

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia

n. 10 del 1.01.2024



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:



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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

- “ASIQAS 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 – “ASIQAS Covid19 Review”: www.asiquas.net

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



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



In collaborazione con



SAVE THE DATE

OSPEDALE DEL FUTURO: FLESSIBILE, TECNOLOGICO, SOSTENIBILE. I MODELLI ORGANIZZATIVI

Giovedì 11 gennaio 2024 ore 9.30/13.00
Sala Convegni Ospedale "G. Mazzini" Teramo



PROGRAMMA

9.30 Saluti

Maurizio Di Giosia

Direttore Generale Asl Teramo

Silvia Scelsi

Presidente Nazionale Asiquas

Pierluigi Cosenza

Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale (Regione Abruzzo)

Nicoletta Veri

Assessore alla Salute e pari opportunità Regione Abruzzo

Marco Marsilio

Presidente Regione Abruzzo

Presentazione dei contenuti dell'ebook:

10.00 "L'OSPEDALE FLESSIBILE: QUALE ORGANIZZAZIONE E QUALI MODELLI PER IL FUTURO"

"Perché l'ebook, l'ospedale che cambia"

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale Asiquas

"Ospedali e reti cliniche"

Maurizio Dal Maso

Direttore Sanitario Istituto "Fanfani", Firenze

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

Virginia Serrani

Direttore Tecnico DSP - Darvo Serrani Project, Firenze

"Ospedali e loro strumenti di governance"

Antonio Giulio de Belvis

Docente Università Cattolica del Sacro Cuore

12.00 Tavola Rotonda: "L'ospedale che cambia, l'ospedale 4.0."

Luigi Bertinato

WHO Italia, Venezia

Americo Cicchetti

Direttore generale della Programmazione sanitaria

del Ministero della Salute

Claudio D'Amario

Direttore generale Dipartimento sanità Regione Abruzzo

Maurizio Di Giosia

Direttore Generale Asl Teramo

Domenico Mantoan

Direttore Generale Agenas

Maria Randazzo

Dirigente statistico Agenas

Modera: Esther Maragò - Quotidiano Sanità

INFORMAZIONI GENERALI

Iscrizioni entro il 9 gennaio su

www.eventiecongressi.it/aslteramo

Per informazioni: Studio Eventi & Congressi - 0872713586



Indice

Articolo di apertura	12
Quotidiano sanità - <i>Verso il value based: è tempo di incentivare il trinomio "risorse + qualità + valore per il paziente" anche in Italia</i> – Antonio de Belvis, Maurizio Dal Maso e altri	12
Quotidiano sanità - <i>Che ne è dell'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere (e dei sistemi di classificazione Sdo/Drq correlati)?</i> -Marino Nonis	13
Quotidiano sanità - <i>Cop28, le motivazioni della "salute" e il diritto alla "sanità"</i> – Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci	17
Forward – <i>Centralità della persona e sostenibilità del sistema</i> – Antonio de Belvis	22
Quotidiano sanità - <i>Il fabbisogno di personale del Ssn, questo sconosciuto</i> - Claudio Maria Maffei	24
Toscana Medica – <i>La misura del cambiamento del nostro SSN-SSR</i> – Maurizio Dal Maso	26
Scenari della sanità	28
Institute for Healthcare Improvement – <i>Don Berwick sul mito dell'assistenza sanitaria nel libero mercato</i>	28
The NEJM - <i>Fondamenti di etica medica: una serie di nuove prospettive</i> – B.Lo, D. Malina e altri	30
CENSIS - <i>57° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2023</i>	31
Quotidiano sanità - <i>Il 79% degli italiani molto preoccupato di non poter più contare sul Ssn. Il Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese</i>	33
Il Sole24Ore - <i>UE per la salute 2024: la Commissione adotta il programma di lavoro con 752,4 milioni di euro</i>	34
Salute Internazionale - <i>Il deserto sanitario</i> - Gabriele Cerini, Erika Del Prete e Carla Lunetta	35
Il Sole 24Ore - <i>Summit Equità e Salute 2023: rilanciare e ammodernare il Servizio sanitario nazionale è possibile sin d'ora. Dieci le leve per l'equità di accesso proposte da Salutequità</i>	37
The Lancet – <i>Come la modellizzazione può supportare meglio le politiche di sanità pubblica</i> – Commissione Lancet	43
Il Sole 24Ore - <i>Schillaci: stop al dimagrimento dei fondi, dal 2023 al 2026 assicurati 18 miliardi al Ssn</i>	43
Il Sole 24Ore - <i>Cop28/ Schillaci: "Investire in salute per contrastare i rischi legati al cambiamento climatico"</i>	44
Il Sole 24Ore - <i>L'Indice globale della fame in un contesto di "policrisi"</i> - Valeria Emmi	45
Il Sole 24Ore - <i>Sciopero di medici e infermieri: sale la protesta in tutta Italia, adesioni fino all'85%</i>	46
Quotidiano sanità - <i>Schillaci replica ai medici che hanno scioperato: "Non sono mai soddisfatti. Abbiamo aumentato i fondi e gli stipendi"</i>	47
Quotidiano sanità - <i>Anaa e Cimo Fesmed: "Siamo stupiti e meravigliati dall'attacco del Ministro"</i>	48
Salute Internazionale - <i>La Medicina penalizza le Donne</i> - Silvio Garattini e Rita Banzi	49
Il Sole 24Ore - <i>Così il tessuto connettivo della salute si candida a sostenere il sistema sanitario. Progetti in campo a cominciare dall'attuazione del PNRR</i>	51
Scenari del SSN	52
Il Sole 24Ore - <i>I 45 anni del Ssn/ Gimbe lancia la rete civica #SalviamoSsn</i>	52
Quotidiano sanità - <i>"Troppe famiglie cadono in povertà per pagarsi le cure". Il report dell'OMS Europa</i>	54
Il Sole 24Ore - <i>Presentato da The European House-Ambrosetti il "Meridiano Sanità Regional Index 2023" sulla situazione della salute nelle Regioni italiane</i>	56
Quotidiana sanità <i>Manovra. Dal parziale dietrofront sul taglio alle pensioni all'incremento del Fondo Alzheimer e per i test Ngs per malati rari e oncologici. Ecco tutte le novità e le misure previste per la sanità</i> Giovanni Rodriquez	60
Il Sole 24Ore - <i>Pma nei Lea/ Salutequità: abbattere disomogeneità regionali e liste di attesa per sostenere i bisogni delle coppie</i>	67
Sostenibilità della sanità	69
Quotidiano sanità - <i>Le grandi ipocrisie sul Ssn</i> - Roberto Polillo	69
Quotidiano sanità - <i>Giornata mondiale copertura sanitaria universale. Oms: "Investire in sistemi sanitari resilienti, basati su una forte assistenza sanitaria di base"</i>	71
Salute Internazionale - <i>Cosa vuol dire "Prestazione universale"</i> - Tiziano Vecchiato	72
Salute Internazionale - <i>La sanità nella Legge di bilancio</i> - Nerina Dirindin e Enza Caruso	75
Quotidiano sanità - <i>"Labirinto della cura": ci vive quasi un italiano su tre a causa di una patologia cronica o rara. Oltre 8 mln i caregiver non riconosciuti. Il rapporto di Cittadinanzattiva</i>	77

One Health, clima e salute	80
ONU – Risoluzione COP 28 Dubai	80
EcQuologia - COP28: il testo dell'accordo finale e le reazioni	83
Domani - Le 34 parole per salvare il mondo: ecco perché Cop28 può essere una svolta – F. Cotugno	86
Il Sole 24Ore - Campus Bio-Medico: il modello One Health piace all'88% degli italiani ma è tempo di realizzarlo	88
La Repubblica - Raggiunto il record di anidride carbonica degli ultimi 14 milioni di anni: mai così tanta nell'atmosfera - Elena Dusi	91
La Repubblica – COP 28, l'Italia bocciata in clima scende al 44° posto nella classifica Legambiente . Germanwatch	93
Science - La nuova classe di refrigeranti "protetti dall'ozono" potrebbe presentare svantaggi inattesi Alix Soliman	95
The NEJM - Malattie trasmesse dall'acqua che sono sensibili alla variabilità climatica e ai cambiamenti climatici - Jan C. Semenza, ,e Albert I. Ko,	96
Sanità pubblica e privata	104
Quotidiano sanità - 45 anni Ssn. Gimbe: "Festa di compleanno amara, tra sottofinanziamento e privato che avanza"	104
Il Sole 24Ore - Tra regressione tariffaria ed extra budget: altolà alle distorsioni perché i Lea vanno sempre garantiti nel privato accreditato come nel pubblico - Ettore Jorio	106
Quotidiano sanità - Assicurazioni sanitarie, vediamoci chiaro - Marco Geddes De Filicaia	108
Quotidiano sanità - Covid. Studio Oms sottolinea il ruolo della sanità privata in Lombardia in lotta pandemia	110
Quotidiano sanità - Dai farmaci alle visite fino al dentista. Gli italiani si pagano le cure di tasca propria. In 6 anni la spesa out of pocket è cresciuta del 43%	112
Pandemie, oggi e domani	114
Min Salute, ISS – Monitoraggio Fase 3 Report settimanale	114
FIASO - Covid, +32% di ricoveri nell'ultima settimana	117
Nature - La vaccinazione ripetuta con mRNA potenzia sequenzialmente i CD8 specifici per SARS-CoV-2+ cellule T in persone con precedente COVID-19 - Emily S. Ford, Koshlan Mayer-Blackwell e altri	118
Quotidiano sanità - Covid. Su Nature scienziati americani aprono la strada verso vaccini più efficaci: saranno somministrati direttamente nelle vie respiratorie	119
The Lancet – Effetto delle seconde vaccinazioni di richiamo e della precedente infezione contro SARS-COV-2 nella coorte di operatori sanitari SIREN del Regno Unito – Peter kinwan, Victoria J. Hall e altri	119
The Lancet – Sinbiotici nella sindrome post acuta da Covid 19: un potenziale nuovo quadro terapeutico? – Betty Ramann e M. N. Ramassamy	121
The Lancet – Modelli di infezioni respiratorie dopo Covid 19 – La medicina respiratoria Lancet	123
The NEJM - Simvastatina in pazienti critici con Covid-19 - Gli investigatori REMAP-CAP	124
Il Sole 24Ore - Covid: meccanismo Covax per accesso ai vaccini "chiude" il 31 dicembre. Forniti 2 mld dosi vaccino ed evitati 2,7 mln morti nei Pvs	126
PNRR e sua implemantazione	127
La Repubblica - PNRR, l'UPB: ritardi gare, specie al Sud. Spesa al 14,7%. Dalla rimodulazione, rischio di dover ricorrere ai prestiti sul mercato	127
L'ospedale che cambia	128
JAMA - Cambiamenti negli eventi avversi ospedalieri e negli esiti dei pazienti associati all'acquisizione di private equity - Sneha Kannan, Joseph Dov Bruch, Zirui Song	128
Quotidiano sanità - Troppi i ricoveri inappropriati in Italia? L'Ocse sembra smentire questa narrazione. Dati sotto la media e in costante miglioramento dal 2011 - Giovanni Rodriquez	129
Quotidiano sanità - Mobilità sanitaria. Un giro d'affari di circa 3 miliardi che vede sempre un pellegrinaggio da Sud a Nord	131
Sanità Informazione - In burnout 6 infermieri su 10: qualità delle cure e sicurezza dei pazienti a rischio	134
Il Sole 24Ore - Medici in fuga all'estero/ Io, "expat" in Germania in fuga dalla burocrazia, bassi stipendi e aggressioni - Gian Marco Rizzuti	136
Il Sole 24 Ore - Manovra: così cambia l'articolo 33 sulle pensioni dei medici. Che potranno restare al lavoro fino ai 70 anni	137
Il Sole 24 Ore - Agenas: sull'attuazione delle reti oncologiche le Regioni viaggiano a due velocità	138
The Lancet – Rapida crescita degli ospedali privati in Cina: sfide emergenti e opportunità per la gestione del settore sanitario	142

Nursing	152
Quotidiano sanità – “ <i>Infermieri sull’orlo di una crisi di nervi: in burnout il 60%. Indagine Fnopi: “Qualità delle cure e sicurezza dei pazienti a rischio”</i> ”	152
Quotidiano sanità - <i>Cos’è la salute per ciascuno di noi?</i> - Marina Vanzetta	154
Scienze Infermieristiche – Benessere professionale dell’infermiere e sicurezza delle cure in epoca pandemica -A. Bagnasco, G. Catania, M. Zonini e altri	155
Intensive Care Medicine – <i>Sostenibilità economica delle terapie intensive in Europa</i> - M. Cecconi, C.D: Spies, R. Moreno	167
FNOPi – <i>Studio BENE, in burnout 6 infermieri su 10. Qualità delle cure e sicurezza del paziente a rischio.</i>	170
Sociale, long care e terza età	172
Sanità Informazione - <i>Migrazione sanitaria, riprendono i viaggi della speranza Sud-Nord: il 9% dei pazienti si ricovera fuori regione</i>	172
Il sole 24 ore - <i>Spesa sanitaria: nel 2022 a carico degli italiani 40,26 miliardi (+8,3%), la metà per visite e interventi</i>	173
Sanità Informazione - <i>Povertà sanitaria, fenomeno in aumento: sette italiani su mille chiedono aiuto per curarsi</i>	174
Quotidiano sanità - <i>Manovra. Per finanziare il parziale dietrofront sulle pensioni il governo taglia il finanziamento del Ssn a partire dal 2033</i>	175
Il Sole 24 Ore - <i>Iss: in Italia 3 milioni di over 65 hanno rinunciato alle cure</i>	176
Quotidiana sanità <i>Spesa sociale dei comuni. “Tanta strada da fare verso il Pnrr”. Il Rapporto Ifel Federsanità</i>	178
Quotidiano sanità - <i>Demografia. Istat: al 31 dicembre 2022 in Italia 58.997.201 residenti, in calo di 32.932 unità. Nuovo record negativo nascite (-7.000 rispetto al 2021) e speranza di vita in crescita solo per gli uomini</i>	183
Nature - <i>Le tracce dell’invecchiamento degli organi nel proteoma plasmatico tracciano la salute e la malattia</i> - Hamilton Se-Hwee Oh , Jarod Rutledge e altri	185
Il Sole 24 Ore - <i>Le RSA, la presa in carico degli anziani e la dura legge del "minutaggio"</i> – C. Testuzza	188
Forum D&D – <i>La PA che vorremmo.</i>	189
OECD – <i>Health at a Glance 2023 - Italy</i>	191
Wellforum – <i>La spesa pubblica per long care in Italia</i> – Franco Pesarsi	193
Digitalizzazione e telemedicina	198
La Repubblica - <i>Ai Act, sulle regole per l’intelligenza artificiale raggiunto l’accordo in Europa. Breton: “Momento storico, guideremo la corsa”</i> -Filippo Santelli	198
Min Salute - <i>PNRR, Schillaci: più fondi per telemedicina e assistenza domiciliare</i>	200
La Repubblica - <i>AI Act, in dirittura di arrivo. Ecco cosa potrebbe cambiare</i> – V. Tiani e Rocco Panetta	202
Quotidiano sanità - <i>Esperienze Digitali. La strategia di estensione integrata delle funzionalità di telemedicina nell’Ausl di Reggio Emilia</i> - Ing. Paolo Bronzoni e Ing. Marco Foracchia	203
The Lancet – <i>Sviluppo e validazione di reti neurali profonde open source per la lettura completa delle radiografie del torace</i> . Y. Dicente Cid, M. Macpherson e altri	206
WIRED - <i>La crisi di OpenAI ha segnato la fine dell’altruismo efficace?</i>	207
The NEJM - <i>Condivisione dei dati: una nuova era per la ricerca finanziata dal governo degli Stati Uniti</i> Joseph S. Ross, Joanne Waldstreicher, e Harlan M. Krumholz	209
Economia e sanità	212
Il Sole 24 Ore - <i>Negativo il bilancio di previsione dell’Inps: -9,25 mld</i> - Claudio Testuzza	212
Il sole 24 Ore - <i>Patto di stabilità Ue guarda al debito. Giorgetti: calo sia sostenibile</i>	213
Regione Toscana - <i>Accordo sul bilancio annuale UE per il 2024</i>	213
<i>Corriere della sera - Mes, cosa prevedeva la riforma e che effetti ha il «no» sugli altri 19 Paesi</i>	217

quotidianosanita.it

Verso il value based: è tempo di incentivare il trinomio “risorse + qualità + valore per il paziente” anche in Italia

Necessario pensare ad un diverso sistema di finanziamento che segua il diverso modello di erogazione delle prestazioni sempre più orientate al percorso clinico-assistenziale completo e non più alla semplice retribuzione di singole prestazioni sanitarie spesso fra loro non coordinate.

Maurizio Dal Maso, membro CDN ASQUAS, Healthability, Firenze,

Antonio Giulio de Belvis, membro CDN ASQUAS, coordinatore CTS ASQUAS e docente Gov Value Lab, Università Cattolica del Sacro Cuore

Giuseppe Greco, Gov Value Lab, Università Cattolica del Sacro Cuore

Edoardo Valentini, Gov Value Lab, Università Cattolica del Sacro Cuore

05 DIC -

Negli anni, aver applicato sistemi di finanziamento per DRG/ROD in coerenza con l'utilizzo delle SDO ha permesso notevoli passi in avanti in termini di controllo di gestione per l'intero SSN, o almeno per gli ospedali, ma ha contemporaneamente evidenziato il limite del “frazionamento operativo/retributivo” legato a questo sistema di pagamento.

Un DRG viene tariffato e questo importo dovrebbe coprire l'intero costo sostenuto dall'ente erogatore per quella prestazione, ma tutto nasce e finisce in quel “episodio di cura” e quindi non aggiunge valore per il paziente in termini complessivi di conoscenza e valutazione del suo percorso assistenziale in termini di appropriatezza, efficacia e produttività.

Al contrario permane la necessità di rendere unitario il percorso assistenziale del paziente e quindi nasce l'esigenza di predisporre un nuovo sistema di pagamento/finanziamento del sistema stesso.

Se a tutto questo aggiungiamo il concetto di “valore” dato dal rapporto fra gli esiti di salute raggiunti diviso tutte le risorse consumate, ovvero spostiamo la prospettiva sul reale raggiungimento di un miglioramento delle condizioni di salute intesa come “la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive” (OMS, 2011), appare evidente che è necessario pensare ad un diverso sistema di finanziamento che segua il diverso modello di erogazione delle prestazioni sempre più orientate al percorso clinico-assistenziale completo e non più alla semplice retribuzione di singole prestazioni sanitarie spesso fra loro non coordinate.

Questa è la vera scommessa: rendere unitario il percorso assistenziale, indipendentemente dalla natura sociale dei diversi erogatori, tracciare in modo digitale questo percorso e prevedere il sistema unitario di pagamento/retribuzione dell'intero percorso.

Il VBHC individua nel “valore per il paziente” l'elemento su cui basare le politiche di riorganizzazione del sistema sanitario, secondo tre macroaree: outcome clinico, efficacia/efficienza e sostenibilità delle cure, includendo, tra l'altro, l'elemento di costo del percorso di cura.

Secondo il VBHC gli incentivi ai provider devono basarsi sul raggiungimento di alti valori di outcome e non sui semplici volumi delle prestazioni.

La Value Agenda si deve, quindi, coordinare con le diverse aree di innovazione:

- *Organizzare i percorsi di cura in Integrated Practice Unit,*
- *Implementare sistemi di monitoraggio degli outcome e dei costi,*
- *Passare da pagamenti per singole prestazioni a pagamenti di tipo bundled,*
- *Ricercare l'integrazione tra i provider,*
- *Garantire l'espansione territoriale dei servizi e adottare sistemi informativi per il supporto alle decisioni e all'integrazione.*

La realizzazione di quanto descritto richiede l'attuazione di alcuni punti operativi^[1]:

1. *Misurazione e valutazione degli esiti e dei costi per ogni paziente;*
2. *Configurazione del miglioramento della qualità/value based;*
3. *Inserimento del value nella comunicazione con il paziente e fra i diversi professionisti;*
4. *Organizzazione in unità di assistenza integrata;*

5. Modalità di rimborso per processi /cicli assistenziali
6. Integrazione e coordinamento dei sistemi di cura e assistenza ed estensione del superamento dei limiti/vincoli territoriali;
7. Sviluppo di una piattaforma di apprendimento per i professionisti sanitari, previo investimento nella cultura della trasmissione del value, che serva anche a facilitare la circolarità della informazione/comunicazione.

Come si vede è una vera sfida epocale ma è quella che abbiamo oggi davanti al futuro del nostro SSN/SSR e quindi auguriamoci di avere dei decisori politici all'altezza di questa sfida, dato che le linee di azioni sono abbastanza chiare, ora è il tempo delle scelte e di azioni coerenti.

[1] [1] ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale, "Quaderno n. 45 di "Quotidiano sanità" Titolo "L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118805

quotidianosanita.it

Che ne è dell'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere (e dei sistemi di classificazione Sdo/DrG correlati)?

Marino Nonis

Siamo praticamente ad autunno 2023 e non posso che constatare come la scadenza del 30 giugno u.s. per l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere (e dei sistemi di classificazione Sdo/DrG correlati) non sia stata rispettata (e che sia pressoché trascorsa sotto silenzio).

04 DIC - Eppure si trattava di una norma contenuta nell'unica "finanziaria del Governo Draghi" e cioè la Legge 30 dicembre 2021 n. 234, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 (GU Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49), in cui è presente all'art.1, il Comma 280 (Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliere), che così recita:

280. Al fine di aggiornare le valutazioni inerenti all'appropriatezza e al sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dal Servizio sanitario nazionale, entro il 30 giugno 2023, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera.

Le predette tariffe massime, come aggiornate con il decreto di cui al primo periodo, costituiscono limite tariffario invalicabile per le prestazioni rese a carico del Servizio sanitario nazionale e sono aggiornate ogni due anni con la medesima procedura di cui al primo periodo.

Si sono sottolineate la scadenza "perentoria" del 30 giugno 2023 (trascorsa "invano"), e le ultime parole del primo periodo perché è proprio sull'urgenza dell'aggiornamento dei sistemi di classificazione della SDO (con particolare riferimento a quello relativo alla codifica degli item che descrivono le diagnosi), e più in generale sull'aggiornamento dei flussi informativi sanitari, non solo ospedalieri, che si intende porre l'attenzione ed esprimere qualche preoccupazione.

Ho descritto l'ultratrentennale vicenda del "finanziamento degli ospedali per DRG/ROD dall'introduzione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) alla legge 234 del 2021, in una corposa tabella riepilogativa con l'Elenco delle principali norme di carattere nazionale su SDO-DRG (1991-2021) riportante i principali provvedimenti di carattere nazionale riguardanti la SDO ed il sistema dei DRG per la remunerazione dell'attività di ricovero in ospedale introdotto nel SSN sin dal 1° gennaio 1995 e tuttora in uso[\[1\]](#).

Qui mi limito a ricordare che già il DM Sanità 15 aprile 1994, "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" (G.U. 10 maggio 1994, n. 107), primo atto normativo che individua nel sistema DRG lo strumento classificatorio con cui attuare

il finanziamento prospettico per episodio di ricovero, in applicazione del D.Lgs n. 502 del 1992 e s.m.i.. stabiliva i criteri per la determinazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere, specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio e riabilitative, sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, preventivamente individuato secondo principi di efficienza ed efficacia. Inoltre le Regioni e le PP. AA., con periodicità almeno triennale, dovevano provvedere all'aggiornamento delle tariffe.

Come sia andata la vicenda è a tutti noto, ma già allora erano evidenti almeno due delle principali criticità della "via italiana delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", che sono consistite:

- Nell'incapacità delle Regioni (ahimè, nessuna esclusa) di creare un sistema di rilevazione e monitoraggio delle attività ospedaliere, tale da poter fornire un quadro informativo specifico e, appunto, "aggiornato", su cui basare e gestire l'attività di degenza del SSN, a cui si aggiunge*
- Nella particolarità (tutta nostrana) di superare il sistema di "pesi relativi" (basato su puntuali rilevazioni dei costi di produzione di ciascun DRG), per giungere ad un variegato affresco di tariffe massime (ed ambiti di applicazione), frutto di debolezze intrinseche e talora di contraddizioni; un vero e proprio processo di "babelizzazione" dei tariffari (e del SSN).*

Il sistema è stato tenuto insieme solo da provvedimenti eccezionali, quali l'ultimo decreto interministeriale del 18 ottobre 2012 (peraltro ancora vigente) che la finanziaria Draghi voleva aggiornare entro giugno scorso (19 anni dopo).

Quel termine, 30 giugno 2023, rende ancora più urgente e "improrogabile" il tema dell'aggiornamento non solo delle tariffe delle prestazioni ospedaliere, ma anche e soprattutto dei sistemi di classificazione SDO correlati e non solo.

Parlando di PNRR e di ristrutturazione dei servizi extraospedalieri o distrettuali che dir si voglia, non mi sembra che la ricca discussione e il profluvio di provvedimenti ed indicazioni nazionali e/o regionali, abbiano sinora affrontato il nodo dei sistemi e dei flussi informativi specifici a supporto dell'attività sanitaria "ricompresa nell'ambito del DM 77".

Mi spiego meglio e vorrei fugare qualche possibile equivoco. Così come la SDO ha costituito il flusso informativo fondamentale su cui si è imperniato anche la remunerazione per prestazione, con l'introduzione e l'uso dei DRG/ROD, non vedo analogia riflessione (e possibili soluzioni) sul versante extra-ospedaliero. Mi si potrà obiettare che questo è l'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), uno tra i più rilevanti obiettivi e strumenti indicati nel PNRR. Non è questo il punto, o almeno non solo.

La SDO è parte integrante della Cartella Clinica del ricovero ospedaliero e su questo consolidato ed obbligatorio strumento è stato "impiantato o derivato" il sistema dei DRG, che ha utilizzato alcuni item (debitamente codificati), come la diagnosi principale alla dimissione, le altre diagnosi nonché l'indicazione degli interventi chirurgici e/o procedure, requisiti indispensabili perché il "grouper" possa procedere all'assegnazione finale al gruppo. È proprio l'assemblaggio di queste "variabili", secondo regole precise, che ci consente di "classificare i ricoveri" e avere dati di sintesi che possano definire il "case-mix" ospedaliero.

Sul versante extra-ospedaliero non abbiamo nulla di simile: ci sono stati tentativi in Italia e all'estero (penso ai CREG di Regione Lombardia o alla sperimentazione degli APG della John Hopkins University in Veneto), ma ancora non abbiamo un sistema di classificazione soddisfacente.

Ci sono ragioni e difficoltà reali, come la natura della documentazione clinica ambulatoriale (che è ben diversa da quella della cartella clinica ospedaliera), la difficile identificazione di inizio e fine degli episodi di cura (o dei PDTA) e soprattutto la mancata definizione di ruoli e responsabilità dei diversi attori e/o setting assistenziali coinvolti (p.e. chi sarebbe il medico o la struttura di riferimento, a chi la "compilazione" del flusso informativo?). Manca oltretutto la disposizione chiara circa la codifica delle informazioni e soprattutto degli strumenti classificatori da utilizzare.

Ricordo perfettamente che l'introduzione dei DRG e l'obbligatorietà della compilazione della SDO (dal primo gennaio 1995, ex L. 724/1994) comportò una rivoluzione che fu anche culturale. Ai medici spettava la responsabilità della codifica e il manuale dell'ICD-9-CM divenne lettura obbligatoria in tutti i reparti di tutti gli ospedali del SSN.

In un articolo pubblicato lo scorso autunno[2] si proponevano diverse considerazioni al riguardo e si sottolineava come l'occasione della scadenza di cui alla finanziaria Draghi, potesse essere l'incipit o la ripresa di una discussione sull'aggiornamento ed uso di sistemi di classificazione come quello delle diagnosi, anche in ambiti diversi da quello della SDO (vedi tabella)[3].

Il che mi consente confermare anche oggi le indicazioni finali di quell'articolo (e del mio contributo al Quaderno di QS n. 45), che riporto integralmente, sottolineando ancor di più la frase finale sullo sguardo comune e complessivo che il tema del finanziamento degli ospedali e del SSN richiede.

In particolare, è proprio il passaggio da ICD-9-CM a ICD-10 per la codifica delle diagnosi in SDO che rappresenta (finalmente!) un punto di svolta epocale nei sistemi informativi sanitari del SSN. Una volta implementato e divenuto "lingua ufficiale" per la codifica delle diagnosi, ICD-10 permetterà all'Italia di tornare a dialogare ed essere meglio integrata (in termini di interoperabilità) con i sistemi degli altri Paesi dell'Unione Europea, dell'OMS e dell'OCSE, anche in altri numerosi ambiti, a partire dalla rilevazione delle cause di morte attraverso la scheda ISTAT, per giungere al FSE o ai LEA. Si tratta di una preziosa occasione (l'ennesima...perduta?) per un aggiornamento complessivo dei sistemi informativi sanitari del SSN (e del nostro Paese).

Le medesime considerazioni sono valide oltre che per il complesso dei sistemi informativi sanitari (a partire da quello ospedaliero), anche per una migliore definizione di costi rilevati e sistema di finanziamento degli IRC, si veda ad esempio quanto accaduto per la remunerazione aggiuntiva per i ricoveri CoViD-19 (DM 12 agosto 2021), ove, dopo un intervento minimale sui codici ICD-9-CM, si è provveduto alla determinazione degli importi "standard" di tariffe aggiuntive pro-die, senza bisogno di nuovi DRG.

Insomma, lo sguardo non può che essere comune (senz'altro oltre i confini regionali) in un'ottica quanto meno europea (come ci hanno indicato il piano Next Generation EU e il PNRR) e complessivo, nel senso del superamento della logica compartimentale (ospedale vs. territorio p.e.) per rendere più efficace, efficiente equo e sostenibile i nostri SSN e "welfare state".

TABELLA: Ambiti di utilizzo (extra-SDO) del sistema di classificazione ICD-10

Ambito	Fonte	Commento
1 Scheda di morte ISTAT	DPR n. 285 del 1990	Come riportato nella "Brochure per la compilazione della scheda di morte", nella Parte A della scheda di morte vanno riportate le cause di morte, ossia "tutte le malattie o i traumatismi che abbiano direttamente determinato la morte o che abbiano contribuito ad essa e le circostanze dell'accidente o della violenza che abbiano provocato tali traumatismi (ICD-10-OMS)".
	Regolamento di Polizia Mortuaria G.U. 12 ottobre 1990, n.239.	
	Regolamento (Ce) N. 1338/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio (del 16 dicembre 2008)	Regolamento relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro. Nell'allegato III (cause di decesso) viene prescritto che la serie di dati relativa alle cause di decesso sia codificata secondo la ICD.
	Regolamento (Ce) N. 328/2011 del Parlamento Europeo e del Consiglio (del 5 aprile 2011)	Attuazione del Regolamento precedente (per quanto riguarda le statistiche sulle cause di morte). Nell'allegato si specifica che la causa iniziale del decesso (tra le variabili che gli Stati membri trasmettono alla Commissione Eurostat) deve essere codificata utilizzando le 4 cifre della classificazione ICD.
2 Livelli essenziali di Assistenza (LEA)	DPCM 12 gennaio 2017	Nell'allegato 7 vengono elencate le "malattie rare esentate dalla partecipazione al costo", definite dal codice alfanumerico di esenzione in cui il secondo carattere è costituito da una lettera che indica il settore della classificazione ICD-9-CM cui la malattia o il gruppo di malattie appartengono (cfr. anche Allegato 1 al D.M. 279/2001). Nell'allegato 8 invece sono
	"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". G.U. 18 marzo 2017, n. 65.	

			riportate le “malattie e condizioni croniche e invalidanti” con tabella di corrispondenza tra codice ICD-9-CM della patologia e rispettivo codice di esenzione della stessa.
	Articolo 12, D. L. n. 179 del 18 ottobre 2012		Al comma 15-undecies si incarica AGENAS di predisporre le linee guida contenenti regole, guide tecniche, codifiche, classificazioni e standard necessari ad assicurare la raccolta, la conservazione, la consultazione e l'interscambio di dati sanitari.
3 Fascicolo Elettronico (FSE)	Sanitario	"Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese".	
		G.U. 19 ottobre 2012, n.245.	
		Decreto 20 maggio 2022 - Ministero della Salute	
		"Adozione delle Linee Guida per l'attuazione del Fasciolo sanitario elettronico".	Nell'allegato A, paragrafo 4.1.2 "Contenuti", si dispone di utilizzare il sistema di codifica ICD-9-CM negli ambiti di diagnosi, interventi e quesito diagnostico (vedi inoltre il Disciplinare Tecnico allegato al DPCM 178/2015).
		G.U. 11 luglio 2022, n.160.	
		Decreto 7 marzo 2022 - Ministero della Salute	
4 Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)		Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL).	Nell'allegato A, "Elenco delle malattie infettive sottoposte a sorveglianza", le malattie sono riportate con la codifica ICD-9-CM.
		G.U. 7 aprile 2022, n.82.	
		L. 8 marzo 2017, n. 24	All'articolo 5, comma 3, si prevede che l'Istituto Superiore di Sanità pubblici sul proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto.
5 Linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali (Legge Gelli)		"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.	Al sito internet https://snlg.iss.it/ è disponibile il "Manuale Metodologico ISS", dove tuttavia non si fa alcuna menzione circa la codifica di diagnosi e/o interventi & procedure
		G.U. 17 marzo 2017, n.64.	Nel documento si fa riferimento alla codifica di diagnosi in ICD almeno in due punti::
6 Uso del farmaco		Rapporto Nazionale sull'uso dei Farmaci in Italia (2021)	- nella Sezione 4 (riguardo ai registri di monitoraggio dei farmaci) dove il numero dei pazienti arruolati è riportato per gruppi codificati con le categorie di ICD-11.
		Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed)	- nell'Appendice 2, paragrafo 6, nelle note metodologiche relative ai dati sulla prescrizione dei medicinali da parte dei MMG, la classificazione utilizzata è l'ICD-9-CM.
7 Telemedicina		Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina,	Il documento tratta anche il tema della remunerazione e valutazione economica dei servizi di telemedicina, utilizzando, come punto di partenza, i tariffari nazionali e regionali, con riferimento al nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali e a quello ICD-9-CM.
		(Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità, 10 luglio 2021)	

(Fonte: Nonis M, Di Virgilio E, D'Annunzio A, Organizzazione Sanitaria n.3/2022)

Marino Nonis,

Socio ASQUAS, Dirigente Medico, Referente SIO INMI-IRCCS "L. Spallanzani", Roma

[1] ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale, "Quaderno n. 45 di "Quotidiano sanità" Titolo "L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro".

