritmo** in grado di predire la maturazione, è possibile sapere a priori se la fistola avrà successo, evitando così operazioni inutili. Un passo importante nella direzione della medicina di precisione.

Lo studio eCREAM

Una particolare categoria di **strumenti di intelligenza artificiale** è quella che fa riferimento al **Natural Language Processing**, utile per **processare ed interpretare il linguaggio "naturale"**, inteso come **linguaggio specialistico**. In ambito medico, per esempio, sono utilizzati per analizzare le note delle cartelle cliniche nelle quali si riporta, in forma testuale, il decorso ospedaliero di un paziente (capi note): l'**IA** in questo caso sarà in grado di estrarre eventi accaduti che non sono stati correttamente riportati nella cartella clinica. Lo sviluppo di uno strumento di questo genere è alla base di un progetto europeo chiamato **eCREAM (enabling Clinical Research in Emergency and Acute care**

Medicine), recentemente finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma Horizon Europe e coordinato da Guido Bertolini, responsabile del **Dipartimento di Epidemiologia medica**, con l'obiettivo di **sviluppare una piattaforma informatica** che raccolga in modo automatico i dati dagli applicativi usati nei Pronto Soccorso e in altri reparti ospedalieri rendendoli disponibili, una volta anonimizzati, per scopi di **ricerca clinica** nel campo della **medicina d'urgenza**. Il medico, compilando la cartella clinica, farà così automaticamente anche la raccolta dati per la ricerca senza dover dedicare del tempo ad hoc.

Le tecnologie sviluppate nell'ambito di eCREAM saranno testate in due casi d'uso. Nel primo caso si studierà la propensione al ricovero in Pronto Soccorso attraverso **modelli matematici** che predicono la **probabilità di un paziente di essere ricoverato**. Nel secondo caso si studierà l'affluenza al pronto soccorso per fornire informazioni ai diversi operatori dell'emergenza-urgenza, a chi ha responsabilità di politica sanitaria e ai cittadini, in modo da **migliorare il servizio di assistenza** e renderlo sempre più personalizzato sulle caratteristiche del paziente, della condizione clinica e del territorio.

Lo studio I3LUNG

Lo studio **I3LUNG** è un progetto europeo che ha come obiettivo l'**implementazione delle cure mediche personalizzate con l'intelligenza artificiale**, per i pazienti con **tumore al polmone**. Il progetto coinvolge sei centri clinici di eccellenza per la cura del tumore del polmone (Italia, Germania, Spagna, Grecia, Israele, USA) e vede la partecipazione di 16 tra le migliori organizzazioni europee e internazionali in ambito oncologico, tra cui i ricercatori del Dipartimento di Oncologia Sperimentale, guidato da Massimo Broggin.

I3LUNG mira a creare uno **strumento decisionale all'avanguardia** che aiuterà sia i medici che i loro pazienti a **selezionare la migliore cura**, sia per efficacia che per risposta ai loro specifici bisogni e necessità. Il progetto utilizzerà l'**intelligenza artificiale**, in particolare le **metodologie dette di apprendimento profondo e approfondimento automatico (Deep Learning e Machine Learning)** per analizzare a pieno tutta la grande quantità di informazioni disponibili per questo tumore. Verranno raccolte le caratteristiche cliniche, genetiche e molecolari, le immagini radiologiche e le caratteristiche del tumore già disponibili per 2.000 pazienti arruolati in studi clinici nei centri partecipanti al progetto. È inoltre previsto uno studio psicologico per sviluppare uno strumento di supporto alla decisione medica.

<https://www.marionegri.it/magazine/intelligenza-artificiale-medicina>

L'innovazione è un fenomeno sociale

Donato Scolozzi, Partner Kpmg

(Intervento presentato in occasione del 12° Healthcare Summit del Sole-24Ore)

"Too good to be true".

È questo il titolo di un articolo dell'*Economist* di qualche settimana fa. Troppo bello per essere vero! Anche i più ottimisti non si sarebbero aspettati una crescita dell'economia nonostante l'incremento dei tassi di interesse, le guerre e le crescenti tensioni geopolitiche.

Anche l'Italia nonostante abbia registrato una "crescita zero" nell'ultimo trimestre, mostra una crescita acquisita per l'intero 2023 pari a +0,7%. In questo scenario, però, proprio l'incremento dei tassi di interesse non deve lasciarci tranquilli e deve obbligarci ad una seria riflessione sul tema della produttività del Servizio Sanitario Nazionale.

Non dobbiamo infatti dimenticare che la crisi del debito sovrano del 2012, un momento critico per il finanziamento del Ssn in Italia, ha costretto il governo a prendere decisioni difficili e che rischiarono di non garantire la sostenibilità del sistema sanitario in un contesto di restrizioni finanziarie.

La sfida dell'innovazione nel prossimo anno sarà mettere a disposizione del settore strumenti utili per garantire un aumento della produttività. Certo, parlare solo di produttività non fa mai piacere.

La parola "Produttività" in sanità deve, sempre, seguire le parole "Prevenzione", "Esiti" e "Appropriatezza".

Quasi scontato affermare che non è sensato erogare un numero maggiore di prestazioni in un dato periodo di tempo se queste prestazioni avrebbero potuto non essere erogate grazie ad una corretta prevenzione, se queste prestazioni non danno i risultati di salute attesi o se addirittura, date le condizioni del paziente, sono superflue (quindi inappropriate).

Diciamocelo, far prevenzione sembra davvero difficile.

Nel Regno Unito, "Our Future Health", rappresenta un esempio interessante di come la digitalizzazione potrebbe riscrivere il futuro del settore.

Si stanno reclutando fino a 5 milioni di volontari adulti da tutta la nazione per aiutare i ricercatori a scoprire nuovi modi per prevenire, rilevare e trattare le malattie. I volontari contribuiscono condividendo i propri dati genetici che, combinati con i dati esistenti, inclusi i record sanitari, consentiranno di calcolare un punteggio di rischio di malattia.

Questo progetto è stato "lanciato" con un finanziamento iniziale di £79 milioni da UK Research and Innovation, un ente finanziato dal governo britannico ed ha poi raccolto ulteriori £160 dall'industria della scienza della vita nonché da altri fondi.

Anche parlare di "Esiti" sembra complesso. Negli ultimi anni più volte si è affrontato il tema dell'esito delle cure (si pensi in particolare al Piano Nazionale Esiti o all'adozione dei PROMs – Patient-Reported Outcome Measurement da parte di regione Toscana).