[2] Nonis M, Di Virgilio E, D'Annunzio A: Riflessioni e considerazioni sull'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera entro il 30 giugno 2023, Organizzazione Sanitaria 3/2022, pp. 3-18

[3] ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale, "Quaderno n. 45 di "Quotidiano sanità" Titolo "L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro".

quotidianosanita.it

Cop28, le motivazioni della "salute" e il diritto alla "sanità"

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

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

Siamo in un contesto quasi al limite per aiutare l'ecosistema "Pianeta Terra" a trovare un equilibrio con la presenza umana e le sue modalità di riproduzione come specie. Non ci saranno rinvii ai processi in atto se le persone non escono dall'"io" e non riscoprono il "noi" ovvero l'essere una comunità inclusiva, coesa e solidale. Sanità e salute non vivono in astratto. Hanno bisogno di fatti concreti e di partecipazione per continuare ad essere "bene comune e individuale"

12 DIC -

Come noto viviamo in un mercato globalizzato. Il mercato induce i bisogni che non sempre sono primari. Di solito sono indotti, ovvero, servono per sostenere consumi che a loro volta mantengono il giro "produzione-distribuzione- consumi" che sostiene tutto il nostro sistema economico sociale.

Il mercato genera "stili di vita" che si sostanziano in "stili di consumo". Questo vuol dire che spinge inevitabilmente i "consumatori", ovvero noi, a cercare la nostra identità consumando quanto viene offerto. Il tutto spinge quindi verso identità "culturali effimere" e "continuamente cangianti" legate alla prevalenza nel mercato di oggetti, beni, servizi, e consumi anche "culturali". Più "salutismo" e meno "salute". La spinta all'individualismo e all'egocentrismo ha dietro come "motore" proprio queste dinamiche. Il tutto sia a livello globale che di singoli individui

Ovviamente questa omologazione antropologica ha cambiato i rapporti interpersonali e la nascita del web ha supportato questo processo amplificandolo. Non voglio assolutamente dire che queste dinamiche non siano anche progressive, ma non sempre necessariamente, Dipende molto come si usano.

La globalizzazione comporta anche processi mai visti di polarizzazione economico finanziaria e quindi sociale. OXFAM ha dimostrato dati alla mano, che ormai siamo arrivati ad una concentrazione della ricchezza che vede l'1% della popolazione mondiale detenere circa il 99% delle risorse economico finanziarie e il restante 99% specularmente solo 1% ...

Questo ha contribuito e contribuisce, soprattutto nei Paesi dell'Europa Occidentale a determinare uno "sfarinamento" verso il basso dei ceti sociali intermedi che progressivamente hanno perso le loro identità e le loro rappresentanze.

Anche durante il Covid la polarizzazione nel nostro Paese è andata avanti. A livello dei redditi ci hanno perso 2/3 degli italiani. Due miliardi si sono spostati. Ovviamente donne e giovani pagano il prezzo più alto.

È andata affermandosi nei Paesi sviluppati e anche in Italia progressivamente la cosiddetta "società liquida", terrorizzata per primo dal collega Zygmunt Bauman [si veda il suo ultimo libello "Un mondo fuori asse" di Laterza].

La società liquida tendenzialmente non ha bisogno di “corpi intermedi”, si riducono gli spazi di rappresentanza, le appartenenze e la fondamentale partecipazione attiva delle persone alla vita delle comunità a tutti i livelli.

Differenze di reddito equivalente a valori costanti: 2019-2021

WINNERS: dichiaranti con aumento di reddito equivalente a valori costanti: 33,5%

326.357

35.821

LOSERS: dichiaranti con calo di reddito equivalente a valori costanti: 66,5%

HARD-LOSERS: contribuenti con un calo di reddito equivalente a valori costanti di oltre 35% (3,6% del Panel ONRF)

611.957

(Fonte: ONRF 2022)

Questo è molto visibile nelle generazioni più giovani, travolte da social media, web, consumerismo ed edonismo formale.

Hanno perso la percezione di essere portatori di diritti sociali e di doveri verso le loro comunità. C'è insieme anche molta angoscia causata dalla paura di un futuro globale pieno di incognite (clima, ambiente, salute, progettualità personale, guerre, etc.) di non avere strumenti adeguati di lettura dei contesti così come di “capacità critica”, spesso, anche nei rapporti interpersonali

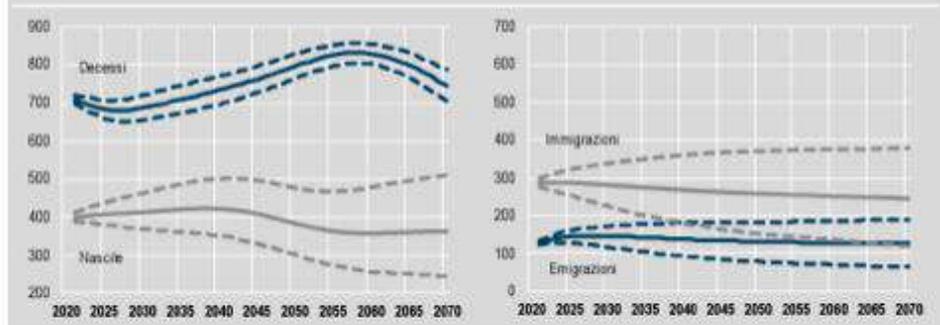
PROSPETTO 1. POPOLAZIONE RESIDENTE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. SCENARIO MEDIANO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 90%. Anni 2021-2070, 1° gennaio, dati in milioni (*)

Ripartizione geografica	2021	2030	2040	2050	2070
Nord	27,5	27,3 [27,0 / 27,5]	27,0 [26,2 / 27,9]	26,5 [24,9 / 28,3]	24,4 [20,8 / 28,3]
Centro	11,8	11,6 [11,5 / 11,7]	11,4 [11,1 / 11,7]	11,0 [10,4 / 11,7]	9,8 [8,4 / 11,3]
Mezzogiorno	20,0	19,0 [18,9 / 19,2]	18,0 [17,5 / 18,4]	16,6 [15,8 / 17,5]	13,8 [11,9 / 15,4]
ITALIA	59,2	57,9 [57,4 / 58,4]	56,4 [54,8 / 58,0]	54,2 [51,1 / 57,5]	47,7 [41,2 / 55,1]

(*) Tra parentesi quadre i valori degli intervalli di confidenza.

(Fonte ISTAT: previsioni della popolazione residente e delle famiglie | BASE 1/1/2021 Futuro della popolazione: meno residenti, più anziani e famiglie più piccole)

FIGURA 1. MOVIMENTO NATURALE E MIGRATORIO DELLA POPOLAZIONE, SCENARIO MEDIANO E INTERVALLI DI CONFIDENZA AL 90% IN ITALIA. Anni 2021-2070, dati in migliaia



Infatti tutta la scuola, compresi gli studi universitari stanno subendo una “pauperizzazione culturale” – ovvero – una crescente difficoltà a svolgere nei tempi previsti i loro programmi come da piani di studio ai vari livelli e quindi tendono a dover “semplificare al ribasso” i contenuti da trasferire determinando così un inevitabile impoverimento delle competenze degli studenti.

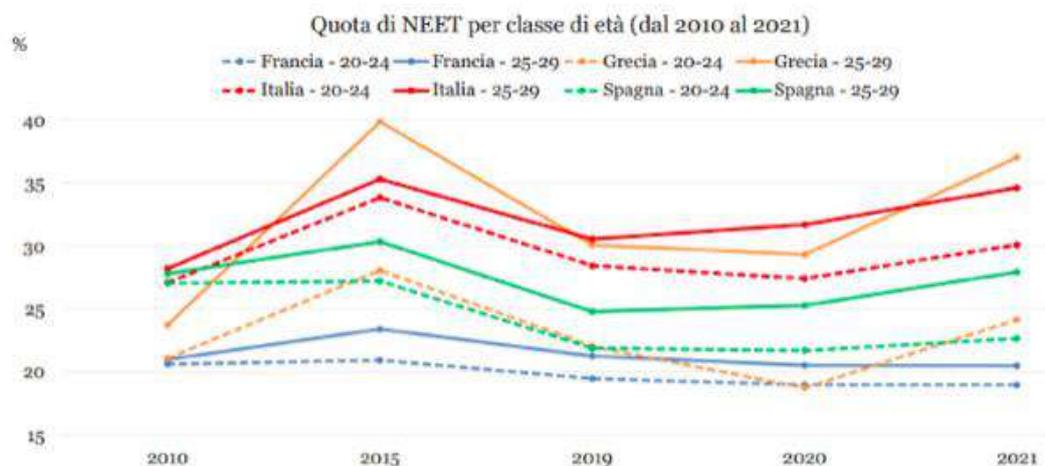
Viviamo quello che gli economisti chiamano un “loop negativo” che si riflette sulla società intera e in tutte le sue articolazioni.

Non c'è consapevolezza vera a livello istituzionale che per la "denatalità crescente" abbiamo ormai classi di diciottenni che si affacciano sul mercato del lavoro che in 10 anni si sono ridotte da quasi 900,000 unità annue a circa 450.000.

Per altro, come già scritto, di questi 450.000, un terzo sono classificabili come "NEET", ovvero giovani che non lavorano né studiano. Dove sono, come vivono, come sopravvivono in prospettiva?

Per altro, quindi, con i restanti 301.500 giovani dovremmo "ricambiare" tutto il sistema Paese e i numeri ci dicono che non è possibile a meno che non ci accontentiamo di un graduale processo di un impoverimento complessivo del Paese, sempre più di servizi che non di settori produttivi o primari.

Secondo i più recenti dati ISTAT abbiamo, infatti, circa 1,7 milioni di giovani, quasi un quinto di chi ha tra 15 e 29 anni, che non studia, non lavora e non è inserito in percorsi di formazione (i cosiddetti Neet). La quota di Neet cala fino a tornare a un livello prossimo al minimo del 2007, ma resta sopra la media Ue di oltre 7 punti e più bassa solo a quello della Romania.



Fonte: Indicatore A2

Il fenomeno dei Neet interessa in misura maggiore le ragazze (20,5%) e, soprattutto, i residenti nelle regioni del Mezzogiorno (27,9%) e gli stranieri (28,8%). In Sicilia i sono quasi un terzo dei giovani tra i 15 e i 29 anni, mentre la quota raggiunge il valore minimo, 9,9%, nella Provincia autonoma di Bolzano. L'incidenza dei Neet diminuisce al crescere del titolo di studio: è di circa il 20% tra i giovani diplomati o con al più la licenza media, mentre si ferma al 14% tra i laureati.

Quando qualche opinionista, ricercatore e/o divulgatore scientifico paventa la trasformazione del nostro Paese – se lasciato andare a queste dinamiche -come possibile "Florida" della UE, rischia di prenderci, salvo dinamiche diverse e innovative, che però, sinceramente – non si vedono all'orizzonte.

"One Health" e salute ora

"One Health" all'inizio – come noto - non era concepita nella sua accezione attuale ed era più incentrata sulla salute umana, sulla salute degli animali domestici e sui sistemi alimentari senza tenere conto dei contesti ecologici, socioeconomici, culturali e politici all'interno dei quali la proposta "One Health" oggi viene inquadrata.

Allora non esistevano obiettivi o standard formalmente riconosciuti per l'implementazione di "One Health", né metriche convalidate per valutare le prestazioni o il valore aggiunto e gli effetti positivi o negativi.

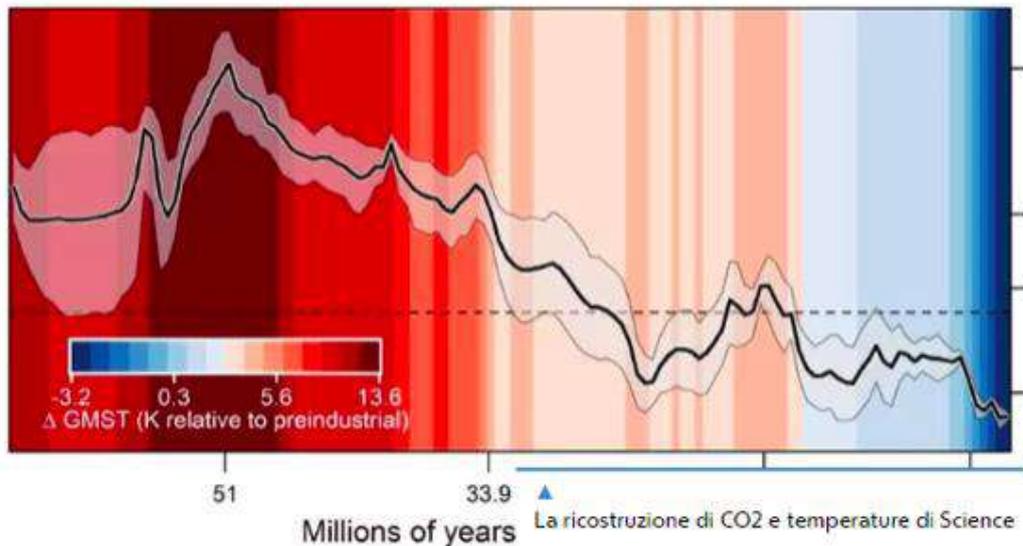
Con l'inclusione formale del "Programma Ambientale" delle Nazioni Unite (UNEP) nella condivisione con WHO, FAO e WOHAI nel 2022, e con il successivo lancio del "Global One Health Joint Plan of Action" (2022-26), si è creata finalmente un'opportunità per affrontare in un modo nuovo l'approccio "One Health".

Un primo passo importante è stata la pubblicazione di una definizione di "One Health" approvata e condivisa tra le quattro organizzazioni internazionali con l'indicazione dei suoi principi di base: "One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile" [One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021]

In precedenti articoli sul tema su Quotidiano Sanità, affermavamo che le crisi di salute pubblica sono tutte dovute ad eventi biologici, sociali, economici e politici. Queste sfide non possono essere affrontate solo

dalla medicina umana o dalla sanità pubblica ed un'ampia letteratura ha ormai riconosciuto quanto sia necessario un approccio inter e transdisciplinare

Nella più recente pubblicazione del rapporto annuale del "Global Carbon Project" i dati che ne emergono non sono confortanti. L'Europa è la regione per ora più virtuosa, seguita dagli Stati Uniti. Aumentano invece le emissioni di Cina e India. Impegni, promesse, finanziamenti si susseguono ma l'anidride carbonica continua ad aumentare. Nel 2023 siamo saliti di un altro scalino: più 1,1% rispetto al 2022. Sembra una percentuale piccola, ma equivale a 36,8 miliardi di tonnellate riversati nell'aria a causa dei combustibili fossili. Nel 2022, rispetto al 2021, si era registrato un aumento dello 0,9%.



Nelle dinamiche della "globalizzazione" ci sono enormi contraddizioni tra Paesi emergenti e Paesi già "sviluppati". I Paesi in crescita non vogliono subire il ricatto delle economie sviluppate e accettare tassi di sviluppo più bassi, anche perché non dispongono di tecnologie "green" adeguate e utili e, dal loro punto di interesse, non vogliono ridurre i propri tassi di sviluppo. Chi possiede tecnologie "green" ce le ha e le vuole "vendere" e "condizionare" i mercati ... Questo comporta che nelle grandi megalopoli industriali dei Paesi emergenti si manifestano situazioni di altissimo rischio (percolati e altri inquinamenti, promiscuità, sociale, etc.). Un nome per tutte: Wuhan

COP28 e suoi risultati parziali

La Presidenza della COP28, in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità e il Ministero della salute e della prevenzione degli Emirati Arabi Uniti, ha presentato la "Dichiarazione COP28 degli Emirati Arabi Uniti sul clima e la salute" per porre la salute al centro dell'azione per il clima e accelerare lo sviluppo di sistemi sanitari resilienti al clima, sostenibili ed equi

Approvata da 123 Paesi, la Dichiarazione segna una prima mondiale per tutti quei governi che riconoscono i crescenti impatti sulla salute dei cambiamenti climatici sulla salute delle comunità e dei Paesi e riconosce i grandi benefici per la salute delle persone che deriverebbero da un'azione climatica più forte, anche riducendo l'inquinamento atmosferico e mantenendo adeguati livelli di assistenza sanitaria.

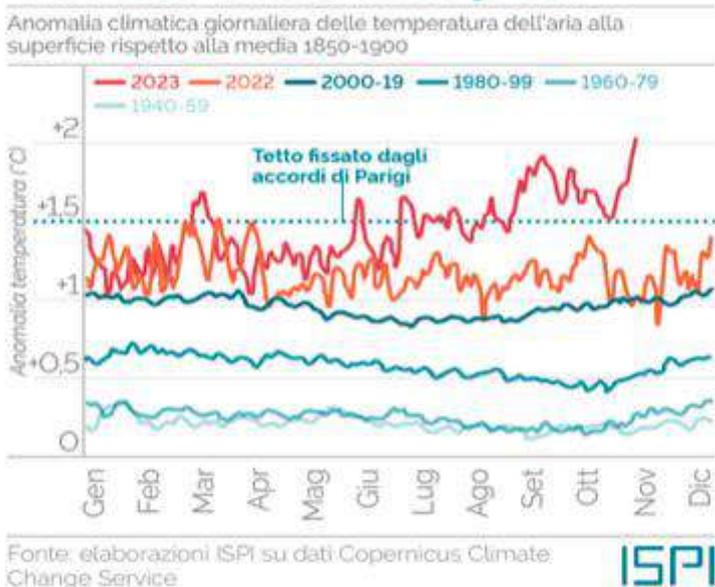
Per la prima volta, i Ministri della Salute hanno partecipato alla Conferenza Annuale sul clima delle Nazioni Unite insieme ai loro colleghi dei Ministeri dell'Ambiente. È un segnale di cambiamento nel modo in cui vengono considerate le politiche climatiche, con una maggior attenzione alle implicazioni sociali delle decisioni dei Governi che arriva quando i decessi annuali per l'inquinamento dell'aria hanno colpito quasi 9 milioni di persone nel mondo, le malattie legate al calore e i decessi sono in aumento e 189 milioni di persone sono esposte a eventi meteorologici estremi ogni anno.

"La crisi climatica è una crisi sanitaria, ma per troppo tempo la salute è stata una nota a piè di pagina nelle discussioni sul clima", ha affermato il dottor **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, Direttore Generale dell'Organizzazione mondiale della sanità. "OMS accoglie con favore questa dichiarazione, che sottolinea la necessità di costruire sistemi sanitari resilienti al clima e a basse emissioni di carbonio, per proteggere la salute sia del pianeta che delle persone"

La Dichiarazione COP28 elenca una serie di aree di azione riguardo il nesso tra clima e salute, tra cui la costruzione di sistemi sanitari più resilienti al clima, il rafforzamento della collaborazione intersettoriale

per ridurre le emissioni, la massimizzazione dei benefici dell'azione sul clima e l'aumento dei finanziamenti per le soluzioni climatiche e sanitarie. I firmatari si sono inoltre impegnati a incorporare gli obiettivi sanitari nei loro piani climatici nazionali e a migliorare la collaborazione internazionale per affrontare i rischi per la salute dei cambiamenti climatici, anche nelle future COP.

COP28: ora o mai più?



Si riconosce inoltre che l'aspetto finanziario sarà un fattore significativo del successo della Dichiarazione. Tanto che alla Conferenza COP28 sono stati annunciati interventi finanziari da una vasta gamma di parti interessate, tra cui Governi, Banche di Sviluppo, Istituzioni Multilaterali, Filantropie e ONG per espandere i loro investimenti in soluzioni climatiche e sanitarie. Collettivamente, questi partner si sono impegnati a dedicare 1 miliardo di dollari per affrontare le crescenti esigenze della crisi della salute determinata dal cambiamento del clima. Sono cifre adeguate? Purtroppo, per la dimensione del problema, sono "spiccioli", un inizio, ma sempre per ora "spiccioli".

Siamo in un contesto quasi al limite per aiutare l'ecosistema "Pianeta Terra" a trovare un equilibrio con la presenza umana e le sue modalità di riproduzione come specie. Siamo la specie più "manipolatrice" dell'ambiente. È una corsa contro il tempo. L'ecosistema terra cerca e trova comunque i suoi equilibri di sopravvivenza e questo potrà includere o meno la presenza umana. È una constatazione oggettiva.

Torna utile a tal fine leggere il testo di Noam Chomsky, intitolato "Insieme per salvare il pianeta", Editore "Ponte alle grazie". Nel testo Chomsky afferma che "... Una doppia minaccia incombe. Dopo Hiroshima, non siamo più usciti dall'era atomica, l'uomo è in grado di distruggere sé stesso e ogni altra forma di vita, e oggi, con i nuovi fronti di guerra, il pericolo di un'apocalisse nucleare è più vivo che mai. Ci troviamo in un'era geologica "antropocene", una era geologica "generata" dalle attività umane, con rischi terribili per il clima e dunque per l'umanità intera" ... inoltre ... "Una terza minaccia è collegata alle due principali, è il continuo attacco a cui è sottoposta la democrazia, una democrazia, del resto, sempre meno perfetta". Che fare? "... si possono mettere insieme le grandi battaglie, grandi battaglie che ci riguardano tutti e gli sforzi quotidiani per migliorare l'esistenza degli individui e delle società..."

Ovviamente non bisogna arrendersi alle dinamiche in atto ... occorre mobilitarsi e mobilitare persone e coscienze, movimenti e istituzioni. Siamo a una torsione importante della storia del Paese. Non ci saranno rinvii ai processi in atto se le persone non escono dall'"io" e non riscoprono il "noi" ovvero l'essere una comunità inclusiva, coesa e solidale.

Sanità e salute non vivono in astratto. Hanno bisogno di fatti concreti e di partecipazione per continuare ad essere "bene comune e individuale"

"One Health" ci riguarda tutti e ha bisogno di tutti!

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118965



Centralità della persona e sostenibilità del sistema

Undici anni di clinical governance al Gemelli

Antonio Giulio de Belvis

Direttore Uoc Percorsi e valutazione outcome clinici, Fondazione Policlinico Agostino Gemelli – Irccs Responsabile Gov→Value Lab, Facoltà di economia Università Cattolica del Sacro Cuore Direttore comitato scientifico – Asiquas

Un anniversario sta passando sotto silenzio in questo 2023 così cruciale per il nostro sistema sanitario: i 25 anni da quando Scally e Donaldson definivano la clinical governance come un sistema di responsabilizzazione e di miglioramento continuo della qualità (clinical excellence), grazie alla creazione di un favorevole ambiente organizzativo (operational excellence) [1]. Nel 2012 venni chiamato, credo tra i primi in Italia, ad applicare al Gemelli la clinical governance progettando un modello organizzativo centrato sulla persona assistita, che ribaltava di novanta gradi i silos tradizionali dei dipartimenti assistenziali verso un approccio “a filiera” attorno alle fasi del processo di cura, grazie ai percorsi clinico assistenziali (Pdta/Pca).

Fluidificare con le regole dei Pdta/Pca gli snodi delle reti assistenziali serve a ridurre il rischio di insostenibilità organizzativa e finanziaria della gestione di problemi di salute complessi e non innescare/ingigantire le diseguaglianze.

In undici anni abbiamo prodotto oltre sessanta Pdta/Pca, alcuni realizzati e rivisti con le associazioni di pazienti, integrati nelle nascenti reti di patologia, per supportare le decisioni dei team multidisciplinari sulle linee guida e introdurre regole di accountability sulle performance. Tra mille difficoltà, come dicevano Scally e Donaldson, abbiamo provato a creare un “ambiente organizzativo che facesse fiorire l'eccellenza clinica”. Questo sforzo organizzativo conta oggi su una squadra di oltre sessanta champions, autorevoli, e preferibilmente giovani, coordinatori clinici di percorso che sempre più lavorano fianco a fianco con i care managers, facilitatori nella realizzazione integrata ed evidence based dei processi assistenziali. Tutto facile? Undici anni fa mi sentivo un regista del cambiamento organizzativo dalle armi un po' spuntate, poiché scarsi o deboli erano allora gli strumenti utili a rendere responsabili, **accountable**, i team assistenziali e il management aziendale su: qualità dell'assistenza; centralità logistica, informativa e relazionale del paziente; sostenibilità organizzativa ed economica. Ed oggi? Dobbiamo ad alcuni provvidenziali “segnali di sistema” se la clinical governance non è più solo uno sforzo culturale di cambiamento promosso da clinici e manager illuminati. E se il suo destino è ormai positivamente ineludibile, non solo, auspicabilmente, al Gemelli.

I cinque segnali di sistema provvidenziali

- 1. Il dm 70/2015 prescrive che le strutture ospedaliere, per essere accreditate, debbano “promuovere e attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico” (traduzione inesatta e culturalmente fuorviante di clinical governance) con una documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di: implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici; valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche; misurazione della performance clinica e degli esiti; audit clinico, percorsi clinico assistenziali. Strumenti che sono anche il collante organizzativo delle reti assistenziali, rilanciate proprio dal dm 70/2015.*
- 2. La legge 208/2015 (legge di stabilità 2016) ha disposto che tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie si debbano dotare di percorsi di: audit o altri processi finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti; rilevazione del rischio di inappropriata nei Pdta/Pca, fino a prevedere la messa in Piano di rientro delle organizzazioni sanitarie pubbliche che non rispettino oltre criteri di buona gestione economica, anche standard di qualità adeguati.*
- 3. La legge Bianco-Gelli 24/2017 sulla responsabilità medica e la sicurezza delle cure tutela in sede di giudizio l'operatore sanitario che abbia rispettato linee guida o buone pratiche assistenziali. Quindi, se ha applicato lo strumento cardine della clinical governance, i Pdta/Pca.*
- 4. E soprattutto, in piena epidemia covid-19 – era il marzo 2021 – l'effetto dirompente di un atto di democrazia e trasparenza: aver reso di libero accesso – public reporting – a tutti, cittadini, erogatori, professionisti, regolatori, mass-media i dati del Programma nazionale esiti (Pne) di Agenas, cosa che il PReValE del Lazio, in verità, aveva già realizzato mesi prima. Sebbene l'uso delle informazioni rese pubbliche da parte dei pazienti sia (ancora) relativamente basso, il public reporting, in quanto sistema di rendicontazione pubblica, ha dimostrato di ottimizzare la qualità dell'assistenza incentivando strutture e professionisti a migliorare la loro pratica, anche se, per essere efficaci, le informazioni devono essere facilmente accessibili e basate su indicatori validi*

e affidabili [2]. Il nostro Paese, leader in questo in Europa, ha costruito negli anni intorno all'esperienza del Pnq uno strumento formidabile di miglioramento della qualità perché è diventato metro di reputazione di manager e professionisti, inoltre condiziona i comportamenti di decisori e regolatori e responsabilizza le singole aziende ospedaliere e territoriali promuovendo con la pubblicazione dei dati percorsi interni di audit.

Le basi per una clinical governance

Che cosa serve ora perché tutte le strutture sanitarie possano sistematizzare in "cassette degli attrezzi" [3] buone pratiche, linee guida, Pdta/Pca, metodologie di audit & feedback per i team assistenziali? Perché siano superate le resistenze al cambiamento, i vincoli burocratici, le autoreferenzialità e quella medicina difensiva che sono il vero nemico di un'assistenza di qualità realmente centrata sulla persona e per svincolare il singolo medico che creda nella qualità dalla discrezionalità e dall'isolamento?

La mia esperienza sul versante dell'assistenza e della ricerca dimostra come lo sforzo organizzativo potrà essere sostenibile se saremo anche capaci di:

- *fluidificare con le regole dei Pdta/Pca gli snodi delle reti assistenziali. Questo, nel beneficio di sistema, serve anche a ridurre il rischio di insostenibilità organizzativa e finanziaria della gestione di problemi di salute complessi e non innescare/ingigantire disegualianze nell'accesso e negli esiti delle cure nei macrolivelli della governance (prevenzione, territorio, ospedale) o tra le Regioni;*
- *combinare la patient centeredness con la personalized care, grazie alla profilazione genomica, che arricchisce l'efficacia decisionale del team multidisciplinare nell'integrazione con il molecular board;*
- *nella continuità territorio-ospedale, applicare la stratificazione del rischio di popolazione/ progetto di salute nelle nuove modalità di presa in carico, da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa;*
- *sul versante delle risorse umane, supportare i (sempre più ridotti e demotivati) organici medici ed infermieristici con esperti di informatica e Ict, logistica/operations, case manager, risk manager, economisti sanitari;*
- *sviluppare i sistemi informativi e con essi la digitalizzazione dei percorsi e delle reti;*
- *nell'ottica value based, includere la prospettiva del paziente tra le dimensioni da monitorare nella qualità dell'assistenza. Questo vuol dire arricchire nel monitoraggio dei Pdta/Pca gli indicatori di processo ed esito con i Pems (Patient reported experience measures) e i Proms (Patient reported outcome measures). Per il nostro sistema sanitario, centrare ancora di più sulla prospettiva della persona i sistemi di tariffazione e rimborso – ormai inadeguati – può favorire il perseguimento sostenibile della clinical governance in tutte le organizzazioni sanitarie, a partire dal Gemelli.*

Bibliografia

[1] Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new Nhs in England. BMJ. 1998;317:61-5.

[2] Cacace M, Geraedts M, Berger E. Public reporting as a quality strategy. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D et al. (Editors). Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.

[3] de Belvis AG, Bucci S. Come organizzare l'assistenza del paziente per percorsi di cura. L'esperienza presso la Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli. Milano: Casa Editrice Vita e Pensiero, 2018.

[Centralità della persona e sostenibilità del sistema - Forward \(recentiprogressi.it\)](http://recentiprogressi.it)

Il fabbisogno di personale del Ssn, questo sconosciuto

Claudio Maria Maffei

Il rilancio del Ssn ha bisogno tanto di principi fondanti da rilanciare (come quella di rilanciare il capitale umano) che di proposte capaci di entrare nel dettaglio dei modi con cui quel rilancio può avvenire. Il tema della programmazione del personale, e quindi della determinazione del suo fabbisogno, mi pare costituisca al riguardo un buon esempio.

20 DIC -

Se uno dovesse tentare un elenco degli interventi che solo nell'ultima settimana hanno richiamato l'attenzione di addetti e di cittadini sulle carenze di personale nel Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e la relativa necessità di colmarle a partire dalla rimozione del tetto di spesa, non avrebbe che l'imbarazzo della scelta. Ne ha ad esempio parlato ieri su Qs con la consueta efficacia [la Fondazione Gimbe nel "festeggiare" con amarezza i 45 anni del nostro Ssn](#), Fondazione che ha così sintetizzato la questione del personale sanitario nel "manifesto" con il Piano di rilancio del Ssn riportato nel suo [documento](#): "rilanciare il capitale umano in sanità al fine di valorizzare e (ri)motivare la colonna portante del Ssn: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, riformare i processi di formazione, valutazione e valorizzazione delle competenze secondo un approccio multi-professionale." Giustissimo.

Magari si potrebbe aggiungere "rendere il Ssn attrattivo per i professionisti in tutte le Regioni a partire da quelle con maggiori difficoltà nella erogazione del Lea", ma la sintesi che fa sul personale la Fondazione Gimbe è assolutamente condivisibile. Solo che c'è un problema, ammesso e non concesso (affermazione del grande Totò [certificata dalla Accademia della Crusca](#)) che ci sia la volontà politica di investire sul personale del Ssn rimane il problema tecnico oltre che politico di come farlo. E qui viene fuori quello che mi pare spesso un limite del dibattito tra gli addetti sulle misure di rilancio del Ssn: si sancisce un principio da tutti riconosciuto come "sacrosanto", ma è difficile fare proposte concrete per renderlo operativo. Ovviamente il problema non è dell'ottima Fondazione Gimbe, ma di tutto il mondo che si occupa di sanità. Prendiamo come esempio uno dei punti toccati a proposito del personale dal citato manifesto: "programmare adeguatamente il fabbisogno di tutti i professionisti sanitari".