I PROMs sono questionari (impiegati in studi clinici per valutare l'efficacia delle terapie) che misurano la percezione del paziente riguardo al proprio stato di salute, benessere e qualità della vita. Servono per valutare l'impatto dei trattamenti sulla vita quotidiana del paziente. Immaginate quanto sarebbe semplice (tecnologicamente) oggi rispondere ad un "questionario" via smartphone.

Gli indicatori di esito dovrebbero essere selezionati, adottati e mantenuti nell'ambito delle singole specialità e dovremmo renderne "obbligatorio" l'utilizzo. Per iniziare potremmo concentrarci su quelle patologie, quindi specialità, che più di altre spingono i pazienti a rivolgersi in emergenza o urgenza ad un ospedale.

Ma veniamo ad Appropriatezza e Produttività. Parto proprio dalla produttività sia per facilitare la riflessione, sia perché riteniamo che in questo momento storico abbiamo il dovere di rivolgere l'innovazione proprio in questa direzione.

Questa dipende sostanzialmente da tre fattori: dall'investimento in capitali per ridurre il lavoro "manuale", dal livello di formazione dei lavoratori e dallo sviluppo tecnologico delle macchine, noto come "produttività totale dei fattori" (Total Factor Productivity o TFP). Di fatto il PNRR garantisce capitale per l'acquisto di tecnologie e formazione per l'adozione del Fascicolo sanitario elettronico.

Il terzo fattore, la produttività intrinseca della tecnologia, diciamocelo, ha deluso negli ultimi 20 anni. In sanità si applica alla perfezione il "paradosso di Solow" ("Vedo computer ovunque tranne che nelle statistiche della produttività").

Forse non la so misurare, forse è solo questione di tempo o forse quei dati, come spesso ci capita di constatare, sono gelosamente custoditi all'interno di scrigni inaccessibili.

In KPMG si cresce con la convinzione che "si migliora solo ciò che si misura".

Con gli anni si capisce, poi, che il mestiere del manager è parlare con il proprio team di quelle misure, confrontarsi sulle possibili soluzioni, adottare le azioni necessarie per risolvere i problemi e, quindi, tornare, spesso, a parlare di quelle misure per poter verificare che le soluzioni adottate hanno dato i frutti sperati. È qui la sfida!

Di cosa stiamo parlando spesso? Parliamo di "Spesa sanitaria sul Pil". Siamo diventati tutti grandi esperti di "Spesa sanitaria su Pil".

Dobbiamo tornare a parlare di “Numero di prestazioni per 1.000 abitanti”, di “Numero di accessi di pazienti cronici in pronto soccorso”, di “Numero di interventi per struttura”, di “Tasso di visite giornaliero in guardia medica”, di “Degenza media”.

Di questo dobbiamo parlare quotidianamente con medici, farmacisti e infermieri e con loro dobbiamo condividere le possibili soluzioni.

La sfida dell'innovazione in sanità la si vince se saremo capaci di usare i dati che la digitalizzazione ci mette a disposizione per riqualificare i modelli di servizio.

Per farlo però abbiamo bisogno di “diplomatici aziendali” che facilitino (dati alla mano) la diffusione e l'adozione delle invenzioni che arrivano ogni giorno da un settore in continuo fermento.

A tal proposito c'è un interessante articolo uscito ad Agosto del 2022 su Harvard Business Review della professoressa Raffaella Sadun che dovrebbe farci pensare.


Provo a riadattarlo al nostro contesto. Per abbracciare l'innovazione abbiamo bisogno di dirigenti che abbiano forti competenze relazionali, che siano in grado di motivare forze lavoro diverse (medici, infermieri in primis), e che siano “tecnologicamente” competenti.

Chi saprà riqualificare il proprio mestiere in questo modo potrà svolgere il ruolo del diplomatico aziendale, trattando efficacemente con stakeholder che vanno dall'industria della scienza della vita, alle strutture erogatrici accreditate e non, dalle associazioni pazienti alle assicurazioni.

Quando ci riferiamo a “competenze relazionali”, intendiamo in particolare la capacità di ascoltare e comunicare efficacemente, la capacità di lavorare e gestire i conflitti tra persone e gruppi diversi, ciò che gli psicologi chiamano “teoria della mente”- la capacità di dedurre cosa stanno pensando e sentendo gli altri.

L'innovazione è un fenomeno sociale, serve competenza, certo, ma serve molto di più la capacità di ascoltare e la capacità di gestire i conflitti che naturalmente l'innovazione genera.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-11-16/l-innovazione-e-fenomeno-sociale-122825.php?uuid=AF3plyeB&cmpid=nlqf>

 **Tecnologia** Economia digitale

Così l'intelligenza artificiale trasforma il settore sanitario

di Antonino Caffo

13 luglio 2023

Appena 5,80 secondi. È il tempo impiegato, in media, da una piattaforma di intelligenza artificiale per eseguire un audit clinico, in confronto ai 10 giorni necessari a un operatore umano per giungere allo stesso risultato.

Numeri forniti nel 2020 dalla **Task Force del G20 sull'economia digitale** e gli impatti dell'AI e che, visti i recenti sviluppi dell'informatica, rischiano di ampliare ulteriormente il divario. Eppure, uomo e macchina possono ancora andare d'accordo in uno scenario sanitario in cui tagli e riduzioni mettono a rischio non solo la puntualità dell'assistenza ma anche la qualità del servizio.

«Le potenzialità dell'intelligenza artificiale in sanità sono enormi», sottolinea **Andrea Celli, managing director di Philips Italia, Israele e Grecia**. «Le soluzioni sul mercato permettono di ricavare informazioni strategiche in modo sempre più veloce e preciso, per una gestione predittiva e più personalizzata».

È il caso di **Philips SmartSpeed**, che applica l'AI a strumenti di risonanza magnetica (Rm). La piattaforma si basa su due tecnologie di radiologia con intelligenza artificiale, **Compressed Sense** e **Adaptive-Cs-Net**, che insieme velocizzano il tempo di scansione, senza compromettere la qualità delle immagini. SmartSpeed punta a offrire imaging rapido e di alta qualità per una gamma ampia di pazienti, da quelli che accusano dolore a chi ha difficoltà a trattenere il respiro durante l'esame o che indossa impianti a compatibilità Rm condizionata.

Ma non è solo tecnologia: «Per Philips, il valore dell'AI si fonda sull'esperienza umana, sulla possibilità di unire la potenza degli algoritmi a una profonda conoscenza clinica. Nascono soluzioni da integrare nei flussi di lavoro degli operatori sanitari e nel percorso di cura del paziente, senza difficoltà anzi con estrema naturalezza. L'innovazione tecnologica in sanità può essere umana e sostenibile, con le persone al centro».