Se facciamo una rapida ricerca in rete usando le parole "fabbisogno di personale Quotidiano sanità" vediamo come non compaia quasi nessun intervento pubblicato qui su Qs sul tema nell'ultimo anno. L'ultimo, anzi penultimo come vedremo più avanti, è un mio intervento di esattamente un anno fa (il 19 dicembre 2022) dal titolo "[Ma Agenas e Ministero della Salute si parlano](#)" in cui commentavo il [Decreto del Ministero della Salute e di quello della Economia e Finanze](#) appena uscito in bozza con il nuovo metodo di calcolo dei fabbisogni di personale messo a punto dall'Agenas allo scopo di consentire in via sperimentale alle Regioni di superare il tetto di spesa del personale del Servizio Sanitario Nazionale per un importo pari al 5% dell'incremento del Fondo Sanitario. Questo Decreto affermava che le Regioni avevano recentemente riorganizzato l'offerta di salute sulla base dei criteri del DM 70/2015 e che per questo i provvedimenti regionali attuativi del Decreto andavano applicati (e valutati) alle sole reti ospedaliere allineate agli standard del DM 70. Siccome questo allineamento il Ministero non lo verifica, o non lo verifica in modo sistematico, mi chiedevo appunto se Agenas fosse stato informato al riguardo.

Il metodo di determinazione proposto in quella bozza di Decreto (approvata con [l'Intesa](#) in Conferenza Stato-Regioni il 21 dicembre 2022 e poi trasformata in [Decreto](#) il 9 gennaio 2023) doveva essere un riferimento importante per il dibattito sulla politica del personale nel e del Ssn ed essere usato ad esempio per rimettere in discussione il tetto di spesa del personale allora e tuttora vigente. Il metodo cercava di superare i limiti di un primo documento Agenas sulla metodologia di valutazione dei piani di fabbisogno del personale, applicabile a tutte le Regioni e approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 20.12.2017. In questo documento dal titolo [Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero](#), alla cui stesura aveva provveduto un gruppo di lavoro ristretto (composto da rappresentanti delle regioni Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Lazio e Puglia), mancava la parte relativa al territorio invece inclusa nel [Decreto](#) del 9 gennaio scorso. Con l'Intesa prima e il Decreto poi venivano approvati l'Allegato A (con una nuova versione del Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero e il Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale operante in ADI) e l'Allegato B con gli Standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere.

Dalla approvazione di quel Decreto è uscito qui su Qs il 13 gennaio un solo intervento di [Fabrizio Starace](#), Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), con un commento molto ben fatto sull'Allegato B e in particolare sull'area della salute mentale. Per il resto nessun commento e nessun rapporto da una verifica sul campo del metodo di determinazione del fabbisogno di personale messo a punto da Agenas. E pensare che osservazioni ce ne sarebbero molte da fare. Ritengo infatti che sul piano metodologico il documento abbia il merito di dare comunque un punto di partenza allo sviluppo della tematica del fabbisogno, ma presenti i seguenti limiti:

fa il contrario di quello che [il responsabile del Progetto della Unione Europea Heroes coordinato dall'Agenas dichiara in una intervista](#) rispondendo alla domanda "perché è così difficile la programmazione del personale

sanitario?” e cioè che “Uno dei nodi principali è che si tende sempre a lavorare per silos: ospedale da una parte, territorio dall'altra; sanitario da una parte, sociosanitario da un'altra e così via per le professioni, medici e dall'altra infermieri.” Il modello Agenas è invece ancora proprio per silos come si vede ben in [una presentazione del modello Agenas di determinazione del fabbisogno di personale del SSN](#);

mancano in ogni caso criteri da adottare in molte altre aree su cui magari ci sono lavori in corso come i Dipartimenti di Prevenzione e la residenzialità socio-sanitaria;

non prende adeguatamente in considerazione la grandissima variabilità presente all'interno del sistema in termini di programmazione dell'offerta, modelli organizzativi e ruoli professionali;

anziché abbracciare la complessità del tema del fabbisogno cerca di trasformarlo in un problema complicato affrontabile con algoritmi ben costruiti. Di conseguenza fornisce (per le aree prese in considerazione) i criteri per una stima puntuale del fabbisogno piuttosto che gli strumenti per “navigare” nel processo in evoluzione continua della politica del personale nel SSN.

Vi sono poi alcune questioni importanti che il modello Agenas mi pare per sua natura non affronti relativamente all'influenza del rapporto pubblico/privato, alla determinazione del fabbisogno di personale non sanitario, che pure ammonta al 25% del totale del personale dipendente ([dati 2021](#)) e partecipa a pieno titolo con un ruolo significativo nella evoluzione dei modelli assistenziali, e alla programmazione del personale convenzionato.

Insomma, il messaggio è che il rilancio del Ssn ha bisogno tanto di principi fondanti da rilanciare (come quella di rilanciare il capitale umano) che di proposte capaci di entrare nel dettaglio dei modi con cui quel rilancio può avvenire. Il tema della programmazione del personale, e quindi della determinazione del suo fabbisogno, mi pare costituisca al riguardo un buon esempio.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119176



La misura del cambiamento del nostro SSN/SSR

Description

Maurizio Dal Maso, Associate founder Healthability Società Benefit, Firenze.

... 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.

Questo scriveva poche settimane fa Giovanni Monchiero, oggi editorialista di Panorama della Sanità. Conoscendo la persona e la sua storia di manager nel mondo del SSN pubblico negli ultimi 40 anni, come pure è successo a me, ho pensato che forse era una previsione troppo negativa. Poi, lentamente, mi sono tomati in mente i miei ultimi 20 anni e le tante responsabilità manageriali come direttore sanitario, direttore generale e commissario straordinario, e ho capito che aveva perfettamente ragione: è solo una questione di tempo, non di merito né di metodo, perché già oggi sono ormai chiari e visibili i segnali.

Perché siamo arrivati a questo punto? Potremmo pensare che gli anni del Covid hanno dimostrato quello che già sapevamo, ovvero l'esistenza di un eccessivo uso dell'autonomia gestionale delle Regioni – alcuni parlano di "anarchia istituzionale" – sugli aspetti essenziali della salute, intesa come l'uso adeguato delle risorse dedicate dalla collettività alla sanità secondo criteri di appropriatezza ed efficienza per fornire servizi di elevata qualità garantendo ai cittadini l'accesso, l'uguaglianza e l'equità. A questo proposito basta ricordare cosa si intende per uguaglianza, ovvero l'assenza di discriminazione tra le persone nell'accesso ai servizi assistenziali, nell'allocazione delle risorse e nell'offerta di opportunità, mentre l'equità è invece altra cosa oltre al semplice accesso ai servizi assistenziali: l'allocazione delle risorse e l'offerta di opportunità giusti e trasparenti.

Un sistema sanitario equo dovrebbe riuscire a dare servizi diversi a bisogni diversi, proprio perché non c'è nulla di più iniquo del fatto di dare risposte uguali a bisogni diversi. È chiaro che oggi dei tre parametri permane, anche se migliorabile, solo l'uguaglianza mentre accesso ed equità sono già fortemente compressi. Uno dei punti fondanti del nostro SSN, quindi, fortemente in crisi, l'equità, intesa come l'accesso ai servizi assistenziali, l'allocazione delle risorse e l'offerta di opportunità giuste e trasparenti, tenendo conto che le persone hanno bisogni, poteri e competenze diversi fra loro e che tali differenze devono essere identificate e orientate in modo di riequilibrare gli squilibri stessi. Rimane l'uguaglianza ma da sola non è sufficiente a garantire un SSN/SSR giusto ed efficace.

Identico discorso si può fare per l'accesso che è un fattore legato alla gratuità delle cure che, i dati degli ultimi 40 anni

hanno mostrato, non esiste più nella misura in cui la quota di pagamento "out of pocket" resta ormai stabile sopra al 20% e copre nell'80% dei casi prestazioni previste nei LEA, quindi già "pagate" dai cittadini ed erogate nel SSN/SSR, ma non secondo tempi, modi e luoghi da loro graditi ed accettati.

Aggiungiamo anche che il concetto di salute oggi è molto diverso da quello, a tutti noto, dichiarato dall'OMS nel 1948, che infatti già dal 2011 affermava come la salute sia la capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive. Questo significa che la salute viene intesa come convivenza ed accettazione dello stato di salute di "quel momento" che comunque consente la capacità di autogestirsi, quindi di vivere anche in condizioni di irreversibile perdita della salute stessa.

Sappiamo quanto la popolazione sia progressivamente invecchiata con il conseguente aumento delle malattie croniche ed è quindi evidente che si dovrà cambiare radicalmente il paradigma di cura. La presa in carico del soggetto "cronico" o pluripatologico, perché portatore di più patologie croniche contemporaneamente, deve avere un ruolo primario nella programmazione degli interventi clinici e socio-assistenziali, superando l'approccio tradizionale per andare verso una valutazione globale e multidisciplinare dei bisogni/domanda a cui dare, finalmente, una nuova e diversa risposta organizzativa.

Credo sia ormai ora di smettere di dire, nei fatti, ai nostri pazienti quello che Henry Ford scriveva nel 1922, ovvero che "ogni cliente può ottenere una Ford T colorata di qualunque colore desideri, purché sia nero". Già oggi potremmo programmare il governo della domanda con uno strumento come il PHM (*Population Health Management*) che mette in grado di gestire la filiera dei servizi coinvolti nelle diverse fasi della malattia (dalla prima diagnosi fino alle cure di fine vita), accompagnando la fruizione da parte del cittadino di nuovi servizi, integrati nell'evoluzione del CCM (*Chronic Care Model*), attraverso la gestione di percorsi di cura predisposti *ex ante* che declinino la qualità delle cure in termini di prestazioni ritenute appropriate e di luoghi di erogazione. Ovvero l'essenza di quella "Value Based Healthcare" che potremmo definire come la possibilità di dare esattamente quello che serve a quel particolare paziente, niente di più e niente di meno. Oggi possiamo farlo. Identificare e segmentare la popolazione attraverso specifici algoritmi che distinguono le coorti per condizioni di salute o patologie diverse, predisporre modelli di offerta e di presa in carico specifici per target di popolazione, attivare sistemi di monitoraggio orientati alla valutazione degli *outcome* per target di popolazione usando *big data*, *data analytics* e intelligenza artificiale a supporto dell'intera strategia di PHM.

La sfida che abbiamo davanti oggi nasce da più fattori: l'invecchiamento della popolazione, la sempre maggiore ed esigente aspettativa di vita in buona salute, l'aumento progressivo delle patologie croniche, l'evoluzione esponenziale delle nuove tecnologie disponibili. Tutto ciò impone in modo sempre più stringente di conseguire l'obiettivo dell'efficiamento e della sostenibilità, cioè la vera sfida delle politiche sanitarie nell'immediato futuro e più ancora nel medio periodo.

Elio Guzzanti scriveva nel 2006 che "affrontare il problema degli ospedali e, soprattutto, del loro futuro comporta necessariamente una visione non limitata all'ospedale come struttura edilizia ma estesa a molti altri fattori quali le linee di indirizzo della politica sanitaria, le modalità di finanziamento del sistema sanitario e degli ospedali ed anche il progresso scientifico e tecnologico oltre che l'evoluzione demografica ed epidemiologica. Tutti fattori che determinano le esigenze e le priorità da affrontare da parte dei sistemi sanitari ed il ruolo che in questo contesto viene affidato all'ospedale". Pertanto dovrà essere riletto il modello di Ospedale: sempre più flessibile, in una logica che coniuga l'innovazione tecnologica con quella organizzativa funzionale, anche per traguardare in senso più generale l'evoluzione dell'ospedale in futuro e per ampliare il perimetro contestuale dentro il quale tale trasformazione si dovrà realizzare. (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1694596546.pdf>)

È indubbio che esista un problema di risorse complessivamente intese ma è altrettanto noto che in qualsiasi settore aziendale migliorare la performance e la "accountability" dipende dall'aver degli obiettivi condivisi che uniscano gli interessi e le attività di tutti gli *stakeholders*. E infatti il concetto di valore si riferisce al risultato raggiunto anche in rapporto al costo atteso del trattamento. Inoltre definire e misurare il valore è essenziale per comprendere la *performance* di qualsiasi organizzazione sanitaria e per orientarla verso il miglioramento continuo ed infatti, nell'assistenza sanitaria, il valore è anche l'esito in termini di salute raggiunta dal paziente per ogni euro speso.

L'essenza delle prossime azioni in campo di *management* sanitario sarà privilegiare quelle orientate alla misurazione accurata dei fenomeni che vorremo gestire e migliorare, ricordando quello che scriveva Daniel Yankelovic nel 1972 (*Corporate priorities: a continuing study of the new demands of business*). Il suo pensiero esprimeva la complessità della misurazione e implicitamente sottolineava quanto sia indispensabile gestire le dinamiche aziendali prestando attenzione a ciò che è davvero importante e mettendo in discussione tipici, spesso automatici, comportamenti organizzativi che

ostacolano il miglioramento. Peccato che ancora oggi nelle organizzazioni sanitarie il pensiero che si percepisce sempre presente e dominante è "abbiamo sempre fatto così". È evidente che non potremo che migliorare, in futuro!

Concludo con alcune riflessioni riportate nell'ultimo Rapporto Oasi 2023 Cergas-Bocconi che indicano i passi non indolori ma necessari da fare subito :

- un'analisi dettagliata dei consumi di pazienti con profili di salute omogenei, per individuare le aree di *over- e under-treatment*, considerando nel conteggio anche quanto ottenuto in regime privato;
- la limitazione delle prescrizioni a quanto effettivamente erogabile;
- lo snellimento delle procedure, facendo coincidere i momenti della prescrizione e della prenotazione.

Questo comporterà una riorganizzazione dei servizi, passando dalla logica prestazionale a quella della presa in carico (il percorso di cura) con la conseguente necessità di cambiare il sistema di finanziamento. Questo cambiamento sarebbe una modalità di spendere i fondi del PNRR in modo più razionale rispetto al semplice potenziamento dei servizi a modello sostanzialmente invariato che, oltretutto, non avrà possibilità di essere sostenibile nel lungo periodo.

m.dalmaso@libero.it

Scenari della sanità



Berwick sul mito dell'assistenza sanitaria nel libero mercato

01 dicembre 2023

Berwick

Perchè importa

"Se siamo abbastanza intelligenti da cambiare le nostre idee e far lavorare insieme le nostre organizzazioni, otterremo risultati migliori. Ciò non accadrà in un ambiente competitivo. Non vinci o perdi mentre cerchi di creare la tua comunità salutare."

La straordinaria risposta al suo keynote del Forum dell'Institute for Healthcare Improvement (IHI) del 2022, intitolato "Salve Lucrum", e al [punto di vista JAMA](#) con lo stesso nome (che finora è stato scaricato oltre 159.000 volte) ha incoraggiato il presidente emerito dell'IHI e il membro senior Don Berwick di continuare a esplorare quella che chiama "la minaccia esistenziale dell'avidità nell'assistenza sanitaria statunitense". Nella seguente intervista, Berwick offre un'anteprima del suo keynote del Forum IHI 2023 sfidando il presupposto secondo cui la concorrenza di mercato è il modo migliore per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e ridurre i costi.

Recentemente hai menzionato che avevi in mente un libro di Naomi Oreskes ed Erik M. Conway, pubblicato all'inizio di quest'anno, *The Big Myth: How American Business Taught Us to Loathe Government and Love the Free Market*. Perché l'hai trovato così avvincente?

Negli ultimi anni ho riflettuto intensamente sul problema centrale dei costi crescenti e insostenibili dell'assistenza sanitaria americana e sul suo rapporto con la qualità. Ho descritto il fenomeno, invocando cambiamenti e cercando di

tenere d'occhio il miglioramento come metodologia, ma c'è anche la necessità di contemplare le risposte ad alcune domande chiave: come siamo finiti in questo pasticcio? Perché i costi sono così fuori controllo?

Il Grande Mito sfida alcuni presupposti comuni. Mette alla prova una teoria secondo cui siamo diventati eccessivamente impegnati nei mercati, nella concorrenza e nel capitalismo come motore di eccellenza e miglioramento. Gli autori non pensano – né lo penso io – che il capitalismo sia sempre una cosa terribile, ma per alcuni bisogni sociali come l'assistenza sanitaria e la gestione del cambiamento climatico o delle minacce alla salute pubblica, ad esempio, dobbiamo agire collettivamente e non in modo competitivo. I mercati non sono la risposta, ma piuttosto un ostacolo al miglioramento. In effetti, i mercati possono creare una cortina di fumo per non agire.

Che cosa hai imparato che ti ha sorpreso riguardo a un sistema sanitario guidato dalla concorrenza?

L'idea che, se gestiamo la concorrenza nel modo giusto, tutto funzionerà è così pervasiva. Ho avuto dei dubbi a riguardo per molto tempo, ma sono rimasto sorpreso nell'apprendere che ci sono poche prove a sostegno di ciò. In realtà, ci sono molte prove contrarie.

Ciò che sto imparando rende chiaro che i mercati e la concorrenza spesso non riescono a fornire i risultati che desideriamo nell'assistenza sanitaria, come una migliore qualità, costi inferiori, maggiore equità e maggiore innovazione. I mercati e la concorrenza creano anche incentivi perversi, come l'uso eccessivo, il sottoutilizzo, gli sprechi, le frodi e i danni. I mercati e la concorrenza minano anche i valori e le relazioni essenziali per l'assistenza sanitaria, come la fiducia, la compassione, la collaborazione e la professionalità.

Le convinzioni sui mercati e sulla concorrenza sono profondamente radicate negli Stati Uniti e in molti altri paesi. Voglio essere chiaro che quello che sto dicendo non è un attacco su larga scala ai mercati e al capitalismo, ma sto mettendo in discussione se questi sistemi abbiano senso per determinati bisogni, inclusa l'assistenza sanitaria.

I sostenitori del libero mercato nel settore sanitario spesso sostengono che la concorrenza guida l'innovazione. Cosa ne diresti?

La concorrenza può, ovviamente, stimolare l'innovazione. Si potrebbe sostenere che i computer migliorano perché le aziende informatiche competono per aggiudicarsi i miei affari. Ma se si guarda alle radici dell'innovazione nell'assistenza sanitaria, ciò che si trova sono gli investimenti pubblici. Gran parte della conoscenza di cui dispongono le aziende e che porta a innovazioni nel campo farmaceutico, alla comprensione dei meccanismi biologici e alle tecnologie proviene dai National Institutes of Health degli Stati Uniti e da altri settori del settore pubblico. Molte innovazioni nel settore sanitario non sarebbero possibili senza gli investimenti del settore pubblico.

Quale esempio puoi condividere di un approccio più cooperativo che competitivo all'assistenza sanitaria che porta benefici ai pazienti e alle comunità?

Vedo più sforzi comunitari in tutto il mondo. Adoro ciò che [il Cincinnati Children's Hospital Medical Center](https://www.ihc.org/insights/berwick-myth-free-market-health-care), partner di lunga data dell'IHI, ha fatto per aiutare la città a soddisfare meglio le esigenze di decine di migliaia di bambini a Cincinnati. Si uniscono a comunità, organizzazioni e individui di tutta la regione perché capiscono che non possono migliorare la salute della loro comunità da soli.

Quale sarà la chiave per cambiare?

Dobbiamo adottare un approccio più cooperativo piuttosto che competitivo, soprattutto per quanto riguarda la salute della comunità. Per generare salute nelle comunità dovremo attraversare molti settori. Tutti dovranno sedersi al tavolo per cambiare le condizioni che generano salute e benessere. Ciò coinvolgerà i nostri sistemi educativi, le organizzazioni di volontariato a livello comunitario, le persone interessate all'ambiente e alla politica energetica, il sistema di giustizia penale e molti altri.

Credo che il pubblico in generale – certamente il personale sanitario – preferirebbe cooperare piuttosto che competere. Se siamo abbastanza intelligenti da cambiare le nostre idee e far collaborare le nostre organizzazioni, otterremo risultati migliori. Ciò non accadrà in un ambiente competitivo. Non vinci né perdi mentre cerchi di rendere sana la tua comunità.

Quando parli di "vincitori" e "perdenti" mi colpisce chiedermi chi sta vincendo e chi perde quando diamo priorità alla competizione rispetto alla cooperazione.

Esattamente. È come se immaginassimo una partita di tennis. Siamo tutti dalla stessa parte della rete. L'altro lato della rete sono le malattie, la sofferenza, la disabilità, gli infortuni e la depressione. Questo è ciò contro cui dobbiamo competere, non gli uni contro gli altri.

<https://www.ihc.org/insights/berwick-myth-free-market-health-care>



Fondamenti di etica medica: una serie di nuove prospettive

Bernard Lo, Debra Malina, Ginevra Pittman, e Stephen Morrissey,

Le questioni etiche in medicina sono state affrontate per secoli, ma i progressi della scienza medica spesso danno origine a nuovi dilemmi etici. Agli albori dell'emodialisi, ad esempio, un articolo della rivista Life del 1962 spinse l'etica medica alla consapevolezza del pubblico descrivendo un comitato prevalentemente laico che decideva quali pazienti con insufficienza renale allo stadio terminale avrebbero avuto accesso alla nuova tecnologia potenzialmente salvavita: solo cinque pazienti. gli slot erano disponibili. ¹ Nel prendere queste decisioni, il comitato si è guidato principalmente dalla coscienza individuale perché non esistevano linee guida stabili.

Nello stesso periodo, lo sviluppo del trapianto di organi da cadavere stava mettendo in discussione la definizione di morte. Tradizionalmente i medici dichiaravano morta una persona se la sua respirazione e la circolazione si erano fermate, ma i criteri cardiopolmonari per la morte precludevano la donazione di organi da parte di persone la cui respirazione e circolazione erano supportate dalla ventilazione meccanica e dai vasopressori. Lo sviluppo di criteri neurologici per determinare la morte richiedeva linee guida mediche, etiche e legali; decisioni giudiziarie; e leggi statali. Il trapianto di organi ha anche sollevato nuovi dilemmi etici legati ai conflitti paziente-famiglia sulla donazione di organi, sull'equa assegnazione degli organi e sulla vendita di organi.

Dopo la seconda guerra mondiale, gli studiosi di etica iniziarono ad affrontare le questioni poste dalla ricerca che coinvolgeva gli esseri umani, nella quale i partecipanti venivano messi a rischio con lo scopo primario di far avanzare la conoscenza scientifica a beneficio dei futuri pazienti. Negli anni '70, un informatore del servizio sanitario pubblico degli Stati Uniti informò un giornalista investigativo delle inconcepibili pratiche razziste nello studio sulla sifilide di Tuskegee. Uomini neri affetti da sifilide, prevalentemente poveri e ignoranti, furono seguiti regolarmente per un massimo di 40 anni in modo che gli scienziati potessero studiare la storia naturale della malattia.

Quando la penicillina divenne disponibile, il servizio sanitario pubblico impedì ai partecipanti allo studio di riceverla dai dipartimenti militari o di sanità pubblica. ² La copertura della stampa suscitò indignazione nazionale, udienze al Senato e la nomina nel 1974 della Commissione nazionale per la protezione dei soggetti umani della ricerca biomedica e comportamentale. ²

Le raccomandazioni della commissione per il consenso informato e la revisione della ricerca da parte dei comitati di revisione istituzionale (IRB) hanno costituito la pietra angolare delle nuove norme federali per la protezione dei soggetti umani. ³ Il lavoro della commissione ha mostrato come un comitato etico interdisciplinare potrebbe chiarire termini e questioni, analizzare gli argomenti a favore e contro le varie opzioni e formulare raccomandazioni consensuali. I rapporti commissionati da un'agenzia governativa possono avere più influenza degli articoli accademici perché l'agenzia può spesso tradurre le raccomandazioni in politiche. Sebbene un rapporto non possa risolvere tutti gli aspetti di una questione etica, può fornire un punto di partenza per ulteriori analisi, linee guida e politiche.

Applicando il quadro etico della commissione nazionale alla ricerca clinica quotidiana, gli studiosi di etica medica e gli IRB hanno successivamente analizzato questioni quali: come può il consenso informato essere un processo significativo piuttosto che un esercizio pro forma? Come si può bilanciare la protezione dei gruppi considerati vulnerabili, come i bambini e le donne incinte, con la necessità di prove concrete ottenute attraverso la ricerca per migliorare la loro assistenza clinica? Come possono essere distribuiti equamente i benefici della ricerca, in particolare tra i gruppi che continuano ad affrontare disparità sanitarie, discriminazione e razzismo?

Oggi, alcune ricerche che coinvolgono partecipanti umani potrebbero non presentare rischi fisici: i ricercatori possono eseguire il sequenziamento dell'intero genoma o dell'intero esoma e altri test su campioni biologici conservati e deidentificati. I risultati dei test possono essere integrati con dati clinici dettagliati provenienti da cartelle cliniche elettroniche, aggregati in enormi set di dati e analizzati con l'uso dell'apprendimento automatico. Tale ricerca potrebbe identificare varianti genomiche responsabili dei meccanismi causali della malattia, nuovi bersagli per la terapia e biomarcatori in grado di prevedere la prognosi e la risposta alle terapie. Ma suscita anche preoccupazione per un ampio consenso per ricerche future non specificate, possibile reidentificazione di donatori di campioni e violazioni della privacy.

I dilemmi etici richiedono giudizi su ciò che è giusto o sbagliato che non possono essere risolti esclusivamente sulla base di prove biomediche o competenze cliniche. Ma linee guida o valori etici divergenti possono spingerci simultaneamente verso decisioni o giudizi opposti, e persone diverse spesso giungono a giudizi diversi sulla base delle loro convinzioni morali, valori religiosi, patrimonio culturale o ruoli diversi nei sistemi sanitari e di ricerca, il che può presentare un problema particolare nelle società pluralistiche come gli Stati Uniti. Tuttavia, comprendere come tali differenze etiche sono state affrontate in passato può suggerire come trovare un terreno comune in futuro.

In questo numero della rivista, stiamo lanciando una nuova serie di Perspectives, Fondamenti di etica medica, in cui esploriamo alcune questioni etiche chiave che la medicina oggi deve affrontare, da come prendere decisioni mediche per i pazienti che hanno perso la capacità decisionale, a come è meglio rispondere quando viene commesso un errore medico, su come affrontare le nuove questioni nella ricerca all'avanguardia sul cervello.

Poiché affrontare questioni di etica medica spesso richiede competenze multidisciplinari – in filosofia, ricerca biomedica, pratica clinica, diritto, politica e comunicazione, tra gli altri campi – gli autori che contribuiscono alla serie provengono da una vasta gamma di discipline. In alcuni casi, eventi storici e cambiamenti culturali ci costringono a rivisitare pratiche consolidate; l'equità, le disparità derivanti dai determinanti sociali della salute e la discriminazione nell'assistenza sanitaria, ad esempio, hanno assunto maggiore urgenza a causa delle forti disparità nei risultati durante la pandemia di Covid-19. In altri settori, come l'impiego dell'intelligenza artificiale generativa o l'integrazione del sequenziamento genomico nella pratica clinica, le questioni etiche rilevanti sono ancora in fase di formulazione; sebbene possa essere utile prevedere e risolvere le potenziali preoccupazioni, qualsiasi raccomandazione sarà necessariamente speculativa. E sebbene diversi gruppi di persone possano essere in grado di raggiungere un terreno comune su una specifica questione etica anche se i loro valori morali fondamentali, le priorità etiche, le credenze religiose o le opinioni sul ruolo appropriato del governo divergono, ⁴ la nostra attuale polarizzazione politica e culturale a volte precludere risposte definitive e universali.

Una cosa certa è che nuove questioni di etica medica continueranno ad emergere con i progressi biomedici e i cambiamenti nella pratica clinica e nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. La nostra speranza è che la serie Fondamenti di etica medica suggerisca ampie lezioni da tenere a mente mentre medici, pazienti, partecipanti alla ricerca, famiglie e comunità lottano con dilemmi nuovi e in evoluzione, in modo che, invece di dover continuamente recuperare, i medici l'etica può tenere il passo con l'evoluzione – e le rivoluzioni – della medicina stessa.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2308472?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2FE3DUv8MFGkn3u4YehrC%2Bly7JtPjEkCkXDZWTLZaVOppH5eHTY%2BnGx2OVomPWtniARzNT%2BGTCnfdDH%2F185GVZIZni8BGSBdq3894qO%2FqGdwDCwvb%2BsSjfHfSyzmlsP3mGtvLr4qEsA2MN27rUyzA6om>



57° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2023

GIUNTO ALLA 57ª EDIZIONE, IL RAPPORTO CENSIS INTERPRETA I PIÙ SIGNIFICATIVI FENOMENI SOCIO-ECONOMICI DEL PAESE NELLA FASE DI TRANSIZIONE CHE STIAMO ATTRAVERSANDO

Giunto alla 57ª edizione, il Rapporto Censis interpreta i più significativi fenomeni socio-economici del Paese nella fase congiunturale che stiamo vivendo.

*Le **Considerazioni generali** introducono il Rapporto descrivendo una società con molte scie, ma nessuno sciame, con una direzione, ma pochi traguardi, in cui i meccanismi di mobilità sociale si sono usurati. Nella seconda parte,*

***La società italiana al 2023**, vengono affrontati i temi di maggiore interesse emersi nel corso dell'anno, l'economia in rallentamento dopo la fine dell'espansione monetaria, i nuovi fermenti e le inquietudini, fino a delineare il ritratto di una società di sonnambuli, ciechi dinanzi ai presagi. Nella terza e quarta parte si presentano le **analisi per settori**: la formazione, il lavoro e la rappresentanza, il welfare e la sanità, il territorio e le reti, i soggetti e i processi economici, i media e la comunicazione, la sicurezza e la cittadinanza.*

Il capitolo «Il sistema di welfare» del 57° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2023

Roma, 1 dicembre 2023 –

La priorità del rilancio del Servizio sanitario italiano. Tra il 2012 e il 2019 la spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil è passata dal 6,7% al 6,4%, nel 2020 del Covid è salita al 7,4% e poi è scesa di nuovo al 6,7% nel 2022. Dal confronto internazionale emerge che nel periodo 2012-2019 in Italia la spesa sanitaria pubblica ha registrato un -0,4%, in Francia un +15,0%, in Germania un +16,4% e in Spagna un +7,7%. Negli anni 2019-2021, per effetto della pandemia, in Italia si è registrato un +6,7%, in Francia un +8,8%, in Germania un +16,6% e in Spagna un +13,5%. Secondo la Nadeff, nei prossimi anni la spesa sanitaria pubblica italiana in rapporto al Pil diminuirà fino al 6,1% nel 2026. Insomma, risorse pubbliche per il Servizio sanitario nazionale declinanti nel tempo e strutturalmente inferiori a quelle di Paesi simili al nostro. Un altro fronte critico è lo shortage del personale sanitario. Il tasso di turnover (il rapporto tra assunti e cessati in un anno) è pari a 90 per i medici e a 95 per gli infermieri. Data la elevata età media, si stima che tra il 2022 e il 2027 andranno in pensione 29.000 medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale e 21.000 infermieri. Sono numeri che confermano una fragilità che potrebbe determinare in futuro costi sociali elevati.

Gli effetti delle promesse tradite in sanità. Nell'anno trascorso il rapporto degli italiani con la sanità è stato segnato dalla presa d'atto della fine delle promesse. Per il 75,8% è diventato più difficile accedere alle prestazioni sanitarie nella propria regione a causa di liste di attesa sempre più lunghe. Il 71,0% dichiara che in caso di visite specialistiche necessarie o accertamenti sanitari urgenti è pronto a rivolgersi a strutture private pagando di tasca propria (al Sud la percentuale sale al 77,3%). A causa delle promesse mancate, il 79,1% degli italiani si dichiara molto preoccupato per il funzionamento del Servizio sanitario nel prossimo futuro, esprimendo il timore di non accedere a cure tempestive e appropriate in caso di malattia. L'esperienza delle difficoltà di accesso alla sanità radica nella coscienza collettiva l'idea che l'universalismo formale in realtà nasconda disparità reali, che ampliano le disuguaglianze sociali. L'89,7% si dice convinto che le persone benestanti hanno la possibilità di curarsi prima e meglio di quelle meno abbienti.

I volti del welfare aziendale. Tra i lavoratori persiste una certa confusione sul significato del welfare aziendale. Solo il 19,8% dichiara di sapere bene cosa sia, il 45,1% lo conosce a grandi linee e il 35,1% non ne sa nulla. Sono i numeri del gap esistente tra lo spazio effettivamente conquistato dagli strumenti del welfare aziendale nelle scelte normative e nella contrattazione aziendale e il suo riconoscimento diretto e compiuto da parte dei lavoratori. Per le imprese il welfare aziendale è diventato una delle leve con cui attirare e trattenere lavoratori, e per stimolarne l'engagement offrendo dispositivi che, oltre a integrare il reddito, alleviano difficoltà della vita quotidiana dei lavoratori, a cominciare da una migliore conciliazione tra i tempi della vita privata e quelli del lavoro. Oggi l'81,3% dei lavoratori valuta positivamente lo smart working proprio perché consente una migliore conciliazione tra famiglia e lavoro.