Che strumenti di AI siano già una realtà, anche in Italia, lo dimostra l'azienda ospedaliero-universitaria Senese. Qui, l'AI è usata per il miglioramento dei percorsi clinico-diagnostici, in particolare per l'analisi di immagini ottenute con Rm e Tc (tomografia computerizzata).

Il fine? «Valutare il grado dell'entità degli ictus e prendere decisioni terapeutiche in modo più tempestivo ed efficace» afferma Antonio Davide Barretta, direttore generale dell'Azienda. «In caso di ictus ischemico acuto, con l'ausilio dell'AI,

i clinici possono visualizzare informazioni su posizione, estensione e gravità, fattori fondamentali per il processo decisionale e per garantire la migliore terapia».

L'attenzione verso l'innovazione è confermata dalla rete locale **Saihub, Siena Artificial Intelligence Hub**, un collante progettuale tra imprese, mondo della ricerca e centri di eccellenza, e dalla presenza dell'azienda ospedaliera nell'alleanza Aioti, rete europea che riunisce i soggetti impegnati nello sviluppo e nell'implementazione dell'Internet delle Cose e dell'AI anche in campo sanitario.

Peraltro, l'ospedale ha un progetto di studio sulla sindrome di Rett, anche questo basato sull'utilizzo dell'AI per la previsione dell'insorgenza dei sintomi e la variabilità fenotipica associata.

Ma se **il trend del momento è rappresentato dai chatbot**, l'healthcare non ne è esente. **Microsoft**, che ha investito pesantemente in **OpenAI**, ha messo assieme vari strumenti di intelligenza artificiale per migliorare scenari specifici, come la comprensione dell'andamento di analisi e l'individuazione delle incoerenze nel tempo.

Sono quattro i pilastri di questa visione di "sanità intelligente": il large language model di Gpt, il chatbot ChatGpt, il linguaggio di programmazione Codex e la piattaforma Dall-E 2, già famosa per essere il motore che fa girare Bing Image Creator, sito web che tutti possono usare per creare opere grafiche a partire da poche indicazioni testuali.

Mettendo assieme questi elementi, con i primi tre che sono integrati nel recente **Gpt-4**, Microsoft riesce non solo a dare "in pasto" ai suoi algoritmi centinaia di pubblicazioni scientifiche, che facciano da sfondo alle attività di addestramento dell'AI, ma anche a velocizzare il monitoraggio dei pazienti, con semplici finestre di chat in cui gli assistenti digitali forniscono suggerimenti, indicazioni e migliori pratiche da seguire.

Così il follow-up "aumentato" non toglie nulla al lavoro del medico, anzi lo valorizza, lasciando che le intuizioni siano guidate dai dati.

<https://www.ilsole24ore.com/art/dalla-clinica-all-imaging-senso-dell-ai-la-sanita-AFSKWm>



L'intelligenza artificiale avrà le sue responsabilità in ambito sanitario: scenari di rischio nel rapporto di cura

Flaviano Antenucci coordinatore dei corsi specialistici Cineas in Cyber sicurezza in Sanità e Gestione del rischio assicurativo in Sanità

Nel biennio della telemedicina, il settore sul quale il Pnrr concentra fondi e progetti per la sanità del futuro, l'intelligenza artificiale (AI) sta svolgendo un ruolo da protagonista facendo sembrare ogni altro scenario come passato o non più attuale. È comprensibile che si ricerchino spazi di applicazione nell'ambito sanitario di tecnologie che promettono di migliorare il percorso di cura dei pazienti. Tuttavia, penso che sia indispensabile in questa fase immaginare oltre gli ambiti di applicazione anche i punti di attenzione e i rischi nell'impiego di queste innovazioni.

Per farlo – come diceva John Cage, grande artista americano, un uomo in costante ricerca che molto ha sperimentato nella musica del Novecento – non è necessario rinunciare al passato, ma è anzi partendo dalle esperienze note e dalla coscienza della centralità dell'essere umano rispetto a qualsiasi complemento o strumento che sarà possibile costruire le migliori applicazioni possibili.

Rispetto alla medicina come l'abbiamo conosciuta fino ai tempi recenti, che è stata sostanzialmente assistenza nosocomiale alle gravi patologie e opera artigianale di singoli medici di comunità, impegnati nella diagnosi clinica senza molti strumenti, la moderna responsabilità professionale risulta influenzata da tre fattori caratterizzanti, che vanno oltre gli scenari di colpa ed errore con cui ci siamo confrontati fino a questo momento: tecnologia, multidisciplinarietà e aspettative.

Gli esperti di gestione del rischio nelle strutture sanitarie dovrebbero familiarizzare con questi fattori, determinando nelle attività oggetto di analisi in quale "categoria" si posiziona l'introduzione dell'AI:

A. come strumento di produzione, privilegiando così la componente "tecnologica"

B. come elemento di "staff", cioè utilizzandola come contributo multidisciplinare

C. come amplificatore delle aspettative del paziente, con le conseguenze sulla responsabilità degli operatori sanitari da valutare

Nello scenario A, il rapporto medico-paziente rimarrà sostanzialmente invariato, perché l'AI sarà semplicemente uno strumento di produzione, un ausilio simile (per categoria di rischio) a una macchina Tac o a un elettrobisturi o a un device. Il paziente continuerà a "vedere" nel suo orizzonte solo medici e strutture, ed il rischio rimarrà confinato nell'area "interna" delle responsabilità eventualmente concorrenti all'interno dell'arco terapeutico di cura. Se quindi sarà il device e la componente di AI ad essere in tutto o in parte la causa della responsabilità verso il paziente, si tratterà di delineare

le responsabilità tra operatori sanitari e produttori/gestori dei devices, anche in base alle norme del Reg. 745/2017 UE (Responsabilità del produttore di medical devices).

Nello scenario B – situazione in cui l'AI diventa una sorta di "operatore virtuale" dello staff di cura – possiamo e dobbiamo immaginare invece un nuovo tipo di rapporto medico-paziente in quanto, in questo caso, l'AI diventerà un interlocutore del paziente stesso (probabilmente, instaurando un rapporto anche diretto). Tale mutamento si rifletterà anche sulle responsabilità e corresponsabilità (se ad esempio l'anamnesi di un paziente viene curata da un interlocutore "virtuale" grazie all'AI, e questo guida il medico nella determinazione di un iter terapeutico inappropriato, ne risponderà solo il professionista o anche il produttore dell'AI? E con quali interazioni?). Possiamo immaginare un rischio determinato dalla compresenza di profili professionali e di responsabilità legate alle equipe collegate a quelle del produttore dei devices. Insomma, un mutato rapporto di cura con un sostanziale mantenimento delle responsabilità proprie anche dei produttori di devices (in questo caso dotati di AI).

E arriviamo infine all'ultimo scenario che è anche il più immediato e urgente in cui, indipendentemente dall'apporto della tecnologia al processo di cura, la presenza di AI viene pubblicizzata o, comunque, comunicata al paziente instillando aspettative di nuove chance e possibilità. In altre parole, l'AI viene comunicata come un upgrade capace di generare esiti più sicuri, guarigioni più veloci e così via.

Per generare aspettative non è necessario dire espressamente che ci saranno, ma è sufficiente darlo a intendere con espressioni come: "Si tratta della prima macchina nel territorio a "campo largo" e "dotata di Intelligenza Artificiale". È evidente che l'utente medio non può sapere in che modo un "campo largo" e l'"AI" possano essere un valore per lui, ma queste notizie potrebbero motivare la decisione di preferire il luogo dove queste apparecchiature sono presenti rispetto a quello dove non lo sono e, di certo, rinforzeranno le attese di miglior esito per l'utilizzo di macchinari evoluti ed innovativi

Rappresenteranno insomma una ulteriore e più rafforzata promessa contrattuale, rispetto alla quale ogni risultato diverso da quello ottimale verrà vissuto come un fallimento o comunque un tradimento delle promesse indotte. Insomma, si prospettano scenari professionali che daranno da fare sia ai risk manager che a tutti gli attori del processo di cura in rapporto con il paziente. E, ancora una volta, dovrà essere un lavoro multidisciplinare, aperto, costruttivo e pratico, che rilevi i rischi sopra accennati, li metta in relazione con le altre novità dei servizi sanitari (dalla telemedicina alle nuove organizzazioni territoriali) e crei sicurezza e controllo, senza amplificare paure, ma comunicando in modo diretto e preciso nuovi compiti e nuovi modi di compiere attività consolidate.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-11-29/l-intelligenza-artificiale-avra-sue-responsabilita-ambito-sanitario-scenari-rischio-rapporto-cura-105317.php?uuid=AFzSI6pB&cmpid=nlaf>



I tre vantaggi della Sanità digitale aspettando la rivoluzione culturale

Giorgio Casati Direttore generale Asl Roma 2

Affrontare le crescenti sfide di una società che invecchia e fa sempre meno figli richiede una rivoluzione del nostro sistema sanitario.

Gli investimenti previsti dal Pnrr e i provvedimenti di programmazione nazionale e delle regioni aprono a una profonda trasformazione guidata dalla digitalizzazione delle attività sanitarie, argomento intorno al quale si è discusso molto a Roma in occasione di Welfair 2023.

Tuttavia, non si è ancora diffusa, sia tra gli operatori della sanità che nella popolazione, la piena consapevolezza dei vantaggi che possono derivare da una sanità digitale. In parte ciò deriva dalla naturale diffidenza degli esseri umani nei confronti del cambiamento e, in parte, dalla convinzione che fare una visita "a distanza" sia una sorta di ripiego riservato a coloro che abitano lontano da una struttura sanitaria o che, per motivi di salute (o di solitudine), non possano accedere alle strutture per ottenere una visita in presenza. In realtà, la medicina digitale comporta lo sviluppo di un nuovo paradigma di salute (fare cose nuove, supportati da strumenti nuovi), entro un ecosistema digitale che presenta vantaggi estremamente concreti.

Il primo vantaggio riguarda la possibilità di rendere operative le reti cliniche mettendo in relazione fra loro i nodi che le compongono.

La vera forza della digitalizzazione consiste nella capacità di abbattere le barriere tra i professionisti della salute, di natura spaziale ma anche istituzionale e contrattuale, in un confronto multidisciplinare e interprofessionale che facilita

la formulazione di piani terapeutici inclusivi della molteplicità dei fabbisogni del paziente: clinici, assistenziali e sociali. Per il paziente, ciò significa poter accedere all'intero sistema di offerta sanitaria o socio sanitaria che lo riguarda, ottenere informazioni univoche da parte dei suoi interlocutori, ridurre o eliminare la ripetizione di indagini diagnostiche inutili e, anche, i tempi necessari per il loro ottenimento, e soprattutto non svolgere più la funzione di intermediazione e integrazione tra i diversi professionisti.

Il secondo vantaggio è legato all'evidenza che i nuovi strumenti modificano il modello di servizio di assistenza e cura. Ad esempio, il telemonitoraggio non è sostitutivo di una "prestazione" che prima veniva effettuata in presenza (poiché prima questa opportunità non c'era).

Il telemonitoraggio è una componente di servizio nuova che si innesta su un modello preesistente, innovandolo. Un paziente "telemonitorato" può avere un minor bisogno di controlli programmati perché garantito da interventi mirati quando necessario.

E la televisita non rappresenta una modalità sostitutiva, ma, al contrario, una prestazione aggiuntiva da assicurare quando i dati del telemonitoraggio segnalino criticità. Una nuova modalità di servizio che fa sentire la persona seguita e protetta dal sistema sanitario. Dunque, non l'idea di distanza e di ripiego di una prestazione fatta "da remoto", ma un forte senso di vicinanza.

Il terzo vantaggio è conseguente ai precedenti: la capacità di prevedere la domanda futura e organizzare dinamicamente l'offerta, riducendo o eliminando l'annosa questione delle liste d'attesa.

La realizzazione del modello a rete e i nuovi servizi di telemedicina determinano, infatti, la necessità di dotarsi di strumenti digitali di pianificazione dei percorsi, nella forma di piani di salute individuali globali (ossia inclusivi della molteplicità dei bisogni della persona). Inoltre, la digitalizzazione delle attività sanitarie consente di disporre di elementi conoscitivi analitici sullo stato di salute della persona e non solo, la cui elaborazione, anche attraverso sistemi di intelligenza artificiale, consente di passare (finalmente) da un modello di sanità reattiva (vado dal medico quando sto male) a una proattiva o, addirittura, predittiva, con interventi mirati di prevenzione, per intercettare anticipatamente l'insorgere delle patologie, rendere più efficace l'azione di cura e migliorare la qualità di vita delle persone.

Vantaggi tangibili il cui perseguimento, è meglio essere chiari su questo punto, non è subordinato alla semplice messa a disposizione della tecnologia.

È necessario, infatti, avviare un profondo cambiamento culturale, tanto nella popolazione quanto nei professionisti, che richiederà diverso tempo.