L'inclusione digitale. L'88,7% degli italiani considera la connettività a internet un diritto dei cittadini al pari della tutela della salute o della previdenza. L'80,8% è convinto che l'accesso al web dovrebbe essere gratuito (solo il 19,2% è contrario). Ne sono particolarmente convinti i giovani (84,5%). Secondo il 46,2% degli italiani il riconoscimento della connessione come un diritto, addirittura da garantire gratuitamente a tutti, andrebbe finanziato con un'adeguata compartecipazione economica da parte dei grandi generatori di traffico sulla rete, come Google e Meta, mentre per il 34,6% bisognerebbe attingere alla fiscalità generale. Il 10,9% è invece contrario al ricorso al fisco e per l'8,3% ciascun utente dovrebbe pagarsi per intero la propria connessione. Il 67,6% degli italiani sostiene che, se le nuove tecnologie saranno facili da usare per tutti, potranno dare un grande contributo alla riduzione delle disuguaglianze sociali. L'85,8% reputa importante che sia diffusa un'informazione scientifica di facile comprensione per tutti sugli effetti delle nuove tecnologie.

Il ruolo del risparmio per i pensionati. Le pensioni non esauriscono l'economia della longevità. Il 65,3% degli anziani ritiene che la pensione percepita da sola non sia in grado di garantire il benessere nella terza e quarta età. L'84,6% dei longevi ritiene che per garantirsi una vecchiaia serena sia fondamentale investire i propri risparmi. Oggi il 41,0% degli anziani risparmia regolarmente e il 28,0% di tanto in tanto. Del resto, gli anziani spesso continuano a garantire un supporto economico a favore dei familiari più giovani, figli e nipoti. Nell'ultimo anno lo ha fatto il 42,0% degli anziani. Spesso le risorse degli anziani, in particolare dei pensionati, sono il polmone finanziario a tutela della rete familiare.

<https://www.censis.it/welfare-e-salute/il-capitolo-%C2%ABil-sistema-di-welfare%C2%BB-del-57%C2%B0-rapporto-censis-sulla-situazione>

Il 79% degli italiani molto preoccupato di non poter più contare sul Ssn. Il Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese

Il 2023 è stato, secondo i ricercatori del Censis, l'anno della "presa d'atto della fine delle promesse" rispetto a quel che il Ssn può garantire. Per il 75,8% degli italiani è diventato più difficile accedere alle prestazioni sanitarie nella propria regione; all'universalismo delle cure credono in pochi: l'89,7% è convinto che le persone benestanti abbiano la possibilità di curarsi prima e meglio di quelle meno abbienti. Il 79,1% teme, in caso di malattia, di non accedere a cure tempestive e appropriate.

01 DIC - È un quadro molto fosco quello dipinto nel [57° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2023](#). Per l'80% degli italiani (l'84,1% tra i giovani) il paese è in declino, il 73,4% teme che i problemi strutturali irrisolti del nostro Paese provocheranno nei prossimi anni una crisi economica e sociale molto grave con povertà diffusa e violenza, il 73,8% degli italiani ha paura che negli anni a venire non ci sarà un numero sufficiente di lavoratori per pagare le pensioni e il 69,2% pensa che non tutti potranno curarsi, perché la sanità pubblica non riuscirà a garantire prestazioni adeguate.

La crisi del sistema salute è evidente a tutti. Il capito del rapporto Censis dedicato al tema parte da alcuni dati chiari: "Tra il 2012 e il 2019 la spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil è passata dal 6,7% al 6,4%, nel 2020 del Covid è salita al 7,4% e poi è scesa di nuovo al 6,7% nel 2022. Dal confronto internazionale emerge che nel periodo 2012-2019 in Italia la spesa sanitaria pubblica ha registrato un -0,4%, in Francia un +15,0%, in Germania un +16,4% e in Spagna un +7,7%. Negli anni 2019-2021, per effetto della pandemia, in Italia si è registrato un +6,7%, in Francia un +8,8%, in Germania un +16,6% e in Spagna un +13,5%. Secondo la Nadeff, nei prossimi anni la spesa sanitaria pubblica italiana in rapporto al Pil diminuirà fino al 6,1% nel 2026. Insomma, risorse pubbliche per il Servizio sanitario nazionale declinanti nel tempo e strutturalmente inferiori a quelle di Paesi simili al nostro".

Un altro fronte critico è lo shortage del personale sanitario. "Il tasso di turnover (il rapporto tra assunti e cessati in un anno) è pari a 90 per i medici e a 95 per gli infermieri. Data la elevata età media, si stima che tra il 2022 e il 2027 andranno in pensione 29.000 medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale e 21.000 infermieri. Sono numeri che confermano una fragilità che potrebbe determinare in futuro costi sociali elevati", spiegano i ricercatori del Censis.

Dai dati raccolti emerge, dunque, che nel 2023 il rapporto degli italiani con la sanità è stato segnato dalla presa d'atto della fine delle promesse. Per il 75,8% è chiaro come sia diventato più difficile accedere alle prestazioni sanitarie nella propria regione a causa di liste di attesa sempre più lunghe. Il 71,0% dichiara che in caso di visite specialistiche necessarie o accertamenti sanitari urgenti è pronto a rivolgersi a strutture private pagando di tasca propria (al Sud la percentuale sale al 77,3%). A causa delle promesse mancate, il 79,1% degli italiani si dichiara molto preoccupato per il funzionamento del Servizio sanitario nel prossimo futuro, esprimendo il timore di non accedere a cure tempestive e appropriate in caso di malattia. L'esperienza delle difficoltà di accesso alla sanità radica nella coscienza collettiva l'idea che l'universalismo formale in realtà nasconda disparità reali, che ampliano le disuguaglianze sociali. L'89,7% si dice convinto che le persone benestanti hanno la possibilità di curarsi prima e meglio di quelle meno abbienti.

Per quanto riguarda gli anziani, il 65,3% di loro ritiene che la pensione percepita da sola non sia in grado di garantire il benessere nella terza e quarta età. L'84,6% dei longevi ritiene che per garantirsi una vecchiaia serena sia fondamentale investire i propri risparmi. Oggi il 41,0% degli anziani risparmia regolarmente e il 28,0% di tanto in tanto. Del resto, gli anziani spesso continuano a garantire un supporto economico a favore dei familiari più giovani, figli e nipoti. Nell'ultimo anno lo ha fatto il 42,0% degli anziani. Spesso le risorse degli anziani, in particolare dei pensionati, sono il polmone finanziario a tutela della rete familiare. Ma anche loro hanno bisogno di aiuto: nel 2021 gli anziani con gravi limitazioni funzionali erano 1,9 milioni, il 13,7% del totale degli anziani e il 63,1% del totale delle persone con limitazioni in Italia. Secondo le stime, nel 2040 il 10,3% degli anziani continuerà ad avere problemi di disabilità. Rimane quindi sul tappeto la questione ineludibile del bisogno assistenziale legato agli effetti epidemiologici dell'invecchiamento demografico.

UE per la salute 2024: la Commissione adotta il programma di lavoro con 752,4 milioni di euro

La Commissione europea ha adottato oggi il programma di lavoro "UE per la salute" per il 2024, che mira a realizzare le principali priorità della politica sanitaria nel quadro dell'Unione europea della salute. Il bilancio di 752,4 milioni di euro ne stimolerà lo sviluppo e fornirà finanziamenti per affrontare importanti questioni sanitarie in tutta l'UE.

"L'obiettivo - spiega una nota - è migliorare la preparazione dell'Unione alle crisi tramite l'Autorità europea per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie (HERA) e la capacità di affrontare sfide come quelle connesse alla guerra di aggressione della Russia nei confronti dell'Ucraina". Garantirà inoltre "la diffusione di iniziative digitali chiave come lo spazio europeo dei dati sanitari (EHDS), volto in particolare a sfruttare i dati sanitari digitali per migliorare l'assistenza sanitaria dei pazienti in tutta l'UE".

Il bilancio 2024 contribuirà inoltre a rafforzare la resilienza dell'UE nei confronti delle minacce per la salute a carattere transfrontaliero e ad attuare la strategia farmaceutica per l'Europa e il piano europeo di lotta contro il cancro. Sosterrà inoltre le iniziative emergenti, con particolare attenzione alla salute mentale, alla salute mondiale e all'evoluzione dei medicinali.

Al fine di rafforzare l'importante ruolo svolto dalle organizzazioni civili nell'attuazione delle politiche sanitarie dell'UE, il programma "UE per la salute" continuerà a concedere nel 2024 sovvenzioni di funzionamento per 9 milioni di € e pubblicherà un invito a concludere accordi quadro di partenariato per il periodo 2025-2026.

L'adozione del programma di lavoro odierno fa seguito a un parere positivo degli Stati membri in occasione della riunione del comitato del programma "UE per la salute" del 28 novembre.

"L'adozione odierna del programma di lavoro 'UE per la salute' del 2024 - commenta Stella Kyriakides, commissaria per la Salute e la sicurezza alimentare - segna un nuovo passo avanti verso un'Unione europea della salute ancora più forte e dimostra ancora una volta che la politica sanitaria è una priorità per questa Commissione.

I finanziamenti nell'ambito di questo programma dell'UE per la salute, il più grande ad oggi, amplificano il nostro impegno a rafforzare la resilienza sanitaria, a portare avanti la strategia farmaceutica per l'Europa e ad attuare azioni nell'ambito del piano europeo di lotta contro il cancro per migliorare il trattamento, l'assistenza e la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie.

La società civile ha un ruolo cruciale da svolgere nel raggiungere i cittadini, e lo riconosciamo continuando a concedere sovvenzioni di funzionamento nel 2024 e pubblicando un invito a concludere accordi quadro di partenariato per il periodo 2025-2026. I finanziamenti promuoveranno inoltre sforzi fondamentali in materia di salute mentale e salute mondiale e progressi fondamentali in materia di sanità digitale. È segno del nostro impegno collettivo a favore di un'Unione più sana e resiliente".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2023-12-05/ue-la-salute-2024-commissione-adotta-programma-lavoro-7524-milioni-euro-161233.php?uuid=AF7JkavB&cmpid=nlqf>

Il deserto sanitario

Gabriele Cerini, Erika Del Prete e Carla Lunetta

I deserti sanitari sono aree in cui i bisogni sanitari della popolazione non sono soddisfatti, parzialmente o totalmente, a causa della mancanza di un accesso adeguato o di una qualità inadeguata dei servizi sanitari dovuta a (i) insufficienti risorse umane, o (ii) insufficienti strutture, (iii) lunghi tempi di attesa, (iv) costi eccessivi dei servizi o (v) altre barriere socioculturali.

A livello nazionale e internazionale, si è assistito negli ultimi anni a un aumento significativo dei bisogni di salute non soddisfatti, con un impatto particolarmente marcato sulle fasce di popolazione più vulnerabili dal punto di vista economico e sociale. Esistono aree in cui l'accesso alle cure rimane costantemente insoddisfatto e tali zone sono identificate come **"deserti medici."** L'utilizzo di questo termine ha preso piede nel corso dell'ultimo decennio, in particolare in Francia, uno dei primi paesi europei a concentrarsi sulla problematica. Un recente studio pubblicato sull'*European Journal of Public Health* fornisce una definizione condivisa di "deserto medico". [1] Poiché la definizione copre vari domini tra cui l'accesso ai servizi di salute pubblica e di prevenzione, il gruppo di lavoro ha preferito utilizzare il termine deserto sanitario per descrivere il fenomeno.

I deserti sanitari sono aree in cui i bisogni sanitari della popolazione non sono soddisfatti, parzialmente o totalmente, a causa della mancanza di un accesso adeguato o di una qualità inadeguata dei servizi sanitari dovuta a (i) insufficienti risorse umane, o (ii) insufficienti strutture, (iii) lunghi tempi di attesa, (iv) costi eccessivi dei servizi o (v) altre barriere socioculturali.

Il concetto di deserto sanitario colpisce la popolazione in relazione alle condizioni socio-economiche. Le persone con svantaggi educativi e difficoltà economiche tendono a riportare una percezione inferiore dello stato di salute e ad adottare stili di vita meno salutari. Queste fasce di popolazione fanno ricorso principalmente a visite generiche o direttamente all'ospedale, con una minore adesione ai programmi di prevenzione e di screening.

I deserti sanitari sono un problema di forte interesse europeo. L'organismo dell'Unione Europea HaDEA (European Health and Digital Executive Agency) ha finanziato progetti e iniziative volti ad affrontare le disuguaglianze sanitarie attraverso lo sviluppo di strategie e tecnologie innovative per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria. [2] Tra questi ne troviamo tre finanziati nel contesto del Third health programme.

- **"Action for Health and Equity: Addressing Medical Deserts (AHEAD)"** (aprile 2021 – maggio 2023) si è concentrato sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie affrontando la sfida dei deserti medici in Europa. Con la partecipazione di paesi tra cui l'Italia (rappresentata da Cittadinanzattiva), Moldavia, Paesi Bassi, Romania e Serbia, il progetto ha raggiunto tre obiettivi specifici: generare prove attraverso revisioni della letteratura, casi studio, interviste con esperti e focus group; creare consenso tramite workshop partecipativi con le parti interessate nei paesi del progetto AHEAD; discutere opzioni politiche attraverso il dialogo istituzionale e tavole rotonde, incluso un evento con i membri del Parlamento europeo a Bruxelles. Il progetto ha sviluppato strumenti per monitorare, identificare e mappare i deserti sanitari, culminando in un appello all'azione rivolto a tutti gli attori coinvolti nella lotta contro la desertificazione sanitaria. [3]
- **"Roadmap OUT of mEdical deserts into supportive Health WorkForce initiatives and policies (ROUTE-HWF)"** (marzo 2021 – febbraio 2024) mira ad assistere gli Stati dell'UE nella progettazione ed implementazione di politiche relative al personale sanitario in relazione ai deserti medici. Il progetto ha sviluppato linee guida su come i Paesi dell'UE possono monitorare e misurare i deserti medici, fornendo approfondimenti sui fattori che contribuiscono alla "desertificazione". [4]
- **"Promoting evidence-based reforms (OASES)"** (marzo 2021 – febbraio 2024) si pone come fonte di conoscenza per i Paesi dell'UE riguardo ai deserti medici. Attraverso l'identificazione dei vari fattori che contribuiscono alla desertificazione e la tracciatura di possibili soluzioni, OASES fornisce raccomandazioni legali e politiche per superare gli ostacoli al reclutamento e al mantenimento del personale sanitario in aree scarsamente servite. [5]

Affrontiamo ora alcuni dei determinanti che contribuiscono a questo fenomeno nel contesto europeo e italiano.

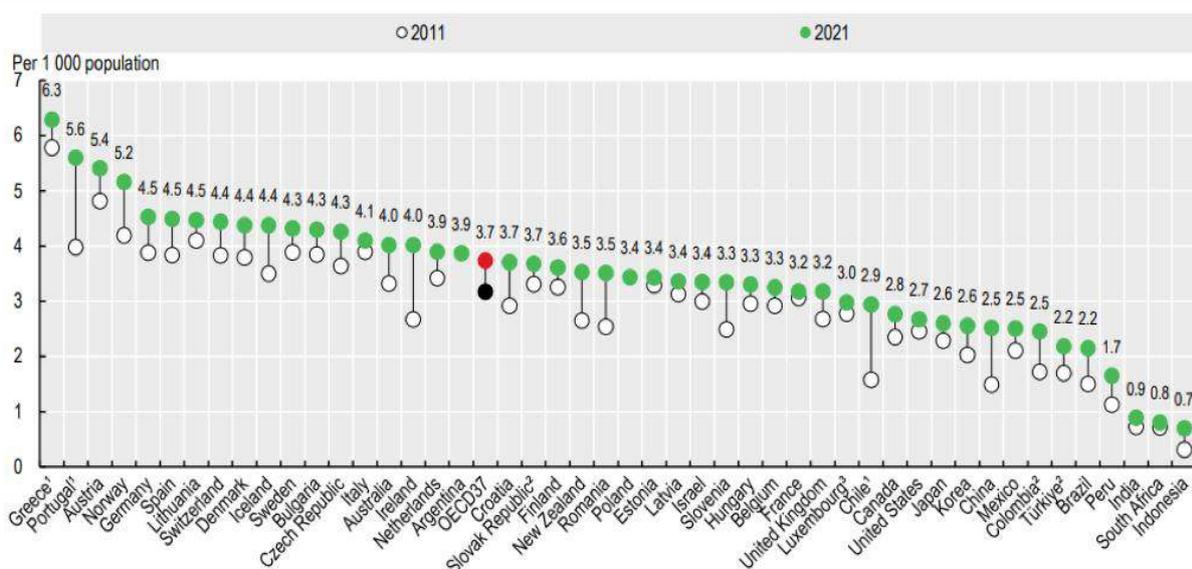
Tra le cause del deserto sanitario, l'accessibilità alle strutture sanitarie gioca un ruolo significativo. L'accesso alle cure rappresenta l'opportunità di usufruire dei servizi sanitari ogni volta che si manifesta un bisogno di cura, anche solo percepito. Tale accesso è influenzato dalla combinazione del modello organizzativo dell'offerta e dalle caratteristiche individuali, comunitarie ed ambientali. La vicinanza ai servizi, intesa sia come prossimità geografica che conoscitiva, può costituire una porta di accesso o una barriera alle cure.

Le lunghe liste d'attesa rappresentano una delle principali barriere di accesso alle cure. Secondo un'indagine ISTAT del 2022, le lunghe liste d'attesa sono state il motivo più frequente di rinuncia a prestazioni sanitarie ritenute necessarie (il 3,8% della popolazione). [6] I Piani di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA e PRGLA a livello nazionale e regionale rispettivamente) costituiscono uno strumento di monitoraggio per garantire l'equità nell'accesso alle cure. Nel "Report numero di pubblica utilità 1500 – Liste di attesa", fornito dal Ministero della Salute (2019) grazie alla metodica del "sentiment analysis" (analisi linguistica computazionale delle esperienze personali che i cittadini hanno riferito durante le conversazioni telefoniche sul tema delle liste di attesa in sanità) è emerso che la maggior parte dei cittadini (59% delle telefonate) si è lamentata per i tempi di erogazione delle prestazioni e le segnalazioni sull'eccedenza dei tempi di erogazione hanno costituito il 12% degli argomenti affrontati dai cittadini. [7] Il problema delle liste d'attesa è distribuito in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale e non sembra essere influenzato dalle performance qualitative delle strutture mediche.

L'accesso alle cure mediche richiede inoltre un numero adeguato di medici distribuiti in modo equo su tutto il territorio nazionale. Questa è una problematica persistente in molti paesi dell'OCSE, Italia compresa, soprattutto nelle zone remote e scarsamente popolate. Nel decennio passato, i posti di lavoro nel settore della salute e dell'assistenza sociale sono aumentati significativamente rispetto ad altri settori. In media, il numero di medici per 1.000 abitanti è salito da 3,2 nel 2011 a 3,7 nel 2021 in tutti i paesi dell'OCSE (Figura 1). [8] In Italia, dal 2012 al 2016, il settore sanitario ha invece registrato una costante diminuzione del personale, con una perdita di quasi 25.000 addetti, riflesso delle misure di contenimento della spesa adottate a partire dal triennio 2005-2007 (L. 30/12/2004, n. 311).

Secondo i dati OCSE del 2023, il rapporto tra dottori ed abitanti in Italia si assesta a 4,1/1.000, ma i benchmark internazionali forniscono un confronto sul numero totale di professionisti e non tengono conto che solamente il personale con contratto legato al SSN rappresenta la quota di forza lavoro impegnata nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel 2021, il rapporto tra medici del SSN e abitanti era di 2,1/1.000 (Figura 2), mentre per gli infermieri era di 5,1/1.000 (Figura 3), con notevoli disparità regionali in entrambe le categorie. [9]

Figura 1. Dottori praticanti per 1000 abitanti, 2011 e 2021 (o anno più vicino)



1. Refer to all doctors licensed to practise, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. around 30% in Portugal). 2. Includes not only doctors providing direct care to patients but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors). 3. Latest available data 2017.
Source: OECD Health Statistics 2023.

L'aumento dell'età media dei medici in servizio è un'ulteriore fonte di preoccupazione; attualmente un terzo dei medici in Europa ha più di 55 anni e andrà in pensione nel prossimo decennio. In Italia, nel 2021, un medico su 4

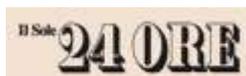
aveva più di 65 anni. Pianificare adeguatamente le risorse professionali del settore è essenziale per garantire una sostituzione sufficiente, considerando il tempo di formazione necessario per i nuovi medici.

La spesa sanitaria di uno Stato è un elemento chiave che influenza il fenomeno del deserto sanitario. Mentre un sistema universalistico basato sulla fiscalità generale dovrebbe garantire l'erogazione di livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio, la spesa sanitaria privata contrasta il principio di equità. **Nel contesto italiano, è interessante notare come il definanziamento della spesa sanitaria pubblica nel decennio 2010-2019**, misurato come rapporto della spesa sanitaria pubblica sul PIL, abbia coinciso con un progressivo aumento della spesa sanitaria privata, sia nella componente intermediata (fondi sanitari e assicurazioni private) che in quella "out of pocket." Quest'ultima è cresciuta in media del 1,6% annuo, raggiungendo oltre 5 miliardi di euro in 10 anni, contribuendo ulteriormente ad accrescere le disuguaglianze nell'accesso alle cure. [9]

Diverse leve politiche possono agire per arginare il fenomeno del deserto sanitario. Tra queste: gli incentivi finanziari per lavorare in aree sotto-servite, le strategie per aumentare l'iscrizione di studenti provenienti da zone svantaggiate nei programmi di formazione medica e le regolamentazioni sulla scelta della sede di pratica, oltre allo sviluppo della telemedicina, che può rappresentare una soluzione per superare le barriere geografiche. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano si trova di fronte a opportunità irripetibili, che vanno dalla trasformazione digitale all'approccio One Health e, soprattutto, alla Missione Salute del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**. Tuttavia, considerando le numerose criticità che ostacolano l'implementazione del PNRR, è necessario adottare contromisure efficaci per raggiungere i due obiettivi chiave: ottenere il massimo ritorno di salute dalle risorse investite e ridurre le disuguaglianze regionali. In questo contesto, la Componente 1 della Missione 6 del PNRR riveste un ruolo cruciale nel rafforzare il sistema sanitario e mitigare i rischi associati al deserto sanitario. L'obiettivo principale dovrebbe concentrarsi sul potenziamento del SSN, adattando i servizi alle esigenze specifiche delle comunità locali.

Gabriele Cerini, Erika Del Prete e Carla Lunetta, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/12/il-deserto-sanitario/>



Summit Equità e Salute 2023: rilanciare e ammodernare il Servizio sanitario nazionale è possibile sin d'ora. Dieci le leve per l'equità di accesso proposte da Salutequità

Salutequità

- **PDF** [La tabella di sintesi](#)

Il Servizio sanitario nazionale si basa su tre principi: universalità dell'assistenza, equità d'accesso ai servizi, solidarietà anche di carattere fiscale per finanziare il sistema. Ma le cose ancora non vanno come dovrebbero e Salutequità, laboratorio italiano per l'analisi, l'innovazione e il cambiamento delle politiche sanitarie e sociali, lo ha sottolineato dalla sua nascita in piena pandemia, evidenziando più volte, nei suoi Report, le criticità del sistema e le possibili soluzioni.

Ad esempio se per il prossimo anno è vero che potremo contare su 134 miliardi di finanziamento per il Ssn, l'Ufficio Parlamentare di Bilancio però, nell'analisi della Legge di Bilancio in corso di approvazione, ha già avvertito che "per il 2024 non si può escludere che l'insieme delle misure implichi una maggiore spesa superiore all'incremento del finanziamento".

Esistono inoltre differenze regionali di finanziamento della sanità. Nel 2021 il finanziamento effettivo pro-capite medio è stato pari a 2.072,8 euro. Agli estremi l'Emilia-Romagna con 2.227,6 euro e la Regione Calabria con 1.925,7 euro (Fonte: 18° Rapporto Sanità, Crea Sanità).

E i determinanti sociali della Salute come livello di istruzione, reddito e occupazione pesano nel riparto del Fondo sanitario nazionale solo per lo 0,75%. A fronte di 134 mld di finanziamento del Ssn per il 2024, il monitoraggio e la valutazione della garanzia dei Lea da parte delle Regioni viene effettuato con soli 22 indicatori "core" previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei Lea.

Anche la capacità di spesa per investimenti è molto differenziata: gli investimenti pro capite degli enti sanitari nel 2021 passa dai 72 euro del Trentino-Alto Adige, ai 18 euro della Campania, ai 13 euro della Calabria. Nonostante ciò, sono 10,4 mld di euro le risorse non ancora utilizzate per la sottoscrizione degli accordi previsti dall'art. 20 della L. 67/1988, anche in questo caso con profonde differenze tra le Regioni.

E mancano all'appello circa 20-30.000 medici (soprattutto medici di medicina generale e alcuni specialisti in determinate specialità) e 65.000 infermieri, tra cui gran parte anche dei 20.000 infermieri di famiglia e comunità per l'attuazione della riforma del territorio (Dm 77/2022) prevista dal Pnrr, come dichiarato dalla Corte dei conti a fine 2022.

Molto diversa, comunque, la distribuzione degli organici nelle Regioni italiane. Per i medici si va dai 2,64 della Valle d'Aosta per mille abitanti, 2,56 della Sardegna, 2,34 della Toscana e della Liguria agli 1,50 del Lazio, 1,51 della Lombardia, 1,63 del Veneto e 1,64 del Molise. Per gli infermieri si va dai 6,94 per mille abitanti del Friuli-Venezia Giulia, 6,70 della Liguria, 6,34 dell'Emilia-Romagna e di Bolzano ai 3,33 della Campania, 3,65 della Sicilia, 3,83 della Calabria e 3,93 del Lazio.

Il risultato è che nel 2022 è saltata circa 1 prestazione di specialistica ambulatoriale su 10 rispetto al 2019. Quasi 3,4 milioni di prime visite in meno (-15,5%) e oltre 5,5 milioni di visite di controllo in meno (17%). Inoltre, nel 2021 persi 1 milione e 200 mila ricoveri rispetto al 2019. Anche la rinuncia alle cure ha visto un'impennata negli anni della pandemia arrivando all'11% del 2021, quasi il doppio rispetto al 2019. Nel 2022 la rinuncia alle cure si attesta a circa il 7%, con una diffusione lungo tutta la penisola e per tutte le fasce di popolazione più e meno ricche.

L'accesso all'innovazione anche diventa un percorso ad ostacoli. Secondo i dati prodotti da IQVIA, l'Italia impiega 429 giorni per garantire la disponibilità dei farmaci ai pazienti dal momento l'autorizzazione europea. Se la media europea è pari a 511 giorni, alcuni Paesi come Svizzera, Danimarca e Germania hanno tempi di accesso più ridotti rispetto all'Italia: 191 giorni, 176 e 133. Nel 2022 il tempo medio della sola procedura italiana di autorizzazione e rimborso è stato pari a 206 giorni per le nuove entità chimiche (non generiche) e 49,6 giorni per i farmaci generici. A questa tempistica vanno aggiunti oltre 60 giorni per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

E poi non è finita. In sette Regioni i pazienti devono aspettare anche i tempi di inserimento nei Prontuari Terapeutici vincolanti che ritardano ulteriormente l'accesso ai farmaci.

Anche la telemedicina è ancora a macchia di leopardo. Nel periodo 2019-2021 il Ministero della Salute ha mappato la presenza di 369 esperienze di telemedicina, con differenze regionali che vanno dalle 66 esperienze della Lombardia alle 3 del Friuli-Venezia Giulia. Il Pnrr stanziava diverse risorse per la digitalizzazione della sanità, a partire dal miliardo di euro previsto per la telemedicina.

Nonostante la sua importanza, la telemedicina non è ancora inserita formalmente nel Lea e questo potrebbe creare un problema di sostenibilità.

«Rilanciare e ammodernare il Ssn - afferma il presidente di Salutequità Tonino Aceti - è possibile sin d'ora, attivando una serie di leve e mettendo in campo una serie di azioni urgenti che per troppo tempo sono state rinviate.

La leva del finanziamento, della programmazione e della valutazione, per esempio, potrebbero essere usate molto meglio da parte del livello nazionale, come pure il livello regionale dovrebbe impegnarsi di più per convergere sui grandi obiettivi strategici nazionali.

Va riletto il principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni, per garantire quell'equità di accesso che serve alle persone e quindi arrivare a processi decisionali non solo partecipati, ma anche tempestivi e soprattutto che siano poi realmente messi a terra per produrre i cambiamenti necessari. Per questo Salutequità, nel suo primo Summit ha voluto contribuire a mettere in fila, a fronte delle maggiori criticità del sistema, le leve per il cambiamento e la loro soluzione».

Un decalogo di argomenti e relative proposte illustrato dal presidente di Salutequità, Tonino Aceti, e discusso a Roma dai maggiori stakeholder sanitari del paese nel primo Summit di Salutequità.

«Partendo dalle condizioni finanziarie, politiche, istituzionali e sociali che caratterizzano l'attuale contesto del nostro Servizio Sanitario Nazionale, Salutequità intende proporre dieci leve per incrementare il livello di equità di accesso alle cure delle comunità in tutto il Paese», ha spiegato Aceti.

Queste le dieci leve per l'equità:

1. Maggiore Equità nel riparto tra le Regioni delle risorse del Ssn
2. Rilancio della Programmazione sanitaria nazionale, integrata con il sociale, e condivisa con le Regioni
3. Rafforzamento del "controllo di gestione" delle politiche sanitarie per la loro applicazione omogenea ovunque
4. Più alto livello di garanzia ed equità di accesso ai Lea
5. Contrasto alle liste di attesa
6. Programma strategico e pluriennale di interventi per valorizzazione, sviluppo e attrattività del personale del Ssn
7. Prevenzione e presa in carico delle cronicità

8. Digitale per l'equità di accesso alle cure
9. Maggiore tempestività ed uniformità di accesso all'assistenza farmaceutica
10. Riduzione del divario infrastrutturale

1. Maggiore Equità nel riparto tra le Regioni delle risorse Ssn

Solo per fare un esempio (nel documento sulle leve i background dei vari aspetti sono molto dettagliati) poi solo lo 0,75% del fondo è ripartito in base al tasso di mortalità della popolazione e solo lo 0,75% in base all'incidenza della povertà relativa individuale.

Incrementare la percentuale di risorse da distribuire in base all'incidenza della povertà relativa individuale; livello di bassa scolarizzazione; tasso di disoccupazione della popolazione, aumentando la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva da parte del livello centrale degli adempimenti LEA nelle Regioni e quelle per gli obiettivi di piano sanitario nazionale.

2. Rilancio della Programmazione sanitaria, integrata con il sociale, condivisa con le Regioni

Il primo documento da aggiornare è il Piano sanitario nazionale, previsto da tutte le leggi sanitarie con un cadenza di tre anni, ma l'ultimo risale a circa 15 anni fa e vanno riformati contestualmente metodologia di definizione e verifica degli obiettivi di Piano sanitario nazionale e di erogazione dei relativi fondi, oggi vincolati nei riparti e che valgono circa 1,5 miliardi l'anno.

Va aggiornato il Patto della Salute – è “in deroga” quello 2019-2021 - e si dovrebbe istituire presso la Presidenza del Consiglio un Dipartimento per l'integrazione sociosanitaria degli interventi a favore della persona

3. Rafforzamento del “controllo di gestione” delle politiche sanitarie per una applicazione omogenea

Va, tra le altre cose illustrate nel documento, reso più incisivo il monitoraggio formale e sostanziale del livello centrale rispetto all'attuazione da parte di Regioni e Asl degli atti di programmazione/pianificazione approvati a livello nazionale, revisionato il sistema degli adempimenti Lea e garantito il coinvolgimento degli stakeholders nella fase di definizione, implementazione e monitoraggio delle politiche sanitarie. Emblematici sono gli esempi di ritardi del Piano Nazionale Cronicità recepito con un ritardo di anche 5 anni e l'attuazione della legge 38/2010 per la quale manca la rete di cure palliative pediatriche in 8 regioni (al 2021) e dati istituzionali sull'attuazione della rete di terapia del dolore.

4. Più alto livello di garanzia ed equità di accesso ai Lea

Oltre la revisione del Nuovo Sistema di Garanzia, e al potenziamento a livello delle Regioni, i Lea vanno aggiornati annualmente utilizzando i fondi stanziati ad hoc nella Legge di Bilancio 2022 e quella attualmente in discussione per il 2024, nominando la nuova Commissione Nazionale per l'aggiornamento che ne revisioni anche la procedura rendendola più snella e dinamica, anche promuovendo la definizione, l'implementazione e il monitoraggio di standard assistenziali, strutturali, organizzativi e tecnologici negli ambiti che attualmente sono scoperti e definendo quelli di personale nelle aree che attualmente risultano scoperte, a partire dai dipartimenti di prevenzione e dalle tecnostrutture degli assessorati/dipartimenti alla sanità delle Regioni.