L'importante, ora, è lavorare affinché questo tempo, necessario a introdurre e consolidare le innovazioni, venga aggredito con immediatezza per evitare il rischio che si continuino a fare cose vecchie con strumenti nuovi, vanificando o riducendo sensibilmente le opportunità derivanti dai finanziamenti europei.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-11-29/i-tre-vantaggi-sanita-digitale-aspettando-rivoluzione-culturale-110329.php?uuid=AFx8X6pB&cmpid=nlqf>



Intelligenza artificiale in Sanità: gli utilizzi migliori

HomeCultura E Società Digitali

Ottenere riassunti delle conversazioni mediche a partire dal dialogo (medico-paziente) registrato durante le visite agli assistiti; creare dati "medici" sintetici; aiutare i medici a rispondere alle domande cliniche. Sono molti gli usi dell'IA in ambito sanitario. Tuttavia, gli utilizzi attesi, come la diagnosi delle malattie, sono ancora lontani.

Pubblicato il 16 mag 2023

Luigi Mischitelli

Privacy & Data Protection Specialist at IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza

Alcune aziende statunitensi che offrono sul mercato lo stesso tipo di **Intelligenza Artificiale** alla base del rinomato (e discusso) **ChatGPT** della californiana OpenAI si stanno facendo largo in diversi ospedali e aziende farmaceutiche statunitensi. Questo, nonostante permangano dubbi (fondati) sull'accuratezza di tale tecnologia applicata al settore sanitario.

Al di là delle continue innovazioni del settore, **gli operatori sanitari statunitensi rimangono molto cauti nell'utilizzare l'Intelligenza Artificiale generativa** per formulare diagnosi o per fornire cure mediche ai pazienti. Non è escluso che tale tecnologia possa, talvolta, inventare risposte di sana pianta quando non dispone di informazioni sufficienti; problematica che potrebbe renderne troppo rischioso l'uso nella maggior parte dei contesti sanitari.

Indice degli argomenti

- *L'IA per creare riassunti delle conversazioni mediche*
- *Come funziona la piattaforma di Abridge*
- *L'IA per creare copie realistiche dei dati dei pazienti a fini di ricerca*
- *L'IA per aiutare i medici a rispondere alle domande cliniche*
- *Conclusioni*

L'IA per creare riassunti delle conversazioni mediche

Esaminiamo il ruolo di diverse aziende statunitensi della East e della West Coast.

WHITEPAPER

Contact Center performante grazie all'AI: Istruzioni pratiche, tool e servizi in una guida dedicata

Chatbot

Image recognition

Un'azienda ubicata a Pittsburgh (Pennsylvania), la **Abridge AI Inc.**, offre sul mercato un prodotto che **aiuta i medici a scrivere note "in automatico"** durante e dopo aver concluso le visite con i pazienti. La piattaforma di Abridge AI utilizza l'Intelligenza Artificiale generativa per creare riassunti delle conversazioni mediche a partire dal dialogo (medico-paziente) registrato durante le visite agli assistiti. Questo sistema è nato per **aiutare i medici a ridurre la quantità di tempo che dedicano al "prendere appunti"**, ossia quella parte – (potremmo dire, universalmente) percepita come "burocratica" – che può impegnare il professionista sanitario anche per più di due ore al giorno. Al momento, uno dei primi utilizzi su larga scala della tecnologia di Abridge AI in ambito sanitario è in fase di implementazione presso lo University of Kansas Health System [1], nosocomio di Kansas City che ha messo a disposizione tale tecnologia ad oltre duemila dei suoi medici.

Per molti professionisti, americani e non, ridurre il "carico di documentazione" in capo ai medici è una priorità assoluta (nonché una sfida per i prossimi mesi o anni).

Come funziona la piattaforma di Abridge

Allo stesso modo del suo omologo di Kansas City, lo University of Pittsburgh Medical Center (che figura tra gli investitori di Abridge AI) ha in programma di far utilizzare tale piattaforma alle sue migliaia di medici al momento che lo strumento sarà integrato nei suoi sistemi di cartelle cliniche elettroniche. [2] L'Intelligenza Artificiale generativa permette di produrre soluzioni simili a quelle che produrrebbe l'uomo, oltre ad altri contenuti come codici (informatici) e illustrazioni digitali. La piattaforma di Abridge si basa su **una combinazione di algoritmi di apprendimento automatico** (Machine Learning) open-source (quindi, liberamente accessibile); modelli linguistici di grandi dimensioni come quelli che alimentano ChatGPT (per intenderci), utilizzati per generare e perfezionare risultati partendo da un determinato dataset.

L'IA per creare copie realistiche dei dati dei pazienti a fini di ricerca

Invece, la californiana **Syntegra Inc.** – con sede a San Francisco – utilizza l'Intelligenza Artificiale "generativa" (che crea nuove informazioni a partire da determinati input) per creare copie realistiche dei dati dei pazienti a fini di ricerca. L'Intelligenza Artificiale generativa è utilizzata da Syntegra per **creare dati sintetici** (dati che imitano quelli reali): nel dettaglio, **"versioni copia" di cartelle cliniche (vere) che mantengono le proprietà fisiche delle originali**. Sebbene l'uso dei dati sintetici nell'assistenza sanitaria e nella ricerca medica non sia del tutto nuovo, Syntegra è stata la prima ad applicare l'Intelligenza Artificiale generativa per creare dati "medici" sintetici. La tecnologia di Syntegra è stata testata dall'azienda farmaceutica belga Janssen Pharmaceutica, di proprietà del gigante sanitario a stelle e strisce Johnson & Johnson.

Janssen ha dichiarato che i dati sintetici creati da Syntegra non sono soggetti al Regolamento (UE) 2016/679 (**GDPR**), in quanto **non attengono a cartelle cliniche di "pazienti reali"**; il che permetterebbe all'azienda belga di trattare liberamente tali dati. I dati sintetici utilizzati da Janssen, inoltre, potrebbero essere particolarmente utili per la ricerca sulle malattie meno comuni, dove è più difficile raccogliere dati sui pazienti che possano ritornare utili ai medici.

In generale, la documentazione "assistita" e i dati sintetici sono considerati meno importanti in termini di "applicazione" dell'Intelligenza Artificiale generativa al settore sanitario, perché **sono percepiti come aventi un impatto meno diretto sui pazienti**. Tuttavia, è possibile che un giorno tale tecnologia possa cambiare radicalmente il modo in cui alle persone vengono diagnosticate (e trattate) le malattie. Alcuni sostengono che la diagnosi medica può essere notevolmente assistita dall'Intelligenza Artificiale, la quale può analizzare sterminate quantità di letteratura medica e di dati.

L'IA per aiutare i medici a rispondere alle domande cliniche

L'azienda californiana Atropos Health Inc., ad esempio, sta utilizzando una forma diversa di Intelligenza Artificiale per aiutare i medici a rispondere alle domande cliniche [3]. Secondo tale azienda, applicazioni di Intelligenza Artificiale generativa come ChatGPT non sono attualmente adatte né ad aiutare i medici né a curare i pazienti, poiché attingono alla sola letteratura medica e divulgativa esistente per rispondere alle domande cliniche che le sono poste ("peccando" di mancata accuratezza). **Atropos Health, invece, attinge a milioni di cartelle cliniche anonimizzate per produrre**

ricerche osservazionali. Inoltre, prima di essere condivisi con i medici, i risultati della ricerca vengono previamente esaminati dallo staff sanitario di Atropos.

Conclusioni

Sul successo di una qualsiasi azienda sanitaria incentrata sull'Intelligenza Artificiale (generativa e non) incombe "lo spettro" di quello che può essere considerato come una sorta di "flop". La differenza, ora, è che le comunità di esperti di Intelligenza Artificiale e del mondo sanitario sono diventate molto più brave a determinare le domande specifiche a cui l'apprendimento automatico è più adatto a rispondere, migliorando in tal modo gli algoritmi che vengono addestrati su un corpo sempre crescente di letteratura medica e di dati dei pazienti. È stato, in parole povere, "corretto il tiro". **Tuttavia, gli utilizzi futuri dell'Intelligenza Artificiale generativa, come la diagnosi delle malattie, sono ancora lontani.** La tecnologia in esame potrebbe migliorare rapidamente i processi operativi in ambito sanitario, come la programmazione e il flusso dei pazienti, che da tempo necessitano di aggiornamenti tecnologici; tuttavia, scommettere il tutto e per tutto su soluzioni "alla ChatGPT", al momento, è alquanto sconsigliato.^[4]

[1] University of Kansas Health System taps Abridge to roll out AI-based medical transcription for thousands of docs. Fierce Healthcare. <https://www.fiercehealthcare.com/health-tech/university-kansas-health-system-teams-ai-startup-abridge-streamline-ehr#:~:text=The%20University%20of%20Kansas%20Health,system's%20more%20than%20140%20locations>.

[2] UPMC crosses Abridge for \$15m. Global University Venturing. <https://globalventuring.com/university/upmc-crosses-abridge-for-15m/>

[3] Atropos Health Launches Evidence Network to Back Its Physician Consult Service. MedCityNews. <https://medcitynews.com/2023/03/atropos-health-launches-evidence-network-to-back-its-physician-consult-service/>

[4] Generative AI Makes Headway in Healthcare. The Wall Street Journal. <https://www.wsj.com/articles/generative-ai-makes-headway-in-healthcare-cb5d4ee2>

<https://www.agendadigitale.eu/cultura-digitale/lia-si-fa-largo-anche-in-sanita-le-soluzioni-in-uso-e-quelle-attese/>

Economia e sanità

CORRIERE DELLA SERA

Lavoratori introvabili, dagli ingegneri agli operai specializzati: i profili più ricercati dalle imprese

Diana Cavalcoli

Le aziende sono propense ad assumere in misura maggiore rispetto a un anno fa ma faticano a trovare candidati con le competenze richieste. A fotografare la situazione è il Bollettino annuale 2023 del Sistema informativo Excelsior, realizzato da Unioncamere e Anpal. Nel report si evidenzia come siano state **oltre 5,5 milioni le assunzioni programmate dalle imprese nel 2023** sia con contratti a tempo indeterminato che determinato: 330 mila in più rispetto al 2022 (+6,4%) e quasi 894 mila in più rispetto al 2019 (+19,4%).

Un problema chiamato mismatch

Il problema per i datori però si chiama **mismatch**, il disallineamento tra domanda e offerta di lavoro. Ma vediamo i numeri che portano le aziende a parlare di «introvabili» sul mercato. **Guardando ai settori a trainare le assunzioni è la filiera del turismo**, che supera il milione e 100mila assunzioni previste (+160mila rispetto al 2022 e +291mila sul 2019), del commercio, quasi 749mila contratti (rispettivamente, +77mila e +59mila), delle costruzioni (+40mila e +177mila, per complessive 549mila assunzioni) e delle industrie manifatturiere (con 957mila entrate, +22mila sul 2022 e +103mila sul 2019). Il punto è che nonostante i dati positivi i mismatch continua ad aumentare per tutti i profili ricercati. Nel complesso è al **45,1% delle assunzioni, in crescita di 4,6 punti percentuali sul 2022** e di 18,7 punti percentuali sul 2019. In particolare, raggiunge il 60,3% la quota di criticità per gli operai specializzati.

Guardando alle singole professioni introvabili poi gli **ingegneri** (con l'80,7% di criticità su poco meno di 5mila entrate programmate), **le professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche** (all'80,3% su 42mila ricerche delle imprese) e i

tecnici delle costruzioni civili (con il 79,3% di difficoltà rispetto alle oltre 8mila assunzioni). Difficile reperire anche il 65,5% dei diplomati Its Academy, il 49% laureati e il 46,9% dei qualificati/diplomati professionali. Tanta richiesta quindi e pochi lavoratori disponibili per molteplici ragioni: si va banalmente dalla demografia ai salari bassi, dalla formazione inadeguata fino alle migliori prospettive di carriera (e non solo salariali) per i giovani all'estero.

Figura 1 – Entrate programmate dalle imprese nel 2023 per macro-gruppo professionale e difficoltà di reperimento (valori assoluti e %)



Fonte: Unioncamere-ANPAL, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Le differenze territoriali

Impossibile poi non considerare le dinamiche territoriali. Il flusso delle entrate programmate supera 1,6 milioni di unità nelle regioni del Nord Ovest, seguono le regioni del Sud e Isole con poco meno di 1,5 milioni di assunzioni e quelle del Nord Est, 1,3 milioni. Per tutte queste macro-ripartizioni l'aumento dei contratti proposti è intorno al +5%. Solo le regioni del Centro mostrano una tendenza superiore alla crescita media (+11,0%), superando 1,1 milioni di assunzioni, grazie soprattutto all'apporto del turismo.