5. Contrasto alle liste di attesa

Oltre ad approvare un nuovo piano nazionale di governo, la strategia per il loro contrasto deve diventare uno degli obiettivi di Piano sanitario nazionale con risorse vincolate annualmente per le Regioni.

Va rafforzato il monitoraggio ex ante dei tempi di attesa, superando la metodologia della rilevazione trimestrale nella settimana indice e solo per alcune prestazioni, integrato il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA con ulteriori specifici e più robusti indicatori “core” di monitoraggio e valutazione.

E va previsto che l'atto della prenotazione coincida contestualmente con quello della prescrizione, sempre e per tutte le tipologie di prestazioni, comprese quelle che entreranno in vigore con i nuovi LEA come la PMA.

6. Valorizzazione, sviluppo e attrattività del personale del SSN

Va previsto un vero proprio “articolo 20” per il personale, in analogia con quello di investimenti per l'ammodernamento delle strutture in vigore dal 1988, aggiornato e rifinanziato ogni anno con fondi vincolati per valorizzare, sviluppare e attrarre il personale del SSN.

Oggi mancano 20-30mila medici e almeno 65.000 infermieri e si moltiplicano le fughe all'estero dove un medico, ad esempio in Germania, guadagna +79% e nel Regno Unito +40% rispetto al collega italiano, e un infermiere +56% in Germania, +46,2% in Svizzera circa il 20% nel Regno Unito rispetto all'Italia.

7. Prevenzione e presa in carico delle Cronicità

In Italia il 39,9% della popolazione ha dichiarato di avere una o più malattie croniche. Nel 2022 sono saltate circa 5,5 milioni di visite di controllo rispetto al 2019 (-17%).

È stato approvato ormai sette anni fa il Piano Nazionale della Cronicità, attuato solo in poche Regioni.

Va quindi aggiornato, finanziato e attuato il Piano introducendo anche nuove patologie come psoriasi e nuove cronicità (es. oncoematologiche). PNRR e DM 77/2022 prevedono risorse, strutture e standard per

l'assistenza territoriale, funzionale alla presa in carico della cronicità e vanno attuati in fretta in tutte le Regioni, anche definendo il modello di collaborazione dei professionisti coinvolti nel percorso di presa in carico e orientando contratti e convenzioni in perfetta integrazione con il modello tracciata dalle nuove leggi.

8. Il Digitale

Va definito e adottato un vero e proprio “Livello Essenziale di Assistenza Digitale (LEAD)”, da garantire in tutte le Regioni, anche attraverso lo stanziamento e la finalizzazione di specifiche risorse del Fondo Sanitario; inserire la telemedicina nei Livelli Essenziali di Assistenza. Superare i blocchi normativi previsti dalla disciplina sulla tutela della privacy che ostacolano la creazione, lo sviluppo, l'innovazione e la manutenzione delle infrastrutture digitali.

9. Maggiore tempestività e uniformità di accesso all'assistenza farmaceutica

Ridurre i tempi nazionali di autorizzazione all'immissione in commercio e di rimborso a carico del SSN, anche attraverso la definizione di veri e propri standard di servizio che l'AIFA dovrà garantire. Abrogare i Prontuari farmaceutici regionali vincolanti. Riformare la contabilità di Stato nella direzione della “programmazione integrata della spesa pubblica”, al fine di superare i silos budget.

10. Riduzione del divario infrastrutturale

Rivedere e semplificare le procedure per l'accesso ai fondi dell'Art.20 della L. 67/1988 – che va rifinanziato - per superarne le difficoltà di utilizzo da parte delle regioni. Implementare il PNRR in tutte le Regioni e nei tempi previsti

Le dieci leve per l'equità

LEVE	DATI E ANALISI DI BACKGROUND	AZIONI DA COMPIERE PER L'EQUITÀ ¹
Risorsa Ssn: maggiore equità nel riparto tra Regioni	Nel 2021 il finanziamento pro-capite medio è stato di 2.072,8€. Ai limiti estremi l'Emilia-Romagna con 2.227,6€ e la Calabria con 1.925,7€. Il decreto 30 dicembre 2022 "Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard" introduce nuovi criteri di riparto: 98,5 % in base alla popolazione residente e alla frequenza dei consumi sanitari per età, lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione e lo 0,75% in base all'incidenza della povertà relativa individuale; livello di bassa scolarizzazione; tasso di disoccupazione della popolazione. Gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2023, per i quali sono destinati circa 1,5 MLD, sono stati definiti e approvati solo a novembre 2023.	Incrementare la percentuale di risorse da distribuire in base all'incidenza della povertà relativa individuale; livello di bassa scolarizzazione; tasso di disoccupazione della popolazione, aumentando la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva da parte del livello centrale degli adempimenti LEA nelle Regioni e quelle per gli obiettivi di piano sanitario nazionale.
Progr. amministrazione sanitaria integrata con il sociale, in accordo con le Regioni	L'adozione del Piano Sanitario Nazionale è prevista dalla Legge 833/1978, dal D.lgs 502/1992 e dal D. lgs 229/99 e dovrebbe essere aggiornato di norma ogni tre anni, ma l'ultimo PSN risale al periodo 2006-2008. Nonostante da circa quindici anni non lo si aggiorni, le Regioni continuano a adottare propri Piani Regionali socio-sanitari e si continua ogni anno a destinare ingenti risorse agli "Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale". Il PSN è stato sostituito nei fatti dal Patto per la Salute: l'ultimo è approvato prima della pandemia e relativo al periodo 2019-2021.	Aggiornare il Piano sanitario nazionale e riformare metodologia di definizione e verifica degli obiettivi di PSN e di erogazione dei relativi fondi, vincolati e che valgono circa 1,5 miliardi l'anno. Aggiornare il Patto della Salute e istituire presso la Presidenza del Consiglio un Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria degli interventi a favore della persona.
Rafforzamento "controllo di gestione" politiche sanitarie omogenee	Stato e Regioni nel corso degli anni hanno approvato molteplici provvedimenti di programmazione sanitaria in specifici ambiti. In diverse occasioni dopo l'approvazione a livello nazionale si sono riscontrati ritardi nell'implementazione regionale e locale. Un esempio paradigmatico è rappresentato dal Piano nazionale della Cronicità approvato nel 2016 con Accordo Stato-Regioni: la Regione Sardegna lo ha recepito formalmente dopo cinque anni.	Rendere più incisivo il monitoraggio centrale dell'attuazione da parte di Regioni e Asl degli atti di programmazione e pianificazione approvati a livello nazionale, revisionare il sistema degli adempimenti Lea e garantire il coinvolgimento degli stakeholders nella definizione e monitoraggio delle politiche sanitarie.
Più alto livello di garanzia ed equità di accesso ai Lea	Sette Regioni sono inadempienti nel 2021 nell'erogazione dei Lea. Prima della pandemia (2019) erano sei. Anche tra le adempienti le differenze nel punteggio Lea sono considerevoli. A fronte di 134 MLD di finanziamento SSN per il 2024, monitoraggio e valutazione della garanzia dei LEA dalle Regioni è effettuato con soli 22 indicatori "core" previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei Lea. A partire da gennaio 2024, entreranno in vigore i nuovi Lea, a distanza di circa sette anni dalla loro approvazione.	Aggiornare i LEA annualmente con i fondi ad hoc della L. di Bilancio 2022 e quella in discussione 2024. Nuova Commissione Nazionale per l'aggiornamento, anche per revisionare la procedura rendendola più snella e dinamica, con standard assistenziali, strutturali, organizzativi e tecnologici negli ambiti coperti e con quelli di personale nelle aree a servizi coperti (es. prevenzione).
Contrasto alle liste di attesa	Nel 2022 è saltata circa 1 prestazione di specialistica ambulatoriale su 10 rispetto al 2019. Quasi 24 milioni di prime visite in meno (-15,5%) e oltre 5,5 milioni di visite di controllo in meno (-17%). Nel 2021 però 1,2 milioni ricoveri rispetto al 2019. Le ultime Leggi di Bilancio hanno stanziato centinaia di milioni per il recupero delle liste di attesa; cresciute in modo esponenziale a causa di Covid-19, ma secondo la Corte dei conti, nel 2022 sono state recuperate il 57% delle prestazioni ambulatoriali, con differenze tra Regioni. Rispetto ai ricoveri programmati ne sono stati recuperati in Italia il 66%. Le Regioni non hanno inoltre speso tutte risorse assegnate: (752 milioni). Anche la rinuncia alle cure è cresciuta negli anni della pandemia fino all'11% del 2021. Nel 2022 è circa il 7% medio nel paese. L'ultimo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa è del 2019-2021, solo parzialmente applicato dalle Regioni. Il sistema centrale di verifica dei tempi di attesa ha limiti, a partire dalla previsione di un solo indicatore di monitoraggio su i Lea.	La strategia di contrasto deve diventare un obiettivo di Piano sanitario nazionale con risorse vincolate annualmente per le Regioni. Va rafforzato il monitoraggio ex ante dei tempi di attesa, superando la metodologia della rilevazione trimestrale nella settimana indice e solo per alcune prestazioni, integrato il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA con ulteriori specifici e più robusti indicatori "core" di monitoraggio e valutazione (prevedendo anche l'inserimento di nuovi riferimenti come ad esempio quello alla PMA e alla terapia del dolore oggi ancora poco monitorata nelle Regioni). Va previsto che l'atto della prenotazione coincida contestualmente con quello della prescrizione, sempre e per tutte le tipologie di prestazioni.

Valorizzazione, sviluppo e attrattività personale del SSN	Dal 2009 al 2019 perse circa 45.000 unità di personale nel San di cui quasi 8.000 medici e oltre 12.000 infermieri. L'aumento di organici legato alla pandemia ha ridotto le cifre, ma del personale immesso nel San sono stati finora stabilizzati solo circa 1.500 medici e 8.000 infermieri. La carenza assoluta di medici e infermieri è sempre elevata: mancano circa 20-30.000 medici (soprattutto di medicina generale e alcuni specialisti in determinate specialità) e 65.000 infermieri (tra cui gran parte anche dei 20.000 infermieri di famiglia comunitari indicati dal DM 77/2022), come dichiarato dalla Corte dei conti a fine 2022. Le prospettive indicano poi pensionamenti e fughe all'estero dei professionisti in cerca di condizioni economiche e professionali migliori. Negli ultimi anni sono "emigrati" all'estero circa 21 mila medici e 30 mila infermieri e si prevedono pensionamenti nei prossimi anni per oltre altri 30.000 medici e 100.000 infermieri.	Va previsto un vero proprio "Articolo 20" per il personale, in analogia con quello di investimenti per l'ammodernamento delle strutture in vigore dal 1988, aggiornato e rifinanziato ogni anno con fondi vincolati per valorizzare, sviluppare e attrarre il personale del SSN. Questo per il recupero anche dell'attrattività economica: ad esempio in Germania, guadagna +79% e nel Regno Unito +40% rispetto al collega italiano, e un infermiere +56% in Germania, +46,2% in Svizzera circa il 20% nel Regno Unito rispetto all'Italia.
Prevenzione e Presa in carico delle Cronicità	La cronicità in Europa è responsabile dell'85% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria intorno ai 700 miliardi/anno. A livello mondiale il 70-80% delle risorse sanitarie è speso per la gestione di malattie croniche. In Italia il 39,9% della popolazione ha dichiarato di avere una o più malattie croniche. Nel 2022 sono salite circa 5,6 milioni di visite di controllo rispetto al 2019 (+17%). In Italia è stato approvato 7 anni fa il Piano Nazionale della Cronicità, attuato solo in poche Regioni. Il PNRR e il DM 77/2022 prevedono risorse, strutture e standard per l'assistenza territoriale funzionale alla presa in carico della cronicità.	Va finanziato e attuato il Piano Nazionale Cronicità e vanno attuati in fretta in tutte le Regioni, anche definendo il modello di collaborazione dei professionisti coinvolti nel percorso di presa in carico e orientando contratti e convenzioni in perfetta integrazione con il modello tracciato dalle nuove leggi. E nel PNC vanno inserite nuove cronicità (es. psoriasi, oncematologia ...)
Il Digitale	La pandemia ha accelerato la diffusione dei servizi di sanità digitale e la definizione di un quadro di regole più preciso: dalle "Indicazioni nazionali" sulla telemedicina sino al Decreto 21 settembre 2022. Nel periodo 2019-2021 il Ministero della Salute ha mappato la presenza di 369 esperienze di telemedicina, con differenze regionali che vanno dalle 66 esperienze della Lombardia alle 3 del Friuli-Venezia Giulia. Il PNRR stanzia diverse risorse per la digitalizzazione della sanità, a partire dal miliardo di euro previsto per la telemedicina. Nonostante la sua importanza, la telemedicina non è ancora inserita formalmente nel Lea e questo potrebbe creare un problema di sostenibilità.	Va definito e adottato un "Livello Essenziale di Assistenza Digitale (LEAD)", da garantire in tutte le Regioni, anche con lo stanziamento e la finalizzazione di specifiche risorse del Fondo Sanitario, e si deve inserire la telemedicina nel Lea. Superare i blocchi normativi previsti dalla tutela della privacy che ostacolano creazione, sviluppo, innovazione e manutenzione delle infrastrutture digitali.
Equità nell'accesso all'assistenza farmaceutica	Secondo i dati IQVIA, l'Italia impiega 429 giorni per garantire la disponibilità dei farmaci ai pazienti dopo l'autorizzazione europea. La media europea è 511 giorni, ma alcuni Paesi come Svizzera, Danimarca e Germania hanno tempi più ridotti rispetto all'Italia: 191 giorni, 176 e 133. Nel 2022 il tempo medio della sola procedura italiana di autorizzazione e rimborso è stato di 206 giorni per le nuove entità chimiche (non generiche) e 49,6 giorni per i farmaci generici. A questa tempistica vanno aggiunti oltre 60 giorni per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Inoltre, in sette Regioni vi sono Prontuari Terapeutici vincolanti che ritardano ulteriormente l'accesso ai farmaci.	Ridurre i tempi nazionali di autorizzazione all'immissione in commercio e di rimborso a carico del SSN, anche attraverso la definizione di standard di servizio che l'AIFA dovrà garantire. Abrogare i Prontuari farmaceutici regionali vincolanti. Riformare la contabilità di Stato nella direzione della "programmazione integrata della spesa pubblica", al fine di superare i silos budget.
Riduzione divario infrastrutturale	La capacità di spesa per investimenti è differenziata da Regione a Regione. Gli investimenti pro capite degli enti sanitari nel 2021 passano dai 72€ del Trentino-Alto Adige, ai 19€ della Campania, ai 13€ della Calabria. Nonostante ciò, ammontano a 10,4 MLD le risorse non ancora utilizzate per la sottoscrizione degli accordi previsti dall'art. 20 della L. 67/1988, con profonde differenze tra le Regioni. Infine, anche il PNRR interviene con lo stanziamento di ingenti risorse a sostegno delle infrastrutture sanitarie.	Rivedere e semplificare le procedure per l'accesso ai fondi dell'Art.20 della L. 67/1988 – che va rifinanziato – per superarne le difficoltà di utilizzo da parte delle regioni. Implementare il PNRR in tutte le Regioni e nei tempi previsti.

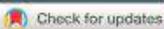
Fonte: Summit Salutequità 12 dicembre 2023

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-12/summit-equita-e-salute-2023-rilanciare-e-ammodernare-servizio-sanitario-nazionale-e-possibile-sin-d-ora-dieci-leve-l-equita-accesso-proposte-salutequita-112409.php?uid=AFiPV60B&cmpid=nlqf>

COMMENTO | PRIMA IN LINEA

Come la modellizzazione può supportare meglio la definizione delle politiche di sanità pubblica: la Commissione *Lancet* sul rafforzamento dell'uso della modellizzazione epidemiologica delle malattie infettive emergenti e pandemiche

La Commissione Lancet sul rafforzamento dell'uso della modellizzazione epidemiologica delle malattie infettive emergenti e pandemiche ✉

Pubblicato: 20 dicembre 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02758-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02758-7) 

La modellizzazione epidemiologica ha avuto un ruolo cruciale come parte della pianificazione della sanità pubblica nel fornire informazioni sulle risposte alle pandemie e alle malattie infettive emergenti. I modelli ci hanno aiutato a comprendere le dinamiche degli agenti patogeni e delle malattie, a progettare scenari sui risultati futuri e a informare le risposte di sanità pubblica.

Gli eventi globali che hanno influenzato la crescita della capacità di modellizzazione nelle agenzie accademiche e di sanità pubblica includono la pandemia di HIV, l'epidemia di SARS del 2003, la pandemia di influenza A (H1N1) del 2009 e la pandemia di COVID-19 nel 2020.

Al di fuori delle pandemie, i modelli vengono sempre più utilizzati per informare le risposte alle minacce emergenti di malattie come la resistenza antimicrobica e le malattie infettive sensibili al clima.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02758-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02758-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)



Schillaci: stop al dimagrimento dei fondi, dal 2023 al 2026 assicurati 18 miliardi al Ssn

Dal 2009 al 2019 abbiamo assistito al definanziamento del Servizio sanitario nazionale pari a -37 miliardi. Abbiamo messo un punto a questo dimagrimento investendo 18 miliardi nel periodo 2023-2026". Lo ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, nel corso dell'evento "La sanità del futuro, un bene indivisibile da Nord a Sud", organizzato da Inrete.

"Ci dicono che non basta - ha aggiunto - e mi stupisce il pulpito dal quale arrivano queste critiche, da coloro che hanno scelto la scorciatoia dei gettonisti per tamponare le falle". Il ministro ha ribadito che le priorità restano il personale sanitario "cui andranno in manovra 2,4 miliardi per gli aumenti in busta paga" e i cittadini ai quali "occorre garantire un benessere psicofisico e non solo cure adeguate".

Sulle pensioni dei medici Schillaci ha assicurato adeguate correzioni. "Ho chiesto con forza - ha detto - che si correggesse la norma sulle pensioni e abbiamo ottenuto di salvaguardare i trattamenti di vecchiaia e le pensioni di anzianità per chi ha maturato i requisiti minimi entro l'entrata in vigore delle legge. Ho anche chiesto di scaglionare e ridurre gli impatti di questa norma per chi andrà in pensione dopo l'entrata in vigore".

Schillaci, quindi, ha richiamato le Regioni ad assicurare i Lea. "Ci sono ancora troppe differenze tra Nord e Sud - ha rilevato - e c'è troppo divario fra le molte eccellenze e le tante strutture in cui regnano

disorganizzazione e sprechi, tanto da non riuscire nemmeno a garantire i Lea. Abbiamo di fronte tante diverse sfide complesse che richiedono uno sforzo comune: la sanità del futuro "deve essere un bene indivisibile, da Nord a Sud".

Sul fronte del Pnrr, Schillaci ha rivendicato che nella negoziazione con la Commissione Europea "l'Italia ha ottenuto di spostare 750 milioni di euro su due leve fondamentali sulla sanità di prossimità: 500 milioni in più sulla telemedicina e 250 milioni in più sull'assistenza domiciliare".

In questo modo - ha spiegato - abbiamo aumentato a 300 mila i nuovi assistiti con servizi di telemedicina entro il 2025 (100 mila in più rispetto al target iniziale) e 842 mila gli over-65 assistiti con assistenza domiciliare integrata (42 mila in più rispetto al target iniziale)".

Infine il ministro ha parlato della possibilità di retribuire gli ospedali, non semplicemente sulla base del numero e tipo di prestazioni erogate, ma tenendo conto anche degli esiti di salute ottenuti.

"L'attuale sistema di finanziamento per prestazioni ha generato incentivi a volte perversi e spesso inappropriati - ha concluso Schillaci -. Oggi le tecniche di valutazione e la digitalizzazione dei processi ci permettono di sperimentare forme innovative di pagamento sulla base del valore, quindi degli esiti e della qualità delle prestazioni. Pensiamo, individuando una Regione pilota, di avviare una forma sperimentale di pagamento "ibrido" - parallela a quella attuale - che permetta di tener conto dei volumi delle attività ma anche degli esiti prodotti".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-12-11/schillaci-stop-dimagrimento-fondi-2023-2026-assicurati-18-miliardi-ssn-105321.php?uuid=AFVKCA0B&cmpid=nlqf>



Cop28/ Schillaci: "Investire in salute per contrastare i rischi legati al cambiamento climatico"

"L'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute è un tema cruciale ed è molto importante che per la prima volta, quest'anno, la Conferenza annuale sul clima delle Nazioni Unite abbia previsto una giornata dedicata alla salute. I sistemi sanitari a livello mondiale devono essere meglio preparati e più resilienti per affrontare le crisi ambientali".

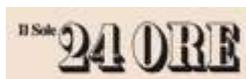
Lo ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, intervenuto alla COP28 a Dubai dove ha partecipato alla riunione dei ministri della Salute.

"Il nostro servizio sanitario nazionale - ha aggiunto - è stato in grado finora di mitigare gli effetti del cambiamento climatico ma dobbiamo intraprendere ulteriori azioni. Questo significa identificare tempestivamente i rischi sanitari legati al clima e adottare interventi di prevenzione, preparazione e risposta rapida insieme a soluzioni innovative per ridurre le emissioni di gas serra a beneficio del clima e della salute".

Il ministro ha ricordato, quindi, l'impegno dell'Italia "nel promuovere una visione della salute in ottica One Health per affrontare rischi derivanti dall'interconnessione tra la salute umana, animale e degli ecosistemi. In particolare, - ha spiegato - il Ministero della Salute, nell'ambito del PNRR, sta attuando un importante progetto 'Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima' per rafforzare e migliorare la prevenzione e la risposta del Servizio Sanitario Nazionale alle malattie acute e croniche associate ai rischi ambientali e climatici. Sono in corso interventi infrastrutturali e il potenziamento delle reti nonché delle capacità professionali per un investimento di 500 milioni di euro. È stata attivata anche una campagna di comunicazione sulle misure preventive per fronteggiare le ondate di calore che ha avuto esiti positivi correlabili alla riduzione di mortalità di anziani e fragili. Inoltre, siamo impegnati nelle politiche nazionali e internazionali per garantire l'accesso ad acqua potabile sicura per tutti".

"L'auspicio è che la dimensione della salute continui a essere parte integrante della strategia di risposta ai cambiamenti climatici - ha concluso il Ministro - e questo impegno proseguirà anche nell'ambito della presidenza italiana del prossimo G7".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-12-04/cop28-schillaci-investire-salute-contrastare-rischi-legati-cambiamento-climatico-100221.php?uuid=AFQqziuB&cmpid=nlqf>



L'Indice globale della fame in un contesto di "policrisi"

Valeria Emmi Networking & Advocacy Senior Specialist, Fondazione Cesvi

La combinazione senza precedenti tra la terribile situazione della fame nel mondo, la crisi climatica, gli effetti della pandemia e le guerre e i conflitti sempre più gravi e prolungati che abbiamo sotto gli occhi, sta aumentando le disuguaglianze, aggravando la povertà, spingendo i bisogni umanitari a livelli record e ampliando il divario nei finanziamenti per rispondere a questi crescenti bisogni. In questo contesto di "policrisi" i progressi globali nella riduzione della fame si sono in gran parte arenati dal 2015 e in alcuni casi sono stati fatti seri passi indietro.

A poco meno di 7 anni dal raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile - tra cui Fame Zero - 58 Paesi non riusciranno a raggiungere neanche un livello basso di fame entro il 2030 e in 18 paesi la fame è aumentata negli ultimi anni, con Burundi, Lesotho, Madagascar, Niger, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Somalia, Sud Sudan e Yemen che registrano livelli allarmanti di fame. Questo è il quadro preoccupante che emerge dall'Indice Globale della Fame 2023 (Global Hunger Index - GHI), uno dei principali rapporti internazionali sulla misurazione della fame nel mondo, il primo redatto da organizzazioni della società civile e di cui CESVI cura l'edizione italiana.

I quattro indicatori alla base dei punteggi GHI - denutrizione, arresto della crescita infantile, deperimento infantile e mortalità infantile - riflettono le carenze di apporto calorico (quantità di cibo) e di importanti micronutrienti (qualità del cibo).

Combinando questi quattro indicatori, l'Indice non misura solo la disponibilità di calorie, ma tiene conto della qualità della dieta e dell'utilizzo degli alimenti. Inoltre, gli indicatori specifici per i bambini riflettono lo stato di nutrizione di un sottogruppo particolarmente vulnerabile della popolazione per la quale la carenza di energia, proteine e/o micronutrienti (vitamine e minerali essenziali) porta a un elevato rischio di malattie e dello sviluppo fisico e mentale, con una scarsa qualità della vita delle future generazioni di adulti.

L'Asia meridionale e l'Africa a Sud del Sahara sono le regioni del mondo con i più alti livelli di fame, con un punteggio di GHI di 27,0, che ci indica un livello grave di fame.

E la popolazione giovanile globale, attualmente stimata in 1,2 miliardi, la più numerosa della storia, vive in grande maggioranza in paesi di queste due regioni.

I giovani si trovano ad ereditare sistemi alimentari che stanno fallendo su più fronti. In primo luogo, i sistemi alimentari non forniscono loro cibo sufficientemente nutriente in una fase di vita - il periodo dell'adolescenza e della prima età adulta - in cui una dieta e un'alimentazione adeguate sono fondamentali perché la crescita fisica e lo sviluppo sono più rapidi e quindi gravemente ostacolati dall'insicurezza alimentare e dalla fame.

Gli attuali sistemi alimentari sono insostenibili, iniqui, vulnerabili al degrado ambientale e ai pericolosi effetti del cambiamento climatico.

Promuovere e aumentare gli investimenti in sistemi alimentari diversificati, radicati nel territorio, facilitando l'accesso ai produttori alimentari locali, è necessario per interrompere la dipendenza di molti paesi dalle importazioni di prodotti alimentari e diversificare le diete per garantire livelli nutrizionali adeguati.

Come mostra l'Indice Globale della Fame 2023, attuare oggi una trasformazione dei sistemi alimentari e nutrizionali sostenuta e attenta ai giovani, avrebbe un impatto sostanziale e sostenibile per le generazioni future.

Le azioni che intraprendiamo ora determineranno i risultati per i decenni a venire.

Intervenire in maniera urgente e con azioni durature è l'unico modo per affrontare le grandi crisi del nostro secolo per avere un mondo libero dalla fame in cui nessuno sia lasciato indietro; questo è un imperativo per tutti e che noi di Cesvi abbiamo messo al centro della nostra azione a fianco dei più vulnerabili nel mondo.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2023-12-12/l-indice-globale-fame-un-contesto-policrisi-140022.php?uuid=AFF9PD1B&cmpid=nlqf>

Sciopero di medici e infermieri: sale la protesta in tutta Italia, adesioni fino all'85%

Dalle Regioni stanno arrivando percentuali di adesione molto alte fino all'85% allo sciopero nazionale dei medici, dirigenti sanitari e infermieri che si sta svolgendo in queste ore in tutta Italia e che terminerà alle 24.00 di oggi, al netto dei contingenti minimi obbligati a rimanere in servizio per garantire le urgenze», annunciano con soddisfazione Pierino Di Silverio, segretario nazionale Anaa Assomed, Guido Quici, presidente Cimo-Fesmed e Antonio De Palma, presidente Nursing Up.

«Desideriamo ringraziare tutti i medici, i dirigenti sanitari, gli infermieri, le ostetriche e gli altri professionisti sanitari - sottolineano - che hanno dimostrato, con questa alta adesione, di aver compreso e condiviso le ragioni della protesta. Certo, siamo consapevoli di aver creato disagi ai cittadini, ma siamo assolutamente convinti che grazie a queste iniziative si possano porre le basi per creare migliori servizi proprio per quanti usufruiscono del servizio pubblico».

«Abbiamo sperato fino all'ultimo di trovare interlocutori più attenti e sensibili alle nostre proposte. E invece siamo stati costretti a ricorrere allo sciopero per vedere riconosciuti diritti sacrosanti di ogni medico e dirigente sanitario italiano - dichiara **Pierino Di Silverio**, segretario nazionale Anaa Assomed -. Chiediamo di entrare nell'agenda sociale e politica del Paese con proposte innovative e soluzioni condivise, sollecitando la riscrittura delle priorità che riconosca ai problemi della nostra categoria il diritto di avere soluzioni chiare e positive. Siamo stanchi, delusi e arrabbiati per la totale mancanza di rispetto nei confronti di una intera classe professionale e la grande partecipazione di oggi in tutta Italia allo sciopero e alle manifestazioni ne è la dimostrazione. Non è solo questione di soldi, ma di condizioni di lavoro inumane che non riusciamo più a sostenere. Le nostre parole d'ordine sono poche e chiare: uscire dalla PA riconoscendo per i medici e dirigenti sanitari la categoria speciale, depenalizzare l'atto medico, finanziare adeguatamente il contratto, detassare parte dello stipendio. E con queste parole d'ordine continueremo la nostra battaglia, domani e nei giorni a venire perché lavorare con dignità, sicurezza e tranquillità, questa sì è la nostra missione».

«Il successo dello sciopero di oggi è indicativo del disagio dei medici - afferma **Guido Quici**, presidente della Federazione Cimo-Fesmed -. Negli ospedali di tutta Italia sta montando un grande movimento di protesta che non si esaurirà con la manifestazione di oggi: questo sciopero è solo l'inizio di un percorso volto a difendere la sanità pubblica, tutelare il diritto alle cure dei cittadini e valorizzare i professionisti della salute. I medici infatti si sono sempre fatti in quattro per garantire la migliore assistenza possibile, e sono stati ripagati con una manovra che li deruba delle loro pensioni e che riserva briciole al rinnovo dei loro contratti e al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Intanto però si sovvenziona la sanità privata, interessata solo ai propri profitti, considerando che AIOP non rinnova il contratto dei propri medici dipendenti da 18 anni. Davanti a tutto questo per troppo tempo siamo stati in silenzio, e abbiamo sbagliato. Adesso è tempo di far sentire forte e chiara la nostra voce, e di dire basta al defianziamento della sanità».

«Attraversiamo un frangente storico molto delicato per la sanità italiana - commenta per gli infermieri, le ostetriche e le altre professioni sanitarie ex legge 43/2006 **Antonio De Palma**, presidente Nursing Up -. Sono in pericolo la qualità dei servizi, l'accesso alle cure, e la stessa gestione del sistema, seriamente compromessa dalla grave carenza di alcuni degli attori principali, cioè i professionisti infermieri. Questa carenza ha una causa ben precisa, e si chiama 'mancata valorizzazione', perché è a causa delle scarse prospettive contrattuali, che i giovani rifiutano di intraprendere percorsi formativi per diventare professionisti dell'assistenza. È il momento di far sentire forte la nostra voce, e lo sciopero rappresenta, così come le manifestazioni di protesta, lo strumento che abbiamo scelto per raccontare ai cittadini il nostro crescente disagio. Non siamo disponibili ad accettare, senza lottare con tutte le nostre forze, che vengano messe le mani sulle nostre pensioni, ci riferiamo al discusso articolo 33 della bozza della Legge di Bilancio. E non accetteremo sommessamente, che il governo faccia melina sulla individuazione e finalizzazione delle risorse da destinare agli infermieri e ai professionisti sanitari ex legge 43/2006: sono necessarie e vanno individuate, integrando e finalizzando, a monte, una parte delle risorse destinate alla contrattazione. Da tempo chiediamo l'istituzione di un'area contrattuale autonoma nella quale inserire le nostre professionalità. È arrivato il momento che la politica finalmente riconosca, con azioni concrete, le nostre specificità professionali, perché è evidente, che dare risposte certe ai professionisti della sanità, significa tutelare lo stato di salute di tutta la collettività, alla quale noi dedichiamo, ogni giorno, il nostro impegno, le nostre competenze, le nostre qualità umane».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-12-05/sciopero-medici-e-infermieri-sale-protesta-tutta-italia-adesioni-fino-85percento-110343.php?uid=AFubFRvB&cmpid=nlqf>

Schillaci replica ai medici che hanno scioperato:

“Non sono mai soddisfatti. Abbiamo aumentato i fondi e gli stipendi. Ora siamo rapidi nel chiudere il nuovo contratto, ma li vedo divisi”. I sindacati: “Stupiti da attacco del Ministro”

Il Ministro della Salute: “Chiedono più fondi e li abbiamo aumentati, stipendi più alti e i rinnovi contrattuali prevedono consistenti aumenti in busta paga e faremo modifica su norma pensioni”. E poi promette: “Al lavoro per eliminare il tetto di spesa sul personale”. E sul flop della campagna vaccinale anti Covid: “Le dosi ci sono, vanno distribuite. Il Ministero ha fatto la sua parte”. Ma arriva la [dura replica](#) dei sindacati.