Si legge nel report: «**Le difficoltà di reperimento più significative si registrano nell'area del Nord Est (50,4%).** Prossime al valore medio le criticità che emergono nel Nord Ovest (al 45,9%), mentre i dati sono più contenuti per il Centro (43,2%) e per il Sud e Isole (40,9%). Tutte le aree condividono comunque difficoltà di reperimento in aumento rispetto al 2022». Segno che il mismatch cresce ed è un fenomeno su cui pesa l'attrattiva dei territori e [ovviamente degli stipendi offerti in base a l'osto della vita.](#)

https://www.corriere.it/economia/lavoro/23_novembre_28/lavoratori-introvabili-ingegneri-operai-specializzati-profili-piu-ricercati-imprese-32bbcece-8d2e-11ee-b4a7-347e05f6b33b.shtml

la Repubblica

Casa, i mutui crescono e gli stipendi no: giovani esclusi da acquisti e affitti

Filippo Santelli

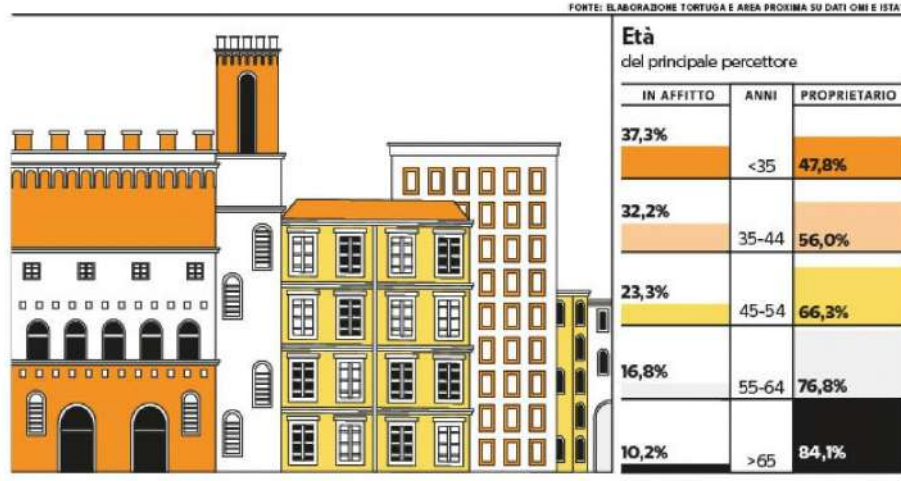
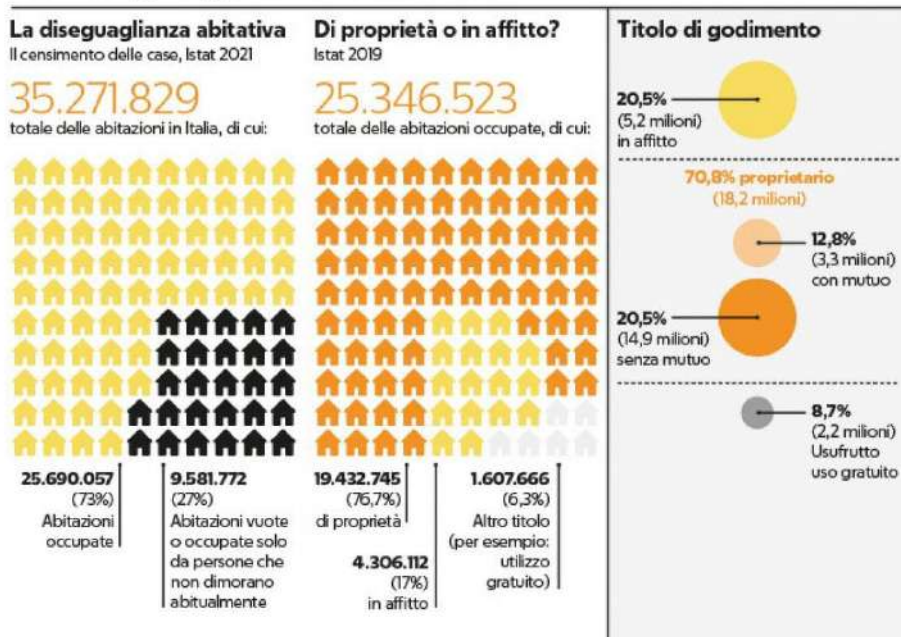
Nelle grandi città fatica anche la classe media. A Milano prezzi saliti del 25-30%, i salari solo del 7. E in Italia l'edilizia popolare è ferma al 5%

Due stipendi sopra i 2 mila euro. Famiglie alle spalle che possono dare una mano.

«Siamo dei privilegiati, lo so», dice Anna. Solo che «neanche un privilegio basta» per comprare la casa giusta [a Milano](#). Anna, 39 anni, project manager, e il compagno Agostino, programmatore, ora vivono in un appartamento di 70 metri quadri nel quartiere Città studi.

Andava bene, ma vorrebbero fare «il grande salto», allargare famiglia e spazi. «Sotto i 650 mila euro in zona non si trova nulla — racconta — sarebbero oltre mille euro di mutuo, troppo per il costo della vita di Milano. Stiamo considerando di uscire fuori, ma già impiego 45 minuti per arrivare al lavoro. E se devo andare a Gorgonzola, con tutto il rispetto, torno nella mia Brescia».

La diseguaglianza della casa



Anna e Agostino allora restano nel limbo, aggrappati al loro posticino nella metropoli, resistendo alla forza centripeta che li spinge via: «Non più giovani e non del tutto adulti».

Storia comune: perché nel limbo della [casa impossibile](#), nuovo fronte delle diseguaglianze, sono intrappolati sempre più italiani.

Soprattutto nelle grandi città più attrattive, dove i metri quadri sono contesi tra lavoratori qualificati e non, studenti, fondi immobiliari e affitti turistici.

Soprattutto tra i più giovani: universitari alla ricerca di affitto, lavoratori a inizio carriera.

Dove sono le opportunità, per loro non c'è spazio.

Emergenza nazionale

Così, nel Paese dove oltre 7 famiglie su 10 possiedono casa, con 35 milioni e 271 mila abitazioni di cui quasi 9 milioni e 600 mila non abitualmente occupate, l'abitare sta diventando [emergenza](#).

Tre emergenze. La prima nelle aree interne, che lo spopolamento condanna al degrado.

La seconda, la più drammatica, nelle periferie, dove un milione e mezzo di famiglie vivono un "disagio abitativo", non riescono o fanno molta fatica a pagare l'affitto.

La terza, la più nuova, nelle città "calamita", da cui la (presunta) classe media viene invece respinta o espulsa. Bisogna guardare un numerino, si chiama indice di accessibilità: misura la percentuale del reddito di una famiglia necessario a pagare un mutuo per comprare casa.

Oltre 30 il peso è troppo, la casa inaccessibile.

Per l'Italia il valore è 15, ma in un Paese divaricato la media inganna. Scorporando i dati per Comune, come ha fatto il think tank Tortuga, si scopre che quasi un municipio su cinque è in zona rossa: lì una famiglia "media" non può permettersi l'acquisto. Quali? Le località turistiche, come Cortina o la Costiera Amalfitana. Ma soprattutto capoluoghi del Centro e del Nord che sommano opportunità di studio, di lavoro e turismo: Roma (33), Milano (35), Bologna (34), Firenze (41), Napoli (47), ma anche Padova e Verona. «È un'emergenza», dice Luca Dondi, amministratore delegato di Nomisma. «Una fascia crescente di popolazione è esclusa dal mercato della compravendita e una altrettanto grande dalla locazione».

Quindici metri quadrati

Stime inquietanti, visto che precedono la stretta monetaria della Bce, che sta facendo impennare i tassi dei mutui e stringere i cordoni del credito: nei prossimi mesi sarà in banca la prima barriera, specie per chi ha contratti precari o per le famiglie con un solo reddito.

L'altro motivo per cui il problema sta esplodendo è il ritorno in massa verso le città, dopo la fine del Covid e della parentesi smart-bucolica: negli ultimi due anni il prezzo a metro quadro è ripartito, con incrementi di almeno il 4% nei grandi centri del Nord, e anche più alto per gli affitti.

Ma è sbagliato ridurre tutto ai costi, che perfino a Milano sono cresciuti meno che in altre metropoli europee. Il problema più strutturale è il rapporto con le buste paga, ferme da trent'anni ed erose dall'inflazione: «Nelle città europee sono molto più alte: è questa la criticità per chi arriva da fuori come studenti o neolaureati», spiega Massimo Bricocoli, direttore del dipartimento di Architettura e Studi urbani del Politecnico di Milano. Il suo Osservatorio casa abbordabile ha fatto i conti per Milano: dal 2015 al 2021 i prezzi di vendita e affitto sono saliti tra il 25 e il 30%, i salari del 7.

Una perdita di potere d'acquisto immobiliare che misura in metri quadrati: se nel 2015 un quadro poteva permettersi con il suo stipendio 37 metri nuovi o 64 di usato da ristrutturare, nel 2021 è sceso a 30 e 51 metri. Per un operaio, salario di 1.500 euro, l'accessibilità del nuovo è scesa da 19 a 15 metri, una stanza, l'usato da 33 a 25.

Ma anche un laureato del Politecnico a un anno dalla laurea guadagna in media 1.550 euro.

Significa che a Milano comprare casa è un miraggio, al massimo può affittare un posto letto.

Due mesi di frustrazione

Se Milano è l'emblema, Bologna segue a ruota. «Ti racconto i due mesi più frustranti della mia vita», attacca Dario Punzi, 36 anni, che lavora nel marketing di una multinazionale alimentare e ha accettato di trasferirsi con la compagna, ora alla ricerca di lavoro, da Roma al capoluogo emiliano.

Con un contratto indeterminato da 30 mila euro netti l'anno credeva di non avere problemi ad affittare. Finché nella vetrina di un'agenzia immobiliare, a fianco alle case in offerta, ha visto la bacheca di chi domanda: «Coppia di medici cerca..., Diplomatico con famiglia cerca... budget 2.500 euro».

Inizia l'Odissea. Bilocali a non meno di mille euro al mese, bagni nei sottoscala, garanzia di due contratti — non uno solo — e sei mesi di fideiussione. Dopo l'ultimo affitto sfumato («la signora ha deciso che "con Airbnb si guadagna di più"»), i due hanno ripiegato ad Anzola, 15 chilometri fuori Bologna, tra la via Emilia e il West. «Dovremo prendere una seconda macchina, spese in più, ma almeno abbiamo un posto».

Negli ultimi mesi, a Bologna e in tutta Italia, gli affitti turistici sono finiti sul banco degli imputati: dopo il Covid, Airbnb & Co. sono tornati a occupare spazi crescenti nei centri storici.

I dati non sono univoci: l'Associazione italiana gestori affitti brevi calcola 600 mila annunci online, l'1,7% del totale delle case e il 6,3% di quelle non occupate.

Il numero, anche nelle grandi città, è inferiore a quello delle abitazioni lasciate vuote, da proprietari che non possono o non vogliono affittarle, magari spaventati da problemi di morosità. Anche le case che ci sono, quindi, restano sottoutilizzate, indipendentemente da Airbnb.

Le storie però raccontano di tanti proprietari che si spostano dall'affitto tradizionale a quello breve, più lucrativo e meno rischioso, togliendo metri quadri dal mercato. Dice Francesca, 43 anni, libera professionista di Verona che «il centro sta facendo la fine di Venezia: dovrò lasciare il mio monolocale perché ci vogliono fare una locazione turistica. Andrò a vivere a Mantova, pur avendo l'ufficio qui».

Le città inaccessibili

Accessibilità dell'acquisto di una casa in centro

⚠️ 30% soglia di accessibilità oltre la quale scatta la criticità

*HAI: Indice di accessibilità: quantità di reddito disponibile necessario a pagare le rate del mutuo



Disuguaglianze al quadrato

La “turistificazione” delle città è solo un aspetto di un fenomeno più ampio: nell'Italia dei proprietari di casa, forse proprio per questo, da anni sono scomparse le politiche abitative.

Lo mostra il buco nero dell'edilizia pubblica e sociale, che all'estero è anche per la classe media: da noi copre meno del 5% delle abitazioni, non basta neppure per i più poveri.

Mentre le risorse per la casa, mezzo punticino di Pil, sono la cenerentola delle politiche sociali.

Nel frattempo la casa è diventata sempre più rendita, sempre meno abitazione.

Undici assessori di città amministrate dal centrosinistra hanno appena sottoscritto un manifesto per il rilancio delle politiche abitative, chiedendo risposte al governo.

«Difendere il sistema attuale significa difendere l'iniquità, ma i sindaci non hanno le leve economiche e una svolta a livello nazionale mi pare difficile», dice Luca Dondi di Nomisma.

Vedere la rimozione dal dibattito della questione tasse, nonostante tutte le organizzazioni internazionali ci raccomandino di spostare l'imposizione dal reddito alla rendita, che almeno per gli affitti cresce molto di più. La riforma del catasto, primo passo per redistribuire i pesi, è stata stralciata dalla nuova delega fiscale del centrodestra.

«I giovani sono agganciati alle famiglie attraverso il patrimonio — dice Bricocoli del Politecnico — e questo produce una divaricazione crescente tra i figli di famiglie che possiedono e quelli che contano solo sul proprio stipendio».

Disuguaglianza tra chi ha casa e chi non ce l'ha.

Tra chi la possiede nelle città delle opportunità e chi lontano.

Disuguaglianza al quadrato, che lascia fuori dalla porta sempre più italiani.

https://www.repubblica.it/cronaca/2023/05/07/news/la_casa_impossibile_i_mutui_crescono_gli_stipendi_no_giovani_esclusi_da_acquisti_e_affitti-399066073/?ref=RHLF-BG-I399052601-P6-S1-F