06 DIC -

“Mi indichi una sola volta in cui i medici siano rimasti soddisfatti. In base a ciò che rivendicano oggi, comprendo che siamo sulla strada giusta. Chiedono più fondi e li abbiamo aumentati, stipendi più alti e i rinnovi contrattuali prevedono consistenti aumenti in busta paga”. Replica così allo sciopero di medici e infermieri di ieri il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** che sul [Corriere della Sera](#) spiega anche come sarà modificato l'art.33 della manovra che taglia le pensioni ai sanitari: “Abbiamo concordato col ministro Giorgetti che siano salvaguardati medici e infermieri dipendenti che vanno in pensione col trattamento di vecchiaia e quelli che hanno maturato requisiti per l'assegno di anzianità entro l'entrata in vigore della legge di Bilancio 2024”.

Per gli altri la norma “verrà applicata in forma ridotta e gradualmente”. Il Ministro rivendica poi di aver “chiesto che una parte dei fondi per il rinnovo dei contratti collettivi del personale sanitario, incluso quello convenzionato, pari a 300-400 milioni dei 2,4 miliardi stanziati, sia corrisposto in anticipo a titolo di incremento dell'indennità di specificità”.

Insomma, per Schillaci le richieste dei sanitari sono esagerate e ribadisce: “Più di così? Parliamo di 3 miliardi, quelli messi in bilancio per il 2024 e i 2,3 della legge 2023, in tutto 5,3. Quindi non mi si dica che il governo vuole depotenziare la sanità pubblica. Questa è la prima volta, dopo oltre un decennio, che si incrementano le risorse, tra l'altro proprio per aumentare gli stipendi. Piuttosto siamo rapidi nella trattativa per il rinnovo del contratto. Dipende da loro. Non li vedo uniti. In queste settimane li ho ricevuti, sempre divisi. Infatti, l'Intersindacale non ha scioperato”.

Schillaci annuncia però novità importanti sul tema del personale: “Stiamo lavorando col Mef per togliere il vincolo al tetto di spesa per le assunzioni di personale. E un nostro obiettivo. Non tutte le Regioni però hanno raggiunto il tetto già disponibile. E molte non garantiscono le prestazioni dovute al cittadino. Gli operatori potranno guadagnare di più grazie all'aumento delle tariffe delle ore extra turno. Cinque ore settimanali di lavoro extra a 100 euro l'ora sono 2.000 euro al mese per un medico e 1.200 per un infermiere, 60 al mese. Non mi sembra sia poco, di questi tempi. Non possiamo risolvere un decennio di blocco in un anno, ma non stiamo risparmiando sforzi”.

Il Ministro poi ribadisce che non c'è nessuna voglia di affossare la sanità pubblica: “Affermare che intendiamo depotenziarla è ideologia pura. Mi trovi una sola norma a dimostrazione di questo assunto. Piuttosto focalizziamo il problema non sui fondi ma su come vengono spesi, sugli sprechi. Sono troppe le Regioni che impongono ai cittadini un prezzo ingiusto di disorganizzazione e disservizi”.

E poi sul covid e la campagna vaccinale flop: “Abbiamo rinnovato la raccomandazione alle Regioni di fare promozione attiva e di incentivare l'adesione, ricorrendo anche agli open day. Le dosi ci sono, vanno distribuite. C'è bisogno però della piena collaborazione dei medici di famiglia. Lo stesso vale per il vaccino antinfluenzale. Il ministero ha fatto la sua parte. A Natale ci sarà il picco dei casi. Vacciniamoci soprattutto se apparteniamo alle categorie dei fragili. L'influenza fa più morti del Sars Cov 2”.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=118865

Anaa e Cimo Fesmed: “Siamo stupiti e meravigliati dall'attacco del Ministro”

06 DIC -

“Siamo stupiti e meravigliati dalle dichiarazioni del Ministro della salute, Orazio Schillaci, all'indomani del grande successo dello sciopero dei medici e dirigenti sanitari”, commentano **Pierino Di Silverio**, Segretario Nazionale Anaa Assomed, e **Guido Quici**, Presidente Cimo-Fesmed, dopo aver letto l'intervista rilasciata dal Ministro al Corriere della Sera.

“Ci appare doveroso replicare senza alcun intento polemico, ma entrando nel merito di tutti i punti toccati nell'intervista. A iniziare dal finanziamento per la sanità previsto nella manovra economica per il 2024. Ognuno – dichiarano Di Silverio e Quici – può avere il proprio punto di vista, ma i numeri sono oggettivi e parlano chiaro. La manovra mette a disposizione 3 miliardi di cui 2,3 destinati a un rinnovo contrattuale che, facendo parte i medici e dirigenti sanitari della pubblica amministrazione, prevederà un aumento del 5.78%, ben 10 punti al di sotto del tasso inflattivo. E non sarà un piccolo anticipo, come dichiarato dal Ministro, a cambiare le cose, considerato che com'è ovvio tale anticipo sarà poi decurtato dall'aumento che vedremo al momento del rinnovo del contratto. Tra l'altro, l'anticipo degli aumenti contrattuali previsto dal Ministro Zangrillo è stato adottato solo in due Regioni”.

“Ricordiamo inoltre che il contratto 2019-2021, pre-firmato a settembre, deve ancora essere licenziato dal Consiglio dei Ministri e dovrà poi passare al vaglio della Corte dei Conti.

A fare presto quindi dovrebbe essere il Governo perché se non si licenzia quello attuale non si potrà procedere alla discussione del nuovo. Ed evidenziamo anche che le trattative per il rinnovo del CCNL 2022-2024 inizieranno con il comparto della sanità, ritardando quindi ulteriormente di almeno un altro anno l'adozione di quello della dirigenza”.

“Puntare poi – dichiarano Di Silverio e Quici - su un aumento economico basato sul lavoro straordinario, quando i medici e i dirigenti sanitari già lavorano 60 ore a settimana e hanno 5 milioni di giornate di ferie arretrate per sopperire alle carenze di personale, non ci sembra il modo migliore né per risolvere il problema delle liste d'attesa né per rendere appetibile la professione, come ha più volte dichiarato il Ministro stesso. Piuttosto contribuirà allo svuotamento già in atto degli ospedali. Per questo chiediamo che quelle risorse vengano destinate all'aumento o alla detassazione di una parte della retribuzione”.

“Siamo anche meravigliati che nelle sue dichiarazioni il Ministro non abbia citato uno dei suoi cavalli di battaglia, e cioè la depenalizzazione dell'atto medico, che un disegno di legge della Lega intende affossare nel peggiore dei modi”.

“Non possiamo poi ancora pronunciarci in merito alle novità annunciate in tema di revisione della norma sul taglio delle pensioni dei medici e all'intento di eliminare il tetto alla spesa sul personale su cui il Governo pare stia lavorando: finché non leggeremo i testi e il frutto di questo lavoro infatti non possiamo esprimere alcun giudizio, né in senso positivo né negativo”.

“Cercare inoltre – come abbiamo letto - di far emergere divisioni tra sindacati di categoria per giustificare i ritardi di una tornata contrattuale indipendenti dai sindacati stessi, ci appare poi poco attinente alla realtà e sinceramente pretestuoso.

Le richieste dei sindacati son comuni, i temi trattati dalle varie componenti anche, le motivazioni dello sciopero proclamato dalle altre sigle rappresentative della dirigenza medica e sanitaria per il 18 dicembre sono le stesse che hanno spinto in piazza Anaa Assomed e Cimo-Fesmed”.

“Forse le vere divisioni sono all'interno di un Governo che non ascolta quello che il Ministro cerca di affermare da più di un anno e che noi condividiamo: noi siamo sempre stati dalla parte del Ministro della Salute, e per questa ragione le dichiarazioni di oggi ci meravigliano. Investire sul SSN vuol dire fare scelte coraggiose non solo in termini di stanziamento di risorse - ribadiamo che in questa congiuntura macroeconomica occorre fare i conti con le risorse (poche) che abbiamo a disposizione - ma soprattutto in termini di scelte strategiche e politiche che vanno in una direzione diversa”.

“Continuare a investire sul privato e sul lavoro straordinario e contestualmente affermare che i medici, i dirigenti sanitari e gli infermieri sono merce rara da salvaguardare è una contraddizione in termini”.

“Ci aspettiamo – concludono Di Silverio e Quici - che questi ultimi giorni che precedono la presentazione in Aula del Senato della legge di Bilancio possano vedere un riavvicinamento tra le parti imprescindibile per migliorare il nostro sistema di cure e dimostrare che davvero il Governo ha a cuore gli operatori sanitari e quindi i cittadini così come li abbiamo a cuore noi. In attesa di risposte certe, allora, continuiamo con la protesta perché è questa la richiesta che ci giunge dagli ospedali di tutta Italia. E le piazze di ieri, riempite di medici, dirigenti sanitari e infermieri arrabbiati ma non ancora rassegnati, ne sono la dimostrazione”.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?approfondimento_id=18668

La Medicina penalizza le Donne

Silvio Garattini e Rita Banzi. Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Le malattie comuni ad entrambi i sessi non sono eguali nel maschio e nella femmina e si differenziano per vari fattori, inclusi la prevalenza, i sintomi e gli esiti. Esistono anche altre importanti differenze che riguardano le modalità con cui l'organismo degli uomini e delle donne reagisce alla presenza dei farmaci nel corpo umano. Sappiamo anche che la tossicità dei farmaci è differente e che solitamente le donne subiscono maggiormente gli effetti tossici dei farmaci. E' necessario un nuovo approccio nei percorsi di ricerca farmaceutica per sanare questa ingiustizia nei confronti delle donne.

L'approvazione di nuovi farmaci viene attualmente realizzata a livello dell'EMA (European Medicines Agency) sulla base delle regole dettate dalla legislazione europea. In pratica, i nuovi farmaci, per essere autorizzati, devono garantire tre importanti caratteristiche: "qualità, efficacia e sicurezza".

Questi elementi sono adeguati per farmaci che agiscono sui sintomi o malattie per i quali non siano autorizzati altri trattamenti, ma non sono sufficienti quando siano già disponibili altri farmaci per la stessa indicazione terapeutica. Infatti, spesso non sappiamo se il nuovo farmaco sia meglio o peggio rispetto a quelli già esistenti, perché mancano studi di confronto oppure perché come controllo si usa il placebo invece del migliore trattamento in uso nella pratica clinica.

*Questa è una situazione inaccettabile da un punto di vista etico, soprattutto quando si tratta di malattie gravi e croniche, e che va chiaramente a vantaggio delle industrie che commercializzano i farmaci e non della salute pubblica. **Lo scenario cambierebbe completamente se la legislazione stabilisse l'approvazione dei nuovi farmaci sulla base di "qualità, efficacia, sicurezza e valore terapeutico aggiunto".***

In questo caso sarebbe necessario fare studi comparativi e dimostrare che il nuovo farmaco migliora esiti importanti di efficacia e/o sicurezza rispetto alle alternative disponibili. Di conseguenza se il nuovo farmaco fosse uguale o inferiore a ciò che abbiamo già non verrebbe approvato; se dimostrasse di essere superiore, gli altri farmaci non avrebbero più ragione di essere utilizzati.

Come è noto, il percorso di ricerca necessario per arrivare all'autorizzazione di un nuovo farmaco è molto lungo e complesso. In linea generale inizia con studi preclinici in vitro e poi in vivo su varie specie animali

Questi modelli nella stragrande maggioranza sono maschi, a meno che non si tratti di una malattia che colpisce solo le donne, e giovani. Esaurita la parte preclinica sono tre le fasi cliniche: la **fase 1**, che serve per studiare la farmacocinetica, le tossicità e stabilire la dose massima tollerata, coinvolge in genere soggetti volontari sani quasi esclusivamente maschi. La **fase 2**, che serve per estendere lo studio della farmacocinetica nella popolazione target e per studiare la risposta, è spesso condotta negli uomini. Infine, anche nella **fase 3**, che serve a stabilire l'efficacia del nuovo farmaco, la maggioranza dei soggetti che partecipano agli studi sono uomini adulti prevalentemente nell'età fra 20 e 65 anni. Per la fase 3 sono normalmente necessari due studi clinici, ed entrambi sono realizzati dall'industria interessata a commercializzare il farmaco. Si otterrebbe maggiore obiettività se uno dei due studi fosse svolto da un ente indipendente.

Una delle principali problematiche dell'attuale impostazione del processo di sviluppo e approvazione dei farmaci riguarda la rappresentatività delle popolazioni studiate negli studi clinici. Più del 50 per cento della spesa per i farmaci viene utilizzata per **gli anziani che frequentemente non sono inclusi negli studi sperimentali.** Le fragilità, comorbidità, la differente farmacocinetica nelle persone anziane possono alterare significativamente l'efficacia e la tollerabilità dei farmaci, per cui estendere i risultati ottenuti in una popolazione di adulti spesso non è corretto. **Un discorso simile può essere fatto per i bambini**, nei quali i farmaci vengono spesso utilizzati aggiustando le dosi dell'adulto in base al peso corporeo, dimenticando che il bambino non è un piccolo adulto, ma un organismo in crescita sul quale il farmaco potrebbe avere effetti diversi.

Peggio ancora è la situazione delle donne perché negli studi clinici controllati vengono incluse solo quando già la maggior parte delle caratteristiche del farmaco sono state acquisite nell'uomo (1). Non solo, ma vengono inserite in una percentuale insufficiente e ciò avviene per varie ragioni incluso il rischio di una possibile gravidanza. Si stima che per circa il 75 per cento degli studi di fase 3 non sia possibile stabilire il livello di efficacia

per l'uomo e per la donna e quindi anche i dati relativi alla femmina vengono accorpati a quelli dei maschi. **Tuttavia, è noto che uomini e donne differiscano per molti aspetti dal punto di vista genetico, epigenetico e ormonale** e ciò causa notevoli differenze nella fisiologia e nello sviluppo e manifestazione delle malattie. Le donne hanno un cromosoma diverso dall'uomo, hanno una situazione ormonale completamente differente, un sistema immunitario più efficace di quello degli uomini.

Se misuriamo nel sangue di donne e uomini 130 parametri ben 102 sono differenti. Dal punto di vista metabolico le donne sono più sensibili degli uomini all'insulina, le donne accumulano i grassi, mentre gli uomini li utilizzano di più per scopi energetici. **Si potrebbe continuare nella descrizione delle differenze legate al sesso**, alle quali si dovrebbero aggiungere le differenze di genere, ancora poco conosciute in medicina, cioè quelle legate alle caratteristiche sociali in cui si costruiscono l'identità, le relazioni, i comportamenti caratteristici degli uomini e delle donne alle varie età dell'infanzia, della maturità e della vecchiaia.

Date queste importanti differenze, è normale attendersi che le malattie comuni ad entrambi i sessi non siano eguali nel maschio e nella femmina e si differenzino per vari fattori, inclusi la prevalenza, i sintomi e gli esiti.

Ad esempio, **la malattia di Parkinson** avviene nel 30 per cento delle donne e ad un'età più elevata rispetto agli uomini. Nei maschi è caratterizzata da rigidità, movimenti oculari e sonnolenza, mentre nella femmina prevalgono i tremori, nervosismo e depressione. **La fibrillazione atriale** è un fattore di rischio per l'ictus cerebrovascolare, ma il rischio è differente fra i due sessi essendo del 5 per cento nell'uomo e del 7,4 per cento nella donna.

Non solo, ma lo stesso numero di **ictus** avviene in metà tempo nella donna rispetto all'uomo. Ciò determina una difficoltà nel calcolare la numerosità dei pazienti da studiare negli studi clinici di fase 3 che valutano nuovi farmaci per ridurre il rischio di ictus; occorre considerare attentamente queste differenze di rischio al fine di evitare sottodimensionamenti del campione per uno dei sessi, il che non è eticamente corretto. Altri esempi di differenze riguardano il **tumore del polmone**.

Nelle donne rispetto agli uomini sono più frequenti gli adenocarcinomi, le mutazioni causanti queste neoplasie sono spesso diverse e le donne rispondono meglio alla chemioterapia e hanno una maggiore sopravvivenza. Nel **diabete di tipo 2** gli eventi coronarici sono più frequenti nella donna rispetto all'uomo.

La **sindrome metabolica** nei soggetti con meno di 65 anni è del 65 per cento nella donna e del 35 per cento nell'uomo. Sempre nelle persone con diabete le **demenze senili** sono più frequenti nelle donne rispetto agli uomini. Anche per la **malattia di Alzheimer** la prevalenza nella donna con più di 65 anni rappresenta i due terzi del totale. Le **sindromi depressive, i disturbi d'ansia, gli stress post-traumatici** hanno una prevalenza doppia nella donna rispetto all'uomo. La descrizione delle differenze potrebbe continuare.

Esistono anche altre importanti differenze che riguardano la farmacocinetica, cioè la modalità con cui l'organismo degli uomini e delle donne reagisce alla presenza dei farmaci nel corpo umano. Il peso, la superficie corporea e la massa muscolare sono maggiori nel maschio, mentre la femmina ha una maggiore massa grassa il che determina una diversa distribuzione del farmaco. **L'assorbimento è diverso** perché il pH gastrico è maggiore nella donna e la motilità intestinale minore.

Il metabolismo epatico è diverso, a causa di una diversa espressione e azione degli enzimi che interagiscono con i farmaci. Infine, **l'eliminazione renale** è generalmente maggiore nell'uomo rispetto alla donna. Purtroppo, gli studi di farmacocinetica non sono condotti in modo sistematico nei due sessi, quindi non conosciamo completamente l'effetto di queste differenze. Alcuni esempi disponibili evidenziano però che queste differenze possono avere conseguenze cliniche importanti. La stessa dose di **diazepam** induce una doppia concentrazione ematica nella donna rispetto all'uomo. Il **verapamil** viene eliminato per via renale in un dato periodo di tempo per il 65 per cento nell'uomo e per il 35 per cento nelle donne quando venga somministrata la stessa dose per via orale. Nelle donne sarebbe poi importante studiare la farmacocinetica nell'età riproduttiva rispetto alla menopausa o nelle varie fasi del ciclo mestruale; ad esempio, l'eliminazione del prednisolone è del 16,6 per cento in periodo premenstruale rispetto al 11,6 ml/min/kg in periodo post mestruale.

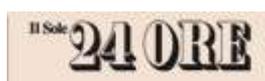
Sappiamo anche che la tossicità dei farmaci è differente e che solitamente le donne subiscono maggiormente gli effetti tossici dei farmaci. Otto dei 10 farmaci ritirati dal commercio per effetti collaterali evidenziavano tossicità nella donna. Inoltre, il fatto che non sappiamo quale sia la reale efficacia del farmaco nella donna non ci permette di calcolare con precisione il cosiddetto NNT (Number Need to Treat), cioè quante persone dobbiamo trattare perché una abbia un vantaggio. Sulla base di dati indiretti sappiamo ad esempio che una statina somministrata per quattro anni come prevenzione primaria ha un **NNT di 43 per l'uomo e di 148 per la donna**, il che vuol dire che dobbiamo trattare 42 uomini ma ben 147 donne inutilmente perché una non abbia un infarto, ma le 147 donne saranno sottoposte ai numerosi effetti tossici della statina. L'aspirina a basse dosi in prevenzione primaria non è attiva nelle donne. L'idea quindi che la soluzione sia di avere il 50 per cento delle donne negli studi di fase 3 è, sulla base delle argomentazioni presentate, insufficiente perché inseriamo le donne quando

dosi, tempi, effetti collaterali sono già stati evidenziati sulla base di dati ottenuti prevalentemente nel maschio. È quindi necessario che lo sviluppo di un farmaco sia effettuato a partire dagli studi in vitro ed in vivo negli animali su due protocolli differenti per il maschio e per la femmina.

Non è etico continuare con le attuali modalità cioè, utilizzare farmaci studiati prevalentemente negli uomini nelle donne. Probabilmente è addirittura illecito. Occorre quindi un grande sforzo e un cambio di prospettiva in cui prevalga il buon senso, per rendere obbligatori i due protocolli per i farmaci di futura approvazione. Non bisogna però dimenticarsi che dovremmo studiare approfonditamente anche l'efficacia e la tossicità per la donna dei farmaci attualmente utilizzati.

L'Europa con i suoi Paesi deve rispondere con urgenza e sanare questa ingiustizia nei confronti delle donne.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/12/la-medicina-penalizza-le-donne/>



Così il tessuto connettivo della salute si candida a sostenere il sistema sanitario. Progetti in campo a cominciare dall'attuazione del Pnrr

Le reti di interconnessione sociale, spesso sottovalutate ma con un impatto cruciale sulla salute delle persone e sulla tenuta del sistema sociale e di salute, hanno mostrato una preoccupante tendenza al declino, soprattutto in epoca post pandemica.

Su questo tema, si è tenuto presso l'Università Luiss il simposio "Tessuto Connettivo della Salute. Nuove Forme di Vicinanza", promosso dall'Osservatorio Salute benessere e Resilienza della Fondazione Visentini e con la partecipazione di attori storici nel panorama della salute come Federsanità, ACLI, Legacoop, il Consorzio Dafne per la distribuzione farmaceutica, insieme a nuovi protagonisti come Rosso, start-up innovativa dedicata alla donazione di sangue.

Il punto di partenza dei lavori è stata l'ultima rilevazione 2023 sulla "Vicinanza della salute" dell'Osservatorio, che ha messo in evidenza un drastico calo degli indicatori della sfera sociale direttamente influenti sul benessere socio-sanitario dei cittadini.

In particolare, si è registrato un significativo aggravamento dell'isolamento individuale, con una caduta di 22 punti rispetto al 2010, unito a una preoccupante lacerazione della coesione sociale, attestata su un -13 punti. Anche l'omogeneità territoriale sul fronte della salute è lontana dal realizzarsi, aggravata dal divario reddituale che separa le due parti del Paese e dal crescente fenomeno della povertà assoluta, che, come certificato da Istat, in Italia è più che raddoppiata passando dal 4,2% del 2010 al 9,7% del 2022.

«Fin dal mio insediamento, in qualità di Viceministro con specifica delega alle Politiche Sociali - è intervenuta tramite sua nota in apertura dei lavori Maria Teresa Bellucci, Viceministro del Lavoro e delle Politiche sociali - ho voluto promuovere e valorizzare tutte quelle forme di interconnessione virtuosa, dal terzo settore al volontariato, fino all'articolato mondo sociosanitario, che contribuiscono alla tenuta del sistema di intervento sociale sul territorio. Il raccordo con il mondo della solidarietà sociale è un'opportunità per realizzare interventi efficaci, in una direzione diversa e finalmente sussidiaria».

«Abbiamo riunito - afferma Duilio Carusi, Adjunct Professor Luiss Business School e Coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini - alcune tra le principali voci del Tessuto Connettivo della Salute, per creare un momento di riflessione comune su temi cruciali come quelli della coesione, cooperazione, volontariato, distribuzione, integrazione. È emerso un quadro effervescente per lo sviluppo di nuove iniziative con cui avvicinare la salute ai cittadini, ma anche la mancanza di un raccordo unitario e di una valorizzazione all'interno degli strumenti di programmazione nazionale, a partire dal Pnrr. Riteniamo che sia sempre più necessario ritornare a uno sforzo di pianificazione a livello paese, orientato all'inclusione dei diversi attori della salute e che conduca ad uno strumento concreto che potremmo definire un "Piano nazionale di salute", che dopo la pandemia riprenda ed integri su più dimensioni la buona pratica di dotarsi di un piano sanitario nazionale, assente dalle scene dal lontano 2008».

Nel portare i saluti istituzionali di Luiss Guido Carli, Luciano Monti, Docente di Politiche dell'Unione europea all'Università Luiss Guido Carli, ha sottolineato l'interesse dell'Università sui temi della salute anche con respiro internazionale attraverso le attività del Policy Observatory, ed evidenziato alcune fragilità di fondo del PNRR nelle Missioni 5 e 6.

In campo i rappresentanti delle parole chiave del "tessuto connettivo" della salute: Coesione; Cooperazione; Volontariato; Donazione; Distribuzione.

Gennaro Sosto, Presidente Sud Italia, Federsanità e Direttore Generale Asl Salerno, ha annunciato il progetto delle "Botteghe di comunità" nel territorio del Cilento, che a partire dalla primavera 2024 dovranno andare ad integrare l'attività delle Case di Comunità hub, al fine di «favorire la coesione delle aree interne, caratterizzate da Comuni di piccolissime dimensioni».

Sempre restando sull'attuazione della Missione 6 del Pnrr Eleonora Vanni, Vice Presidente Legacoop e Presidente Legacoopsociali, ha proposto «l'integrazione dei modelli cooperativi anche con la messa a sistema di cooperative di medici del territorio e della mutualità» e ha sottolineato l'importanza di «nuove forme di abitare sociale e abitare supportato, destinate alle categorie fragili»

Povertà sanitaria, «attuazione concreta e mirata della Legge 33/2023 sulla riforma della non autosufficienza a cominciare da decreti attuativi 'specifici e forti' da approvare entro gennaio»: sono le priorità messe in fila da Antonio Russo, Vice Presidente ACLI e Portavoce Nazionale Alleanza contro la povertà in Italia. Che ha ammonito: «non è tempo per i solisti».

Chiara Schettino, Ceo e Founder Rosso, ha presentato priorità e bisogni insoddisfatti nella gestione e disponibilità di sangue e suoi derivati, come condizione necessaria per il funzionamento del sistema. In campo come interlocutori principali imprese, ospedali privati e Generazione Z, a cui ha rivolto l'appello sulla «prevenzione sulla salute del sangue attraverso il maggior ricorso alle analisi di laboratorio, economiche e dall'alta capacità diagnostica».

Tessuto connettivo silenzioso, ma con un alto peso specifico pari a circa 3 punti di Pil, sono i partecipanti al consorzio Dafne che anche durante la pandemia hanno garantito l'approvvigionamento di farmaci e mascherine alle farmacie e agli operatori in prima linea. Per loro conto Daniele Marazzi, Consigliere Delegato Consorzio Dafne, ha chiesto un «maggior coinvolgimento e partecipazione ai tavoli decisionali sulle politiche sanitarie e farmaceutiche».

Unanime l'appello a un coordinamento unitario e strategico per rilanciare il tessuto connettivo della salute e garantire un sistema inclusivo e resiliente.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-06/cosi-tessuto-connettivo-salute-si-candida-sostenere-sistema-sanitario-progetti-campo-cominciare-attuazione-pnrr-135455.php?uuid=AFQZ5EwB&cmpid=nlqf>

Scenari del Sistema Sanitario Nazionale



I 45 anni del Ssn/ Gimbe lancia la rete civica #SalviamoSsn e chiede al Presidente Mattarella un logo. Festa di compleanno amara tra sotto finanziamento, carenza di personale, disuguaglianze, migrazione sanitaria, sprechi e inefficienze e privato che avanza. La mannaia dell'autonomia differenziata che incombe
di Fondazione Gimbe

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvava a larghissima maggioranza la legge 833 che istituiva il Servizio sanitario nazionale (Ssn) in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. «Un radicale cambio di rotta nella tutela della salute delle persone – dichiara Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe – un modello di sanità pubblica ispirato da principi di equità e universalismo, finanziato dalla fiscalità generale, che ha permesso di ottenere eccellenti risultati di salute e che tutto il mondo continua ad invidiarci». «Purtroppo il prossimo 23 dicembre – continua Cartabellotta – il Ssn non spegnerà 45 candeline in un clima festoso, sotto il segno dell'universalità, dell'uguaglianza, dell'equità, i suoi principi fondanti ormai ampiamente traditi. Perché la vita quotidiana delle persone, in particolare quelle meno abbienti, è sempre più condizionata dalla mancata esigibilità di un diritto fondamentale, quello alla tutela della salute: interminabili tempi di attesa per una prestazione sanitaria o una visita specialistica, necessità di ricorrere alla spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure, pronto soccorso

affollatissimi, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, enormi diseguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria».

In occasione del 45° compleanno del Ssn, la Fondazione Gimbe si impegna in due iniziative concrete. L'obiettivo è trasformare questa ricorrenza da semplice occasione celebrativa a un momento di svolta in cui ripartire per rilanciare il Ssn a tutti i livelli.

La rete civica #SalviamoSSN. A dieci anni dall'avvio della campagna #SalviamoSSN, spiega Cartabellotta, «la Fondazione Gimbe ha scelto di lanciare una rete civica nazionale con sezioni regionali. Riteniamo indispensabile diffondere a tutti i livelli il valore del Ssn, come pilastro della nostra democrazia, strumento di equità e giustizia sociale, oltre che leva di sviluppo economico. L'obiettivo è coinvolgere sempre più persone nella tutela e nel rilancio del Ssn, nonché promuovere un utilizzo informato di servizi e prestazioni sanitarie, al fine di arginare fenomeni consumistici. Perché, al di là delle difficoltà di accesso ai servizi, la maggior parte delle persone non ha ancora contezza del rischio imminente: quello di scivolare lentamente ma inesorabilmente, in assenza di una rapida inversione di rotta, da un Servizio sanitario nazionale fondato su principi di universalità, uguaglianza, equità per tutelare un diritto costituzionale, a 21 sistemi sanitari regionali basati sulle regole del libero mercato». La rete, [alla quale è già possibile aderire](#), opererà attraverso gruppi regionali di coordinamento, che fungeranno da hub locali per coordinare iniziative e attività della campagna #SalviamoSSN sul territorio. La rete sarà poi popolata di ambassador, impegnati nel promuovere attivamente la campagna a livello locale, e da cittadini che aderiranno alla causa. Anche le organizzazioni pubbliche e private potranno sostenere attivamente la campagna. In questo modo, la rete mira a coinvolgere tutto il Paese per difendere e rafforzare il Ssn attraverso azioni coordinate e partecipazione attiva.

Un logo ufficiale per il Ssn. Attualmente molte Regioni identificano il proprio servizio sanitario regionale (Ssr) attraverso un logo, contribuendo così a consolidare la percezione pubblica dell'esistenza di 21 Ssr distinti: al contrario, paradossalmente manca un logo identificativo del Ssn. «Ritenendo fondamentale ribadire l'identità del Ssn – spiega Cartabellotta – lo scorso 4 dicembre abbiamo inoltrato alla Presidenza della Repubblica, alle Alte Cariche dello Stato e al ministero della Salute formale richiesta di istituire un logo ufficiale per il Ssn. L'obiettivo è legittimare con un simbolo l'esistenza del Ssn quale pilastro univoco di civiltà e democrazia, confermando a tutte le persone che la tutela della salute rimane un diritto costituzionale garantito dalla Repubblica».

Oggi la Fondazione Gimbe pubblica anche la monografia "Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni. Lunga vita al Servizio sanitario nazionale!" che propone la "terapia appropriata per il precario stato di salute del nostro Ssn affetto da numerose 'patologie':

SOTTO-FINANZIAMENTO. «Per sedare le strumentalizzazioni politiche degli ultimi mesi – spiega il Presidente – è bene ribadire che negli ultimi 15 anni tutti i Governi, di ogni colore, hanno tagliato risorse o non finanziato adeguatamente il Ssn sino a portare il nostro Paese ad essere in Europa "primo tra i paesi poveri" in termini di spesa sanitaria pubblica pro-capite». Infatti, nel 2022 siamo davanti solo ai paesi dell'Europa meridionale (Spagna, Portogallo, Grecia) e quelli dell'Europa dell'Est, eccetto la Repubblica Ceca (figura 1). Con un gap rispetto alla media dei paesi europei che dal 2010 è progressivamente aumentato, arrivando nel 2022 a \$ 873 (pari a € 801) (figura 2), che, tenendo conto di una popolazione residente Istat al 1° gennaio 2023, per l'anno 2022 corrisponde a un gap di € 47,3 miliardi. Nell'intero periodo 2010-2022 il gap cumulativo arriva alla cifra monstre di \$ 363 miliardi, ovvero circa 333 miliardi di euro. «Una progressiva sottrazione di risorse – continua Cartabellotta – che ha portato all'inesorabile indebolimento del Ssn nelle sue componenti strutturale, tecnologica, organizzativa e, soprattutto, professionale».

CARENZA DI PERSONALE. «A pagare le spese del progressivo definanziamento – spiega Cartabellotta – è stato infatti soprattutto il personale sanitario. La persistenza del tetto di spesa riferito al lontano 2004 ha prima ridotto la quantità di medici e soprattutto di infermieri, poi li ha progressivamente demotivati tanto che oggi si moltiplicano pensionamenti anticipati, licenziamenti volontari, fughe verso il privato o all'estero. Il capitale umano che crede nel Ssn oggi è costretto ad alzare la voce con ripetuti scioperi, per chiedere disperatamente di rilanciare le politiche del personale sanitario. Anche perché si sta facendo largo la scarsa attitudine dei giovani a intraprendere professioni (es. infermiere) e specialità (es. medico d'urgenza) poco attrattive, che a fronte di una bassa remunerazione presentano limitate prospettive di carriera, condizioni di lavoro inaccettabili, o addirittura rischio di aggressioni: uno scenario che, in assenza di decisi interventi da parte della politica, finirà per legittimare cooperative di servizi e gettonisti».

DISEGUAGLIANZE REGIONALI. A fronte di un Ssn nato 45 anni fa sotto il segno dell'uguaglianza e dell'equità, commenta il Presidente «ci ritroviamo oggi con 21 servizi sanitari regionali profondamente diseguali, con una vera e propria "frattura strutturale" tra Nord e Sud, con i residenti nella maggior parte delle Regioni meridionali a cui non sono garantiti nemmeno i livelli essenziali di assistenza». Il monitoraggio 2021 dei LEA da parte del Ministero della Salute documenta infatti che delle 14 Regioni adempienti solo 3 sono del Sud (Abruzzo, Puglia e Basilicata), tutte a fondo classifica (figura 3). «E su questa frattura – chiosa il Presidente – pende la mannaia dell'autonomia differenziata, che senza definire e finanziare i Livelli

Essenziali delle Prestazioni, non potrà che amplificare le disuguaglianze, legittimando normativamente il divario Nord-Sud e violando il principio di uguaglianza nel diritto alla tutela della salute e assestando il colpo di grazia al SSN».

MIGRAZIONE SANITARIA. E proprio la “frattura strutturale” Nord-Sud, spiega il Presidente «è la causa del triste fenomeno della mobilità sanitaria che nei dati definitivi del 2021 vale € 4,24 miliardi: risorse che scorrono prevalentemente dalle Regioni meridionali verso 3 regioni settentrionali dove si concentra il 93,3% dei saldi attivi. Proprio le stesse Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto) che hanno già sottoscritto i pre-accordi per le maggiori autonomie». Nel 2021, infatti, le Regioni con saldo positivo superiore a € 100 milioni sono tutte al Nord: Emilia-Romagna (€ 442 milioni), Lombardia (€ 271 milioni) e Veneto (€ 228 milioni); e quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte al Centro-Sud: Abruzzo (-€ 108 milioni), Puglia (-€ 131 milioni), Lazio (-€ 140 milioni), Sicilia (-€ 177 milioni), Campania (-€ 221 milioni), Calabria (-€ 252 milioni) (figura 4).

SPRECHI E INEFFICIENZE. «L'erogazione dell'assistenza sanitaria – spiega il Presidente – oggi risulta molto frammentata, troppo medico-centrica, dicotomizzata tra ospedale e territorio e scarsamente integrata con quella socio-sanitaria, generando sprechi e inefficienze, ridotta qualità dei servizi e disagi per i pazienti». Sicuramente ci sono margini di recupero su vari ambiti: eccesso di prestazioni da medicina difensiva, frodi, acquisti a costi eccessivi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza, in particolare tra setting ospedalieri e territoriali. Ma per recuperare gli sprechi servono la visione di un nuovo SSN e coraggiose riforme sulle modalità di finanziamento, riparto delle risorse, programmazione, organizzazione e integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. «Ovvero – chiosa Cartabellotta – sprechi e inefficienze sono parte integrante del sistema e pur attuando misure per la loro riduzione non avremo comunque risorse monetizzabili a breve termine».

ESPANSIONE DEL PRIVATO ACCREDITATO. Secondo quanto riportato dall'Annuario statistico del Ssn 2021 del Ministero della Salute, il numero di strutture sanitarie private accreditate rappresentano quasi la metà di quelle che erogano l'assistenza ospedaliera (48,6%) e il 60,4% di quelle per la specialistica ambulatoriale. Sono invece prevalentemente gestite dal privato le strutture destinate all'assistenza residenziale (84%) e semiresidenziale (71,3%) e quelle riabilitative (78,2%) (figura 5). «Pur nella consapevolezza della qualità di numerose strutture private accreditate e della differente "densità" nelle varie Regioni – commenta Cartabellotta – è evidente che per soddisfare i bisogni di salute della popolazione diminuiscono le tutele pubbliche e aumenta l'offerta privata. Che dovrebbe essere invece una libera scelta e non una necessità obbligata dall'indebolimento del pubblico».

«In occasione del suo 45° compleanno – conclude Cartabellotta – con le nostre iniziative vogliamo ribadire alla popolazione il valore inestimabile del Ssn e l'inderogabile necessità di un patto sociale e politico che, prescindendo da ideologie partitiche e avvicendamenti di Governi, riconosca in quel modello di sanità un pilastro della nostra democrazia, una conquista irrinunciabile e una grande leva per lo sviluppo economico del Paese. Oltre che un'alleanza tra tutti gli attori della sanità finalizzata a rinunciare ai privilegi acquisiti per rilanciare questo prezioso bene comune nell'esclusivo interesse delle persone».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-19/-i-45-anni-ssn-gimbelancia-rete-civica-salviamossn-e-chiede-presidente-mattarella-logo-festa-compleanno-amara-sotto-finanziamento-carezza-personale-disuguaglianze-migrazione-sanitaria-sprechi-e-092827.php?uuid=AFkkaP7B&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

“Troppe famiglie cadono in povertà per pagarsi le cure”. Il report dell'Oms Europa

L'alert lanciato da un nuovo rapporto dell'ufficio dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per l'Europa: “Costretti a scegliere tra assistenza e cibo, incidenza 'spesa catastrofica' in ascesa prima di Covid e peggiorata con pandemia”. [IL REPORT](#)

12 DIC -

Troppe famiglie in tutta la regione europea cadono in povertà dopo aver pagato l'assistenza sanitaria. E' l'alert lanciato da un nuovo rapporto dell'ufficio dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per l'Europa.

L'analisi copre 40 Paesi nel Vecchio Continente e mostra come milioni di persone stanno ancora lottando e faticando per pagarsi le cure.

C'è una forte dipendenza dei sistemi sanitari dai pagamenti out-of-pocket (a carico del cittadino) e questo fa sì che molte persone sperimentino difficoltà finanziarie quando utilizzano l'assistenza sanitaria o affrontino barriere all'accesso, con conseguente necessità di salute insoddisfatta.

I pagamenti out-of-pocket possono anche spingere alcune persone verso la povertà o renderle ancora più povere. Non è un fenomeno che tocca pochi. Anzi, a livello globale 4,5 miliardi di persone - più della metà dell'umanità - non sono coperte da servizi sanitari essenziali.

In questi giorni i leader del settore sanità della Regione europea dell'Oms si riuniscono in Estonia per una Conferenza sui sistemi sanitari e sarà l'occasione per celebrare i 15 anni da quando la Carta di Tallinn è stata lanciata nel 2008.

Un documento che evidenzia proprio questi aspetti: le persone non dovrebbero diventare povere a causa di problemi di salute, è uno dei messaggi della Carta. Invece i dati pre-pandemia del 2019 già mostravano alcuni trend preoccupanti, gap nella copertura sanitaria della popolazione in molti Paesi dell'area europea.

Solo 23 su 40 dichiarano di coprire oltre il 99% della popolazione; l'incidenza della 'spesa sanitaria catastrofica' - che significa che per sostenerla una famiglia non può più permettersi di soddisfare bisogni primari come cibo, alloggio e riscaldamento - è 3 volte superiore nei Paesi con divari nella copertura della popolazione rispetto a quelli che coprono oltre il 99%.

Se si considera la quota più povera della popolazione di un determinato Paese, la spesa sanitaria catastrofica può essere da 2 a 5 volte superiore alla media nazionale.

La conclusione è che le persone più povere sono quelle che più probabilmente soffriranno le maggiori difficoltà finanziarie.

E questo problema sta crescendo in alcune realtà della regione. Nella maggior parte dei Paesi, 28, l'incidenza della spesa sanitaria catastrofica è aumentata nel tempo, con un aumento medio di 1,7 punti percentuali, mentre nei restanti 12 Paesi è diminuita in media di 1,8 punti percentuali.

I pagamenti diretti per i farmaci ambulatoriali sono il principale motivo di difficoltà finanziarie in tutti i Paesi, soprattutto per il quinto più povero della popolazione, seguiti dai prodotti medici (ad esempio gli apparecchi acustici) e dalle cure dentistiche. Nel 20% delle famiglie più povere, la spesa per i medicinali è responsabile in media del 60% della spesa sanitaria catastrofica nei 40 Paesi.

La pandemia ha peggiorato la situazione per molti, creando enormi arretrati, costringendo le persone a pagare di tasca propria l'assistenza sanitaria privata e i medicinali, o semplicemente creando barriere insormontabili all'accesso, con conseguenze negative di salute.

I medicinali, i prodotti medici e le cure odontoiatriche sono servizi che dovrebbero essere forniti o gestiti in contesti di assistenza primaria, ammonisce l'Oms Europa. I risultati del rapporto indicano invece che esiste un divario significativo nella copertura delle cure primarie in molti Paesi della Regione.

"Il nostro rapporto mostra che già prima della pandemia, le persone si trovavano ad affrontare un livello inaccettabile di spesa sanitaria catastrofica. Mentre celebriamo la Giornata internazionale della copertura sanitaria universale e sulla scia della devastazione causata dalla pandemia di Covid, è tempo di rimettere in carreggiata i sistemi sanitari", avverte Hans Henri P. Kluge, direttore regionale dell'Oms Europa.

"Per milioni di persone nella regione, l'assistenza sanitaria gratuita o a prezzi accessibili è semplicemente un sogno - prosegue - Molti si trovano ad affrontare scelte strazianti come pagare medicinali o cure a scapito del cibo o dell'elettricità. Semplicemente non possiamo permettere che i costi sanitari impoveriscano milioni di famiglie. Dopotutto, la salute è un diritto umano fondamentale".

Da qui l'appello ai Paesi e l'invito a fare 5 scelte politiche per avvicinarsi alla copertura sanitaria universale. Da quella di disporre adeguati finanziamenti dalla spesa pubblica per garantire che non vi siano gravi carenze di personale, lunghi tempi di attesa per le cure e pagamenti informali all'accortezza di ricorrere con parsimonia a forme di co-pagamento a carico del cittadino per servizi sanitari, progettandole in modo da esentare chi ha redditi bassi e malattie croniche.

E ancora: i rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti privi di documenti dovrebbero avere diritto agli stessi benefici degli altri residenti, senza barriere amministrative all'accesso.

A 15 anni dalla Carta di Tallinn, evidenzia l'Oms Europa, la copertura sanitaria universale rimane lontana dalla realtà in molti Paesi della regione.

E diversi studi e indagini hanno evidenziato una crescente mancanza di fiducia nelle istituzioni e nei politici, con un conseguente impatto sui sistemi sanitari.

"La fiducia è al centro di un sistema sanitario ben funzionante", continua Kluge. "È essenziale anche se i Paesi vogliono generare le risorse necessarie per finanziare i sistemi sanitari, soprattutto se alle persone viene chiesto di fornire queste risorse con le tasse e altri contributi. La fiducia è il collante che tiene insieme le nostre società, compresi i nostri sistemi sanitari. Senza di essa tutto crolla. Dobbiamo trasformare i nostri sistemi sanitari per garantire che le persone ovunque possano ricevere le cure giuste, nel posto giusto, dagli operatori sanitari e assistenziali giusti al momento giusto. Invito i Paesi ad agire con coraggio e convinzione".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118988

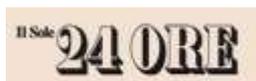
Can people afford to pay for health care?

Evidence on financial
protection in 40 countries
in Europe



Regional report 2023

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058599>



Presentato da The European House-Ambrosetti il "Meridiano Sanità Regional Index 2023" sulla situazione della salute nelle Regioni italiane

In occasione della presentazione del diciottesimo Rapporto "Meridiano Sanità", The European House – Ambrosetti ha illustrato la nona edizione del Meridiano Sanità Regional Index, strumento di valutazione multidimensionale delle performance dei sistemi sanitari regionali, che analizza caratteristiche, tendenze e dati sanitari di tutte le Regioni italiane non dimenticando gli altri determinanti che impattano sulla salute dei cittadini, dal contesto socio-economico, ai fattori ambientali fino ai comportamenti individuali dei cittadini.

L'Indice regionale è composto da 3 diversi Indici, per un totale di 35 parametri monitorati: l'Indice dello

Stato di salute che valuta i risultati in termini di salute che le Regioni hanno fino ad oggi garantito ai propri cittadini; l'Indice dei Determinanti della salute, che valuta gli elementi che hanno un impatto concreto sullo stato di salute della popolazione, suddiviso in 3 diverse aree quali i "Fattori individuali", i "Fattori del contesto socio-economico" e i "Fattori del contesto ambientale"; l'Indice di Mantenimento dello stato di salute, che valuta le capacità dei sistemi sanitari di migliorare nel prossimo futuro i risultati di salute raggiunti finora, suddiviso in "Capacità di risposta ai bisogni di salute", "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" e le "Risorse economiche".

La salute. *Le Province Autonome di Bolzano e Trento si confermano in testa con i valori più alti per l'Indice dello Stato di salute. Seguono Toscana, Veneto e Lombardia. Le Regioni del Sud, ad esclusione dell'Abruzzo che ha visto un netto miglioramento (+5 posizioni) rispetto all'indice 2022, presentano invece valori più bassi della media nazionale.*

La prevenzione. *Considerando la capacità del sistema regionale di organizzarsi per fronteggiare le sfide della prevenzione (sia vaccinale che di screening), della gestione dei pazienti sul territorio e dell'accesso all'innovazione tecnologica e farmacologica, rispetto allo scorso anno l'Umbria sorpassa in testa l'Emilia-Romagna mentre segue al terzo posto, come nell'anno precedente, la Regione Toscana. Tutte le Regioni del Sud tranne l'Abruzzo si collocano al di sotto della media nazionale.*

I comportamenti a rischio e gli stili di vita.

Nel Regional Index vengono analizzati i fattori comportamentali individuali che mettono a rischio la salute dei cittadini italiani. Una analisi complessiva di tutti i fattori mostra che i bambini e gli adolescenti della P.A. di Bolzano e gli adulti della P.A. di Trento sono sottoposti a meno rischi per la salute.

Al contrario i bambini e gli adolescenti più a rischio si trovano in Molise mentre gli adulti più a rischio vivono in Basilicata.

Con riferimento ai fattori di rischio di bambini ed adolescenti, fasce fragili della popolazione in cui esiste il rischio concreto di sviluppare comportamenti che possono mettere a repentaglio non solo la loro salute in quel momento ma anche quella futura, la P.A. di Bolzano presenta la più bassa percentuale di sedentari: solo il 7,5% dei bambini e adolescenti tra i 3 e i 17 anni non pratica alcun tipo di attività sportiva (all'opposto si trova la Puglia con una percentuale pari al 29,6%).

La P.A. di Bolzano (con anche la Valle d'Aosta), inoltre, è la Regione con il minor numero di ragazzi tra i 15 e 24 anni che fumano (11,2%), in calo di ben 7,8 p.p rispetto al 2019 (vs. Molise, con un aumento di 5,6 p.p. rispetto al 2019, è la Regione con il maggior numero di ragazzi fumatori d'Italia) e al di sotto delle media italiana del 17%.

Per quanto riguarda l'uso di alcol a rischio, nella P.A di Bolzano (e in Basilicata) solo il 10,8% dei ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 17 anni ne fa uso. Contrariamente, la Valle d'Aosta, registra il valore più alto (24,3%). La Valle d'Aosta però è la Regione con la minor prevalenza di minori (6-17 anni) in eccesso di peso (12,2% vs. il 27,0% della media nazionale); all'estremo opposto si trova la Campania (37,6%).

L'efficacia dell'offerta.

Nell'area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" che valuta l'efficacia delle cure, l'efficienza organizzativa e l'efficienza gestionale e la qualità dell'offerta si confermano ai primi due posti Emilia-Romagna e Toscana e sale al terzo posto la P.A. di Bolzano mentre tutte le Regioni del Sud sono al di sotto della media nazionale.

Quando l'ospedalizzazione non è evitabile allora il sistema sanitario regionale deve riuscire a garantire al paziente un tempo ragionevole di ospedalizzazione, fattore che va a vantaggio sia del paziente che del sistema sanitario in ottica di sostenibilità dello stesso.

La durata media della degenza per acuti in regime ordinario è in Italia pari a 7,5 giorni, ma varia da 8,7 giorni in Valle d'Aosta a 6,5 giorni nella P.A. di Bolzano. Per quanto riguarda la degenza preoperatoria, sia la P.A. di Bolzano che la Toscana hanno registrato i periodi di degenza più brevi, mentre la Basilicata ha avuto la durata più lunga con 2,6 giorni.

Il quadro di sintesi relativo all'Indice di Mantenimento dello stato di salute mostra Emilia-Romagna, e Toscana, come nelle analisi del 2022, tra le Regioni più virtuose, mentre negli ultimi posti si posizionano le Regioni del Sud. In generale, anche per quest'area si riscontra una forte eterogeneità tra il Nord e il Sud del Paese. Nei 3 indici analizzati ("Capacità di risposta ai bisogni di salute", "Efficacia, Efficienza e Appropriatezza" e "Risorse economiche") si può vedere una coincidenza dell'andamento delle Regioni del Nord e del Centro, anche se il Centro performa meglio in termini di "Capacità di risposta ai bisogni di salute". Il Sud Italia rimane distanziato in tutti gli indici ma si può notare una miglior performance in considerazione dell'indice "Risorse Economiche".

L'area "Risorse economiche" è quella per la quale si registra la minima variabilità a livello regionale; tutto il Paese presenta livelli di spesa sanitaria nettamente inferiori ai principali Paesi competitor; in questo ambito come nel 2022 è l'Emilia-Romagna, a presentare la maggior propensione a investire nel comparto sanità per far fronte ai bisogni di salute. Al secondo posto l'Umbria, seguita dalla Lombardia.

Considerata l'importanza dei vaccini come strumenti di prevenzione, nella stagione vaccinale 2022-2023, la

vaccinazione anti-influenzale prevista per gli over-64, in Italia ha raggiunto un tasso di copertura del 56,7%. Si tratta di un valore ancora molto lontano dall'obiettivo minimo del 75% e da quello ottimale del 95% che non vede grandi differenze tra le Regioni, nessuna delle quali ha raggiunto gli obiettivi minimi. Tutte le Regioni del Nord Italia, eccezion fatta per l'Emilia-Romagna e il Friuli-Venezia Giulia, si collocano al di sotto della media nazionale mentre alcune Regioni del Sud come Puglia, Sicilia, Calabria e Basilicata sono al di sopra della media nazionale.

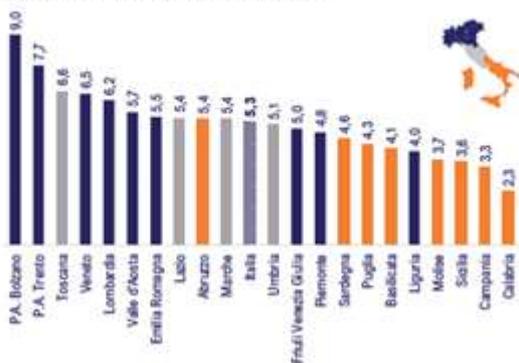
Il Meridiano Sanità Regional Index evidenzia che mettendo in relazione le performance dei sistemi sanitari regionali per gli Indici dei “Determinanti dello stato di salute” (fattori individuali, fattori del contesto socio-economico e fattori del contesto ambientale) e del “Mantenimento dello stato di salute” (capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute, l’efficienza, efficacia e appropriatezza dell’offerta sanitaria e le risorse economiche investite in sanità) emerge una relazione positiva tra le due grandezze. Infatti, le Regioni che ottengono i punteggi migliori in queste aree sono anche quelle caratterizzate dal migliore “Stato di salute della popolazione”. Questa relazione mette in evidenza come, purtroppo, il divario tra Nord-Centro e Sud continui a essere significativo e come mancati interventi su questi ambiti porteranno a un aumento dei divari tra le aree del Paese.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-06/presentato-the-european-house-ambrosetti-meridiano-sanita-regional-index-2023-situazione-salute-regioni-italiane-131404.php?uud=AFFkTDwB&cmpid=nlqf>

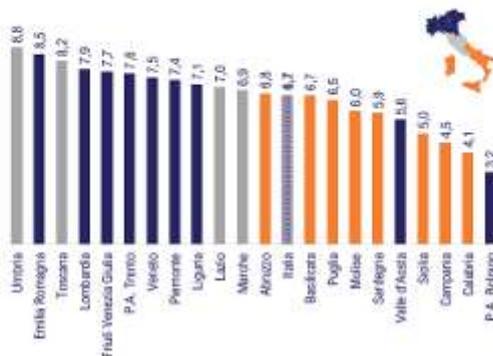


PRESENTATO DA THE EUROPEAN HOUSE – AMBROSETTI IL “MERIDIANO SANITA’ REGIONAL INDEX” 2023 SULLA SITUAZIONE DELLA SALUTE DELLE REGIONI ITALIANE

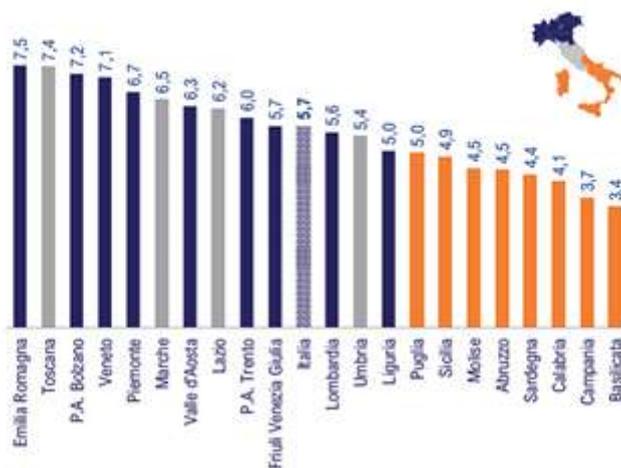
INDICE “STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE”



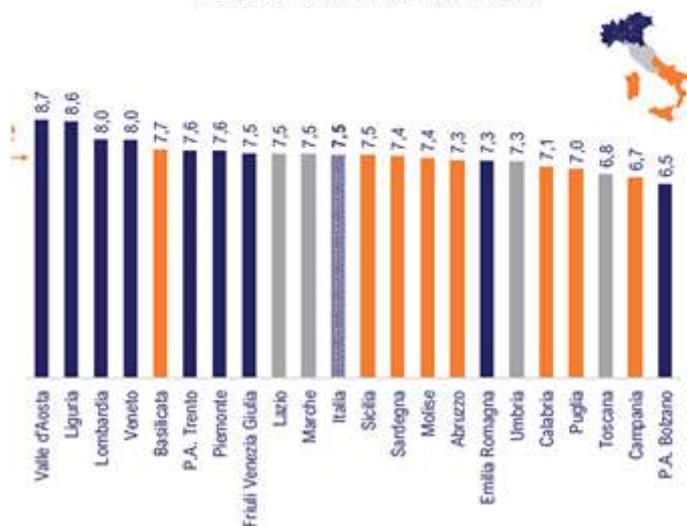
CAPACITA' DI RISPOSTA AI BISOGNI DI SALUTE



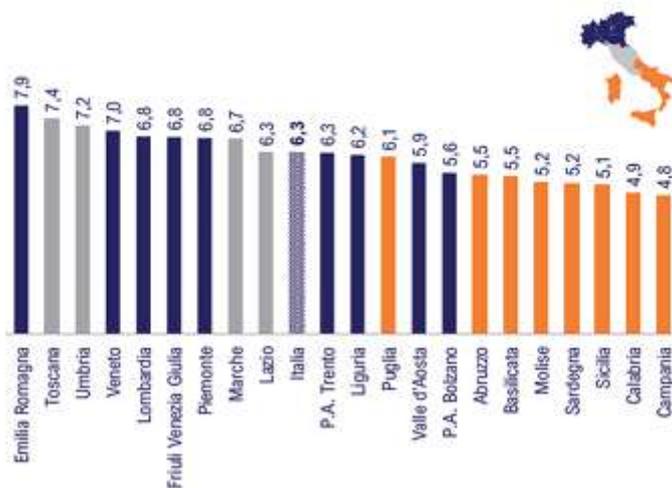
EFFICIENZA, EFFICACIA E APPROPRIATEZZA DELL'OFFERTA SANITARIA

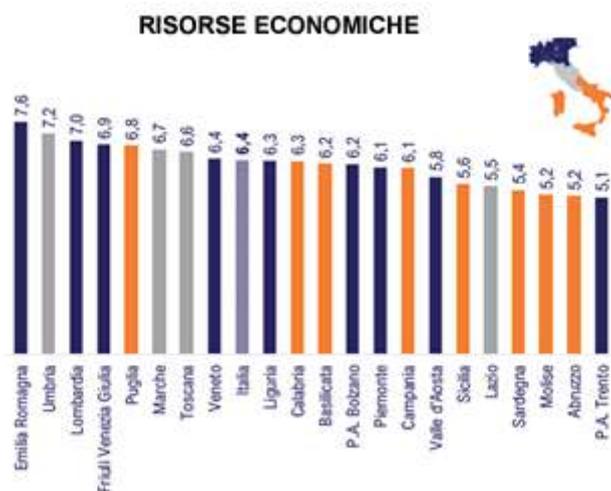


DEGENZA MEDIA PER ACUTI



INDICE DI MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE





https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2023/12/07/Meridiano_grafici_regional_index.pdf?uuid=AFFkTDwB

quotidianosanita.it

Manovra. Dal parziale dietrofront sul taglio alle pensioni all'incremento del Fondo Alzheimer e per i test Ngs per malati rari e oncologici. Ecco tutte le novità e le misure previste per la sanità
Giovanni Rodriguez

Vengono destinate più risorse per la lotta all'alzheimer e alle demenze, viene istituito un Fondo per potenziare i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare e rifinanziato il fondo per i test di Next-Generation Sequencing per i pazienti oncologici. Nasce un fondo per sostenere le spese veterinarie dei proprietari di animali d'affezione e vengono introdotte nuove misure in favore del personale della Cri. Niente da fare invece per l'ennesimo tentativo da parte del governo di mantenere gli operatori sanitari in servizio fino al compimento dei 72 anni

18 DIC -

Si è concluso ieri notte l'esame del provvedimento in commissione Bilancio al Senato con l'approvazione delle ultime novità alla manovra di bilancio. Durante i lavori in V commissione sono arrivate diverse novità per la sanità, a cominciare dal parziale dietrofront sul taglio dell'aliquota di indennità di specificità per i sanitari e alcune categorie del pubblico dal calcolo dei contributi versati dal 1981 al 1996, più favorevole rispetto agli altri dipendenti pubblici.

Vengono poi destinate più risorse per la lotta all'alzheimer e alle demenze, viene istituito un Fondo per potenziare i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare e rifinanziato il fondo per i test di Next-Generation Sequencing per i pazienti oncologici. Nasce un fondo per sostenere le spese veterinarie dei proprietari di animali d'affezione e vengono introdotte nuove misure in favore del personale della Croce Rossa Italiana.

Niente da fare invece per l'ennesimo tentativo da parte del governo di mantenere gli operatori sanitari in servizio fino al compimento dei 72 anni. Dopo le proteste da parte dei sindacati il governo ha deciso di non depositare l'emendamento già pronto.

Quanto al resto, per la sanità, come annunciato, previsto un incremento del Fondo sanitario nazionale di 3 miliardi per l'anno 2024, 4 miliardi per l'anno 2025 e 4,2 miliardi a decorrere dall'anno 2026. Queste risorse aggiuntive serviranno, tra le altre cose, a garantire il rinnovo dei contratti, le nuove misure previste per la farmaceutica, il potenziamento della spesa territoriale, così come l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Uno dei cardini riguarda poi l'abbattimento delle liste d'attesa con l'incremento delle tariffe oraria delle prestazioni aggiuntive per il comparti della sanità.

Il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8,5 per cento a decorrere dall'anno 2024. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nel valore

del 6,8 per cento a decorrere dal medesimo anno. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali.

Di seguito una sintesi di tutte le misure riguardanti la sanità, articolo per articolo.

Articolo 10 (Incremento delle risorse per la contrattazione collettiva del pubblico impiego per il triennio 2022-2024)

Si incrementa, per il triennio 2022-2024, di 3 miliardi di euro di euro per il 2024 e di 5 miliardi di euro annui dal 2025 gli oneri a carico del bilancio dello Stato per la contrattazione collettiva nazionale del pubblico impiego e per i miglioramenti economici per il personale statale in regime di diritto pubblico. Le disposizioni si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Per il Servizio sanitario nazionale gli oneri comprendono anche i riconoscimenti finalizzati a valorizzare la specificità medico-veterinaria e dell'altro personale secondo specifiche indicazioni da individuarsi nell'atto di indirizzo di cui all'articolo 47, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Articolo 010 (Interventi per il personale della Croce Rossa italiana)

Al personale della Croce Rossa italiana continua ad essere corrisposta la differenza tra il trattamento economico in godimento, limitatamente a quello fondamentale ed accessorio avente natura fissa e continuativa, e il trattamento del corrispondente personale civile della CRI come assegno ad personam rimborsabile con i successivi miglioramenti economici a qualsiasi titolo conseguiti.

Al personale civile e militare della CRI e quindi dell'Ente assunto da altre amministrazioni continua ad essere corrisposta, come assegno ad personam riassorbibile con i successivi miglioramenti economici a qualsiasi titolo conseguiti, la differenza tra il trattamento economico in godimenti - limitatamente al trattamento fondamentale ed accessorio avente natura fissa e continuativa - e il trattamento del corrispondente personale dell'amministrazione ricevente.

Articolo 11, comma 1 (Imposta sul consumo dei manufatti in plastica con singolo impiego e incentivi per le aziende produttrici manufatti in plastica biodegradabile e compostabile)

Si posticipa al **1° luglio 2024** la decorrenza dell'efficacia della c.d. **plastic tax** e della c.d. **sugar tax** istituite dalla legge di bilancio 2020.

Articolo 11, comma 2 (Innalzamento dell'aliquota Iva per prodotti per l'igiene femminile, e alcuni prodotti per la prima infanzia)

Si riporta al **10% l'Iva relativa a prodotti assorbenti, tamponi e coppette mestruali** nonché ad alcuni prodotti per la prima infanzia (latte e preparazioni alimentari per lattanti) e ai pannolini per bambini che era stata precedentemente ridotta al 5 per cento. **Ripristina inoltre l'aliquota ordinaria per i seggiolini per bambini** da installare negli autoveicoli, che era stata anch'essa precedentemente fissata al 5 per cento dalla legge di bilancio per il 2023.

Articolo 11, comma 3 (Modifica accise tabacchi)

Il comma rimodula, innalzandoli, taluni valori previsti per le accise, gli oneri fiscali e l'aliquota di un'imposta di consumo previsti per alcuni prodotti di tabacco nonché per prodotti succedanei dei prodotti da fumo. Si tratta in particolare dei seguenti oneri:

- gli importi previsti per calcolo dell'accisa applicabile ai tabacchi lavorati
- **l'importo dell'accisa minima del tabacco trinciato** usato per arrotolare le sigarette;
- l'importo dell'onere fiscale minimo sulle sigarette
- l'accisa gravante sui tabacchi da inalazione senza combustione;
- l'imposta di consumo per i prodotti da inalazione senza combustione costituiti da sostanze liquide, contenenti o meno nicotina.

Articolo 33 (Disposizioni in materia di adeguamento delle aliquote di rendimento delle gestioni previdenziali)

Con un emendamento approvato commissione Bilancio vengono cancellati i tagli alle pensioni di vecchiaia di medici, operatori sanitari, dipendenti degli enti locali, ufficiali giudiziari e insegnanti, mentre - ad esclusione del settore della sanità - vengono confermati i tagli a quelle anticipate così come previsto nel ddl bilancio. Nel settore della sanità, invece, la decurtazione sarà più soft e diminuirà man mano che si ritarderà l'anticipo del pensionamento.

In base all'emendamento, le decurtazioni "ai soggetti che maturano i requisiti per il pensionamento entro il 31 dicembre 2023 e nei casi di cessazione dal servizio per raggiungimento dei limiti di età o di servizio". L'accesso alla pensione anticipata "è consentito se risulta maturata un'anzianità contributiva di 42 anni e 10 mesi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne. Il trattamento pensionistico decorre trascorsi 3 mesi dalla data di maturazione dei requisiti contributivi". Per questo al personale sanitario sarà consentito restare in servizio oltre il quarantesimo anno di servizio ma non oltre i 70 anni.

Per quanto riguarda medici, infermieri, dipendenti enti locali, insegnanti d'asilo e ufficiali "il trattamento pensionistico decorre trascorsi 3 mesi dalla data di maturazione dei requisiti se sono maturati entro il 31

dicembre 2024, 4 mesi se sono maturati entro il 31 dicembre 2025, 5 entro il 31 dicembre 2026, 7 mesi entro il 31 dicembre 2027 e 9 mesi entro il 31 dicembre 2028.

Per i medici e le altre categorie di dipendenti pubblici già citate, la riduzione del trattamento pensionistico è “ridotta in misura pari a un trentaseiesimo per ogni mese di posticipo dell'accesso al pensionamento rispetto alla prima decorrenza utile per gli iscritti alla cassa per la pensione dei sanitari e per quelli alla cassa per le pensioni dei dipendenti degli enti locali che cessano l'ultimo rapporto di lavoro da infermieri”. Questo per assicurare “un efficace assolvimento dei compiti primari di tutela della salute e di garantire l'erogazione dei livelli assistenziali di assistenza”.

Articolo 35 (Incremento della misura di supporto per le rette relative alla frequenza di asili nido e per forme di supporto domiciliare per bambini affetti da gravi patologie croniche)

Si prevede, **per una specifica fattispecie, un incremento del buono per il pagamento di rette relative alla frequenza di asili nido, pubblici e privati, e per forme di supporto domiciliare per bambini aventi meno di tre anni di età e affetti da gravi patologie croniche**; l'incremento concerne i nuclei familiari in relazione a un figlio (o a più figli), nato dopo il 1° gennaio 2024, a condizione che nel nucleo sia presente almeno un altro figlio, di età inferiore a dieci anni, e che il medesimo nucleo abbia un valore di Isee non superiore a 40.000 euro; la misura dell'incremento (che è definita in forma di elevamento a 2.100 euro annui di un precedente incremento) è pari a 600 euro annui per i nuclei familiari con un valore di Isee non superiore a 25.000 euro e a 1.100 euro annui per i nuclei familiari con un valore di Isee superiore a 25.000 euro e pari o inferiore a 40.000 euro, con una conseguente misura complessiva del buono pari a 3.600 euro annui.

Articolo 36 (Misure in materia di congedi parentali)

Si dispone, per i genitori che fruiscono alternativamente del congedo parentale, in aggiunta all'attuale previsione di una indennità pari dell'80 per cento della retribuzione per un mese entro il sesto anno di vita del bambino, il riconoscimento di un'indennità pari al 60 per cento (in luogo dell'attuale 30 per cento) per un mese ulteriore al primo.

Per il solo anno 2024 la misura dell'indennità riconosciuta per il mese ulteriore al primo è pari all'80 per cento della retribuzione, invece che al 60 per cento. Si specifica, infine, che tale disposizione si applica con riferimento ai lavoratori che terminano, dopo il 31 dicembre 2023, il periodo di congedo di maternità o, in alternativa, di paternità.

Articolo 39, comma 1 (Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga)

Si istituisce, all'interno dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze e per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, **il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga**, con una dotazione di **5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024-2026**. L'importo suddetto è comprensivo delle risorse per il finanziamento dei progetti per la prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze.

Articolo 39, comma 2 (Stanziamiento per il reddito di libertà per le donne vittime di violenza)

Si prevede **un finanziamento permanente, a decorrere dal 2024, nella misura di 6 milioni di euro, in favore del cosiddetto reddito di libertà per le donne vittime di violenza**. Le risorse finanziarie sono volte al sostegno delle donne in condizione di maggiore vulnerabilità, nonché alla promozione, attraverso l'indipendenza economica, di percorsi di autonomia e di emancipazione delle donne vittime di violenza in condizione di povertà. Il **comma** in esame prevede che tali risorse vengano ripartite tra le regioni con uno o più decreti dell'Autorità politica delegata per le pari opportunità, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali.

Nella notte del 17 dicembre approvato in commissione Bilancio un emendamento comune delle opposizioni, votato da tutti, che destina **40 milioni di euro ad iniziative contro la violenza sulle donne**: dai centri antiviolenza al reddito di libertà.

Articolo 39-bis (Fondo per il sostegno ai proprietari di animali d'affezione)

Presso il Ministero della Salute viene istituito un Fondo destinato a sostenere i proprietari di animali d'affezione nel pagamento delle visite veterinarie, operazioni chirurgiche veterinarie e nell'acquisto di farmaci veterinari. A tal fine viene previsto uno stanziamento di 250 mila euro per ciascun degli anni 2024, 2025 e 2026. Potranno accedere a questo fondo i proprietari di animali d'affezione con un Isee inferiore a 16.215 euro e un'età superiore ai 65 anni

Articolo 40 (Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità e Fondo per la copertura finanziaria di interventi legislativi in materia di disabilità)

Si istituisce, all'interno dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze e per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, **il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità**, con una dotazione di **oltre 552 milioni di euro**.

Articolo 41 (Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale)

Al fine di assicurare un'efficiente programmazione delle politiche per l'inclusione, l'accessibilità e il sostegno a favore delle persone con disabilità, a decorrere dal 1° gennaio 2024 è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, il **Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità con una dotazione di euro 231.807.485 euro annui a decorrere dall'anno 2024.**

Articolo 42 (Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive)

Al fine di fronteggiare la carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale, di ridurre le liste di attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni, si **estende fino al 31 dicembre 2026** la facoltà di ricorrere **agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico** - di cui alla contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità - prevista, per l'anno 2023, dall'articolo 11, comma 1, del D.L. n. 34/2023 (pari a 100 euro lordi onnicomprensivi), disponendo, contestualmente, che tale incremento riguardi, **dal 2024 al 2026, tutte** le prestazioni aggiuntive svolte. Vengono poi espressamente fatte salve le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive riguardanti il volume di prestazioni erogabili, l'orario massimo di lavoro ed i prescritti riposi (**comma 1**).

Per le stesse finalità è prevista **l'applicazione fino al 31 dicembre 2026** delle disposizioni richiamate (art. 11, comma 1, del D.L. n. 34/2023) anche **alle prestazioni aggiuntive svolte** - ai sensi della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità -, **dal personale sanitario** operante nelle citate aziende ed enti del Ssn, disponendosi, contestualmente, che tale incremento riguardi, **dal 2024 al 2026, tutte** le prestazioni aggiuntive svolte. Viene poi stabilito che l'aumento della tariffa possa arrivare fino a **60 euro lordi onnicomprensivi** (invece dei 50 previsti dal richiamato art. 11 del D.L. n. 34/2023), al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione.

Anche in tal caso vengono poi espressamente fatte salve le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive riguardanti il volume di prestazioni erogabili, l'orario massimo di lavoro ed i prescritti riposi (**comma 2**).

Per le finalità sopra indicate è autorizzata, per ciascuno degli anni **2024, 2025 e 2026** la spesa di **200 milioni di euro per il personale medico** e di **80 milioni di euro per il personale sanitario** del comparto. Al relativo finanziamento accedono tutte le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

Viene poi previsto (**comma 5**) che, in coerenza con le disposizioni di cui all'articolo 15-quattordicesimo del D.Lgs. n. 502/1992 - istitutive dell'Osservatorio per l'attività libero-professionale -, nonché del [Piano nazionale per il governo delle liste di attesa](#), di cui all'Intesa sancita nella Conferenza Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, relativa al blocco dell'attività intramoenia in caso di superamento del rapporto tra attività libero professionali ed attività istituzionali, l'Organismo paritetico regionale, istituito a seguito dell'adozione del citato Piano, presenta al Comitato Lea una relazione semestrale sullo svolgimento dell'attività intramoenia, da prendere in considerazione per la valutazione degli adempimenti relativi alle liste di attesa.

Articolo 43 (Rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica)

Qui si interviene, innanzitutto, sul **tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti**, il quale è rideterminato nella misura dell'8,5 per cento a decorrere dall'anno 2024 (+0,2 % rispetto alla disciplina vigente). In secondo luogo, ridetermina il **tetto della spesa farmaceutica convenzionata** nel valore del 6,8 per cento a decorrere dal medesimo anno (-0,2% rispetto alla disciplina vigente). Infine, conferma espressamente il valore percentuale del **tetto per acquisti diretti di gas medicinali** già previsto dalla normativa vigente, pari allo 0,2 per cento.

Articolo 44 (Modifiche alle modalità di distribuzione dei medicinali)

Il **comma 1** prevede che, al fine espresso di favorire gli assistiti nell'accesso al farmaco in termini di prossimità, entro e non oltre il 30 marzo 2024 e, successivamente, con cadenza annuale, l'Agenzia italiana del farmaco provveda ad un **aggiornamento del prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (Pht)**, individuando l'elenco vincolante di medicinali che per le loro caratteristiche farmacologiche possono transitare dal regime di classificazione A-PHT alla classe A(, nonché l'elenco vincolante dei medicinali del PHT non coperti da brevetto che possono essere assegnati alla distribuzione in regime convenzionale attraverso le farmacie aperte al pubblico. La misura è volta a incrementare i livelli di assistenza di prossimità, consentendo alla farmacie convenzionate col Servizio sanitario nazionale di dispensare farmaci ad oggi reperibili solo presso le farmacie ospedaliere, al primario scopo di favorire la dispensazione capillare del farmaco a favore della collettività attraverso la rete delle farmacie di comunità.

Il **comma 2** stabilisce che, a decorrere dal 1° marzo 2024, il sistema di remunerazione delle farmacie per il **rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale** è sostituito da una quota variabile e da quote fisse. Dette quote sono così determinate: **a)** una quota percentuale del 6% rapportata al prezzo al pubblico al netto dell'IVA per ogni confezione di farmaco (quota variabile); **b)** una quota fissa pari a euro 0,55 per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico non superiore a 4,00 euro; **c)** una quota fissa pari a euro 1,66 per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico compreso tra euro 4,01 e euro 11,00; **d)** una

quota fissa pari a euro 2,50 per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico superiore a euro 11,00; **e**) una quota fissa aggiuntiva pari a euro 0,1 per ogni confezione di farmaco appartenente alle liste di trasparenza. Quest'ultima quota è, dal successivo **comma 3**, rideterminata in euro 0,115 a decorrere dal 1° gennaio 2025.

In base al **comma 4**, al fine espresso di confermare e rafforzare la capillarità della rete delle farmacie sul territorio nazionale, sono, inoltre, riconosciute **ulteriori quote fisse**: **a**) una quota fissa aggiuntiva pari a euro 1,20 per ogni farmaco erogato dalle farmacie con fatturato Ssn al netto dell'Iva non superiore a euro 150.000,00; **b**) una quota fissa aggiuntiva pari a euro 0,58 per ogni farmaco erogato dalle farmacie - ad esclusione di quelle rurali sussidiate - con fatturato Ssn al netto dell'Iva non superiore a euro 300.000,00; **c**) una quota fissa aggiuntiva pari a euro 0,62 per ogni farmaco erogato dalle farmacie rurali sussidiate, con fatturato Ssn al netto dell'Iva non superiore a euro 450.000,00.

Si intende così valorizzare il servizio reso dalle farmacie a più basso fatturato - soprattutto ubicate nei piccoli centri urbani dove è preponderante la dispensazione di farmaci Ssn - che, nel corso degli ultimi anni, anche in ragione del calo della spesa convenzionata, sono state maggiormente esposte al rischio di chiusura.

Il **comma 5** stabilisce che, a decorrere dal 1° marzo 2024, **cessa l'applicazione di una serie di sconti**, ferme restando le quote di spettanza per le aziende farmaceutiche sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci essenziali, per malattie croniche ed equivalenti (con esclusione dei medicinali originariamente coperti da brevetto o che abbiano fruito di licenze derivanti da tale brevetto). La relazione tecnica quantifica in 77 milioni annui (53 per il 2024) l'onere derivante dal descritto nuovo sistema, coperto a valere sull'incremento del fabbisogno sanitario (art. 41).

Il **comma 6**, allo scopo espresso di operare periodicamente **la verifica di sostenibilità economica** delle previsioni di cui al presente articolo, demanda ad un decreto del Ministero della salute l'istituzione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, di un apposito **tavolo tecnico** che, a far data dal 1° marzo 2024 e con cadenza annuale, dovrà monitorare l'andamento della spesa connessa all'espletamento del servizio di dispensazione dei farmaci Ssn da parte delle farmacie. Si prevede che al tavolo tecnico anzidetto partecipino rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, dell'Agenzia italiana del farmaco, della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle farmacie, senza diritto alla corresponsione di compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati. In conseguenza delle innovazioni previste dai commi precedenti, il **comma 7** dispone **l'abrogazione, con decorrenza dal 1° marzo 2024, della disciplina in materia di remunerazione aggiuntiva delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale**, recata dai commi da 532 a 534 dell'articolo 1 della legge di bilancio 2023 (L. 197/2022), espressamente finalizzata a salvaguardare la rete di prossimità rappresentata dalle farmacie italiane.

Il **comma 8** prevede che, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, il Ministero della salute, sentita l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), predisponga **linee guida** dirette a definire modalità e tempistiche per l'attuazione della disciplina in materia di **aggiornamento dei prontuari terapeutici regionali**, di cui al richiamato all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158.

Articolo 45 (Misure per l'abbattimento delle liste d'attesa)

Si autorizzano Regioni e Province autonome a potersi avvalere fino al 31 dicembre 2024 delle misure previste all'articolo 42 (incremento tariffa oraria prestazioni aggiuntive personale medico e sanitario) del disegno di legge in esame, potendo coinvolgere anche le strutture private accreditate in **deroga** alla normativa vigente sui **limiti dati dal tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati**, come rideterminato dall'articolo 46, relativamente all'aggiornamento del tetto di spesa per tali acquisti, al fine di garantire l'attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa.

Il limite di spesa previsto per l'attuazione delle misure è fissato ad una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024.

Articolo 46 (Aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati)

Al fine di concorrere all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza, il limite di spesa indicato dal decreto 95/2012 (acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera), è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.

Articolo 47 (Proroga del finanziamento delle quote premiali in sanità)

Si prevede l'assegnazione in via transitoria, anche per l'anno 2024, delle **quote premiali** accantonate a valere sul **finanziamento del SSN a favore delle Regioni** che abbiano introdotto misure idonee a garantire l'equilibrio di bilancio, tenendo anche conto dei criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Limitatamente al 2024 viene inoltre disposto l'innalzamento di tale quota allo **0,5 per cento**.

Articolo 48 (Finanziamento per aggiornamento dei Lea)

Per consentire l'aggiornamento dei Lea è **vincolata una quota pari a 50 milioni di euro per l'anno 2024 e una quota pari a 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025**, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato come rideterminato dall'articolo 42 [Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale].

Articolo 49, commi 1-5 (Disposizioni in materia di lavoratori frontalieri e contributo al Servizio sanitario nazionale)

Ai commi da 1 a 3, introduce una forma di **compartecipazione alla spesa sanitaria**; quest'ultima è posta a carico: dei residenti in Italia che lavorano e soggiornano in Svizzera e che utilizzano il Servizio sanitario nazionale; di alcune categorie di lavoratori frontalieri operanti in Svizzera; dei familiari a carico delle due predette tipologie di soggetti. Si prevede che le risorse derivanti dalla citata compartecipazione alla spesa sanitaria siano destinate al **sostegno del servizio sanitario delle aree di confine** e prioritariamente a **beneficio del personale medico e infermieristico**, con modalità da definirsi con decreto interministeriale.

I commi 4 e 5 recano modifiche alla disciplina in materia di assistenza sanitaria per gli stranieri, relative all'importo minimo del **contributo dovuto dallo straniero che opti per l'iscrizione al Ssn in luogo della stipula di polizza assicurativa** e all'importo minimo del **contributo dovuto dagli stranieri soggiornanti con permesso di soggiorno per motivi di studio e dagli stranieri regolarmente soggiornanti collocati alla pari, ai fini della loro iscrizione facoltativa al Ssn**. Viene inoltre introdotto un **sistema di adeguamento degli importi** dei contributi anzidetti e si precisa la **destinazione** di questi ultimi.

Articolo 50 (Ulteriori misure in materia di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e dell'assistenza territoriale)

Al fine di supportare ulteriormente l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, la spesa massima autorizzata ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementata di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 350 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal Pnrr.

Per garantire quanto previsto dalla legge 38/2010 in tema cure palliative e terapia del dolore, a decorrere **dal 2024**, l'importo è **incrementato di 10 milioni di euro annui**.

Una quota delle risorse incrementalmente di cui all'articolo 42 [Rifinanziamento Ssn], pari a **240 milioni di euro per l'anno 2025 e a 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026** è destinata all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Articolo 50-bis (Fondo per l'Alzheimer e le demenze e Fondo per i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare)

La dotazione del Fondo per l'Alzheimer e le demenze viene incrementata di 4,9 milioni per il 2024 e di 15 milioni per ciascuno degli anni 2025 e 2026.

Viene istituito presso il Ministero della Salute un **Fondo per i test Next-Generation Sequencing** con una dotazione di 1 milione di euro per il 2024 per il potenziamento dei test di profilazione genomica come indagine di prima scelta o approfondimento diagnostico nelle **malattie rare** per le quali sono riconosciute evidenza e appropriatezza, o nei casi sospetti di malattia rara non identificata.

Nelle more dell'aggiornamento dei Lea, per consentire il potenziamento e l'accesso dei test **Next-Generation Sequencing di profilazione genomica dei tumori** per i quali sono disponibili farmaci prescrivibili con significativi livelli di evidenza e appropriatezza, il Fondo istituito con la manovra 2022 viene rifinanziato con 1 milione di euro.

Articolo 59 (Investimenti dell'Inail in edilizia sanitaria)

Si prevede una **specifica procedura per gli investimenti immobiliari dell'Inail destinati all'ammodernamento delle strutture sanitarie e all'ampliamento della rete sanitaria territoriale**. Si prevede che le iniziative di investimento per la realizzazione o l'acquisto di immobili destinati a tali finalità siano individuate con decreto ministeriale annuo, su proposta delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

Articolo 66, commi 2 e 3 (Contributo in favore dell'Istituto nazionale per la promozione della salute in favore delle popolazioni migranti)

Si autorizza la corresponsione di un contributo di **1 milione di euro**, a decorrere dall'anno 2024, in favore dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie

della povertà (Inmp), a valere sul Fondo sanitario nazionale, al fine di potenziare l'attività di prevenzione e assistenza sanitaria e sociosanitaria in favore dei soggetti che versano in condizioni di vulnerabilità sociale ed economica.

Il contributo viene destinato, tra l'altro, alle iniziative finalizzate dall'Inmp alla promozione delle conoscenze e delle competenze del personale sanitario e socio-sanitario del Ssn, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sulle tematiche preventive e assistenziali relative alla salute dei migranti e dei rifugiati in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità.

Il comma 3, con una modifica all'articolo 12-bis, comma 6, primo periodo del D.Lgs. n. 502/1992, inserisce l'Inmp tra i soggetti deputati a svolgere le attività di ricerca corrente e finalizzata.

Articolo 75, comma 1 (Attuazione dell'accordo con la Regione siciliana)

In attuazione dell'accordo con il Governo del 16 ottobre 2023, si determinano gli importi da attribuire alla Regione siciliana, **a decorrere dal 2024**, quale **concorso dello Stato** all'onere assunto dalla Regione stessa in relazione all'aumento del **finanziamento regionale alla spesa sanitaria** nel proprio territorio. Il contributo è determinato in importi progressivi, dai 350 milioni di euro per il 2024 ai 630 milioni annui a decorrere dal 2030.

Articolo 77 (Ripiano disavanzo regioni a statuto ordinario)

Nelle more dell'individuazione dei Lep e dell'attuazione del federalismo regionale, alle regioni a statuto ordinario che presentano un disavanzo di amministrazione pro capite al 31 dicembre 2021, al netto del debito autorizzato e non contratto, superiore a euro 1.500 è riconosciuto per gli anni 2024-2033 un **contributo annuo di euro 20 milioni**, da ripartire, in proporzione all'onere connesso al ripiano annuale del disavanzo e alle quote di ammortamento dei debiti finanziari al 31 dicembre 2021, al netto della quota capitale delle anticipazioni di liquidità, sulla base di specifica attestazione da parte di ciascun ente beneficiario, a firma del legale rappresentante dell'ente.

Il contributo è ripartito, con decreto del **Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro il 31 marzo 2024**. Ai fini del calcolo del disavanzo pro capite, si fa riferimento al disavanzo di amministrazione risultante dai rendiconti 2021, inviati alla banca dati delle amministrazioni pubbliche (Bdap) entro il 15 ottobre 2023, anche su dati di preconsuntivo. I contributi sono prioritariamente vincolati al ripiano della quota annuale del disavanzo e, per la quota residuale, alle spese riguardanti le rate annuali di ammortamento dei debiti finanziari.

L'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione, entro il 15 febbraio 2024, di un accordo per il ripiano del disavanzo tra il Presidente del Consiglio dei ministri o un suo delegato e il Presidente della Regione, in cui la Regione si impegna per tutto il periodo in cui risulta beneficiario del contributo ad assicurare, per ciascun anno o con altra cadenza da individuare nel predetto accordo, risorse proprie pari ad almeno la metà del contributo annuo, da destinare al ripiano del disavanzo e al rimborso dei debiti finanziari, attraverso parte o tutte le seguenti misure da adottare per il perimetro non sanitario del bilancio, da individuare per ciascuna Regione nell'ambito del predetto accordo.

Articolo 78 (Risorse per investimenti Regioni a statuto ordinario)

Al fine di favorire gli investimenti sono assegnati alle regioni a statuto ordinario contributi per investimenti diretti nel limite complessivo di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2024 al 2028. Le regioni a statuto ordinario utilizzano i contributi per la realizzazione di una o più opere pubbliche per la messa in sicurezza degli edifici e del territorio, per interventi di viabilità e per la messa in sicurezza e lo sviluppo di sistemi di trasporto pubblico, anche con la finalità di ridurre l'inquinamento ambientale, per la rigenerazione urbana e la riconversione energetica verso fonti rinnovabili.

Articolo 104 (Stato di previsione del Ministero della salute e disposizioni relative)

In un'ottica di risparmio si prevedono per il Ministero della salute risparmi di spesa di 13,8 milioni nel 2024, 19,7 nel 2025 e 21 nel 2026.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=119126

Pma nei Lea/ Salutequità: abbattere disomogeneità regionali e liste di attesa per sostenere i bisogni delle coppie

Non basta l'incertezza economica e lavorativa a rendere l'Italia il paese con il più basso tasso di natalità in Europa: un ruolo non indifferente è legato all'infertilità che l'Organizzazione mondiale della Sanità definisce "una patologia del sistema riproduttivo maschile o femminile definita dal mancato raggiungimento di una gravidanza dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali regolari non protetti" e che in Italia, secondo ISS, riguarderebbe il 15% delle coppie.

La buona notizia in questo senso è che l'Italia, stando al Progress report OMS "Action Plan for Sexual and Reproductive Health", è tra il 72% di Stati della Regione Europea dell'OMS che nel 2022 ha politiche o linee guida nazionali sull'infertilità negli uomini e nelle donne. Ma la cattiva notizia è che non fa parte di quel numero di Stati, meno di uno su 3 (31% ovvero solo 12 Stati membri), che offre il supporto finanziario per gli alti costi della fecondazione assistita a tutte le donne che ne hanno bisogno.

Le cose però potrebbero cambiare perché nel ventesimo compleanno della legge 40/2004, la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), entrata nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) nel 2017, potrà contare sulla definizione di tariffe e dal 2024 dovrebbe essere accessibile alle coppie che ne hanno bisogno.

Ma per raggiungere questo traguardo ci sono nodi da risolvere e Salutequità li ha analizzati attraverso il suo Osservatorio dedicando un focus proprio alla PMA.

"Dal primo gennaio entrano in vigore i nuovi LEA grazie al decreto tariffe e il SSN garantisce l'accesso alle prestazioni necessarie alle coppie per curare l'infertilità, ricomprendendo fecondazione assistita omologa e eterologa. E' verosimile che aumenterà appropriatamente la domanda, finora frenata, in particolare al sud del Paese, da difficoltà prevalentemente economiche.

*Un appuntamento al quale il SSN non può farsi trovare impreparato. Per partire col piede giusto è necessario agire sulle note disomogeneità in termini di offerta del SSN attualmente presenti; lavorare sull'appropriatezza dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infertilità; misurare le liste d'attesa per gestirle, governarle e offrire trasparenza alle coppie. In caso contrario le coppie non avranno più necessità di chiedere l'autorizzazione alla ASL di appartenenza e potranno recarsi in centri fuori regione, ma rischiamo ancora una volta di lasciare indietro quelle che non possono permetterselo", ha detto **Tonino Aceti**, presidente di Salutequità*

In ripresa l'attività di PMA, ma l'offerta risulta disomogenea

La Relazione al Parlamento di novembre mostra una ripresa tra il 2020 e il 2021 delle attività di PMA dopo il calo causato dal covid-19, che si è tradotta nell'aumento numero di cicli erogati, nell'incremento in termini assoluti del numero di bambini nati vivi grazie a tecniche di PMA e nella loro incidenza rispetto al totale delle nascite (4,15% nel 2021, 2,79% nel 2020 e 3,37% nel 2019).

Nel 2021 sono state trattate 86.090 coppie (di cui 75.856 con tecniche di secondo e terzo livello), per un totale di 108.067 cicli iniziati (+27.968 cicli rispetto al 2020) di cui 46.903 nel privato (35.459 nei centri pubblici, 25.705 nei privati convenzionati); e di 21.695 gravidanze (+7.233 rispetto al 2020).

I bambini nati grazie alla PMA nel 2021 sono stati 5320 in più rispetto al 2020, per un totale di 16.625: 15.330 sono nati da procedure di secondo e terzo livello (la fecondazione avviene in vitro, cioè all'esterno dell'apparato riproduttivo femminile); poco meno di un terzo, 5.021, con gameti donati. I problemi di iniquità sul territorio nazionale sono ribaditi anche dalla recente Relazione al Parlamento, che con le stesse parole di quella dello scorso anno, sottolinea che "Rimane la diversa distribuzione dei centri pubblici e privati convenzionati, più presenti nel Nord del Paese...."

Inoltre, un consistente numero di centri PMA di II e III Livello presenti sul territorio nazionale svolge un numero ridotto di procedure nell'arco dell'anno...Sarebbe auspicabile che i centri PMA fossero in grado di svolgere volumi di attività congrui in modo da garantire qualità, sicurezza e appropriatezza delle procedure nelle tecniche di PMA e che fossero equamente distribuiti su tutto il territorio nazionale per offrire il miglior livello di prestazione possibile.."

Ad erogare gli oltre 108mila cicli di PMA nel 2021 sono stati i 340 centri attivi in Italia: 221 privati, 100 pubblici e 19 privati convenzionati. La metà dei centri italiani (50,3%) è concentrata in 4 regioni: Lombardia (55 centri pari al 16,2% del totale); Campania (45 centri pari al 13,2%), Veneto (36 centri ovvero il 10,6%) e Lazio (35 centri pari all'10,3%).

E, come emerge dalla relazione al parlamento, "la presenza di centri pubblici è maggiore in alcune regioni del Nord (Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia) e del Centro (Marche); i centri privati sono in numero maggiore in quasi tutte le regioni del Sud e solo in alcune del Nord (Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna) e del Centro (Lazio); i 17 centri privati convenzionati sono quasi esclusivamente presenti in Lombardia (9) ed in Toscana (5)".

Volumi di attività e adeguatezza dell'offerta

Il numero di cicli effettuati su pazienti per milione di abitanti nell'anno 2021, sono un altro parametro importante per capire l'offerta regionale. Secondo la stima della società scientifica europea di riferimento, ESHRE, il fabbisogno di cicli è stimabile in almeno 1500 cicli per milione di abitanti. Stando a questo parametro, guardando la media Italia 2021, l'offerta risulterebbe adeguata perché pari a 1529 cicli per milione di abitanti (standard di adeguatezza >1.500).

Tuttavia, trattandosi di media nazionale le variabilità territoriali non mancano. Le Regioni che non raggiungono lo standard sono 14. Sono al di sotto dei mille cicli molte regioni del sud/isole (Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna, Liguria); fanno registrare i valori più bassi Marche (180), Molise (355), Sardegna (543). Superano i 1000 cicli, ma non raggiungono i 1500: Veneto (1113), Piemonte (1198), Friuli Venezia Giulia (1155) e PA Trento (1398). Oltre lo standard (1500 per milione di abitanti), Valle d'Aosta (4429), PA Bolzano (3380), Toscana (2961), Lombardia (2221), Lazio (2139), Campania (1559).

Anche i centri di PMA sono diversi tra loro in termini di volumi: solo 18 hanno svolto almeno 1.000 cicli e sono in Lombardia (5), Toscana e Lazio (3), Piemonte, Emilia Romagna e Campania (2), in Sicilia (1). Quelli più piccoli sono 61, erogano tra i 100 ed i 200 cicli, e si trovano soprattutto in Campania (12), Lazio (9), Veneto e Sicilia (8). Guardando all'offerta dei centri del SSN, il 42,3% di quelli pubblici ha dimensioni medie ed eroga fra i 200 ed i 500 cicli. L'82,4% dei centri privati convenzionati ha eseguito almeno 500 cicli, con il 41,2% che ne ha fatti più di 1.000.

Oltre un ciclo su 6 (62,1%) di tutti i cicli iniziati di fecondazione omologa di II e III livello è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): circa uno su tre (33,9%) nei centri pubblici e oltre uno su quattro (28,2%) nei privati convenzionati. Situazione capovolta per i cicli di fecondazione eterologa, per i quali circa i due terzi (72,6%) si svolge nei centri privati.

La PMA "transfrontaliera"

E nella PMA un altro fenomeno è quello della mobilità transfrontaliera. Le motivazioni che spingono i pazienti a rivolgersi all'estero sono vari e complessi, ma per semplificare la letteratura li riconduce a 4 categorie di motivazioni: 1) accesso, 2) costi, 3) regolazione normativa, 4) privacy. In queste motivazioni c'è anche la volontà di evitare i lunghi tempi di attesa, una realtà nei Paesi in cui le cure dell'infertilità sono incluse nel SSN. Secondo dati SIRU, Società italiana Riproduzione Umana, oltre 13mila coppie italiane si sono spostate per poter diventare genitori e si sono rivolti a strutture in Spagna, Grecia, Repubblica Ceca, Danimarca e Belgio. In particolare, a migrare sono le coppie interessate alla fecondazione eterologa, cioè la tecnica di PMA che utilizza gameti, ovuli o spermatozoi, prelevati da donatore esterno alla coppia.

Salutequità: le questioni da affrontare con urgenza

È verosimile ipotizzare che a fronte dell'inserimento nei LEA della PMA, la domanda sia destinata mente ad aumentare, ma, dati alla mano, sembra difficile, in assenza di azioni concrete, farci trovare pronti dal 1° gennaio a dare risposte adeguate in termini quantitativi e a garantire equità di accesso alle coppie.

1. L'aumento di domanda appropriata da parte delle coppie prevedibile, se non accompagnato da un adeguamento della risposta nei diversi territori regionali, potrebbe portare a barriere nell'accesso dovute ad un aumento delle liste d'attesa e/o della mobilità, con disparità legate a residenza, fattori socioeconomici, etc. È importante sottolineare che l'adeguamento dell'offerta non si basa sulla sola numerosità dei centri, ma anche sul dimensionamento del personale e sull'adeguamento delle dotazioni strumentali.

2. È indispensabile agire anche sull'appropriatezza e sulla definizione di percorsi di tutela della salute riproduttiva e di presa in carico dell'infertilità. A partire dalle linee guida è importante definire i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura coinvolgendo tutti i professionisti e i servizi a vario titolo coinvolti.

3. L'incertezza del costo per la fecondazione eterologa, che varierà tra le Regioni anche in forza degli accordi regionali per l'importazione dei gameti, potrebbe continuare a spingere le coppie alla mobilità nazionale, verso le regioni che chiederanno un contributo inferiore. Il Ministero della salute ha stimato un costo fino a 1500 euro.

4. Prevedere il monitoraggio dei tempi di attesa e renderli pubblici e consultabili da parte delle coppie, mutuando anche da positive esperienze regionali in atto.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-06/pma-lea-salutequita-abbattere-disomogeneita-regionali-e-liste-attesa-sostenere-bisogni-coppie-145435.php?uuid=AFZpbHwB&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanita.it**

Le grandi ipocrisie sul Ssn

Roberto Polillo

Gentile direttore,

due grandi ipocrisie inquinano da anni il dibattito pubblico sulla crisi del SSN. La prima consiste nello svilente stratagemma di attribuirne costantemente la responsabilità ai governi precedenti e mai a quello in carica. La seconda nell'assunzione che, stante le condizioni date, non si possa fare nulla di meglio e che gli aggiustamenti potranno avvenire solo con il tempo e solo se il governo in carica si manterrà stabile. Due tesi che danno una lettura della realtà distorta e che fundamentalmente tendono a mantenere un'opportunistico status quo che deresponsabilizza la politica e perpetua profonde e crescenti diseguaglianze di salute tra i cittadini.

La desertificazione del SSN

La desertificazione del SSN di cui, insieme ad altri, ho cominciato a parlare già molti anni fa, promovendo tra l'altro con il quotidiano online "il diario del lavoro" un convegno con questo titolo presso il CNEL, è ormai un fatto compiuto.

Le risorse finanziarie messe oggi a disposizione, con grande enfasi dell'attuale governo, nella realtà non sono sufficienti neanche per compensare gli aumenti indotti da inflazione e caro energia.

Quelle professionali sono invece un esercito in rotta che fugge dagli ospedali, diserta i concorsi e cerca salvezza all'estero: dalla Svizzera ai paesi del Nord Europa per finire a quelli arabi che, con grande munificenza, offrono compensi tre volte superiori ai nostri, vitto, alloggio e biglietti aerei "all inclusive".

La causa di questo depauperamento senza precedenti delle componenti strutturali del SSN è della politica.

Una politica, senza sostanziali differenze di colore, che ha deliberatamente scelto di abbandonare al proprio destino un servizio sanitario pubblico di cui le élites politiche (di governo e opposizione) non hanno più da tempo bisogno in caso di necessità.

Non serve dunque chiamare in causa i poteri forti governati dall'ineffabile Soros, ma rivolgere lo sguardo al nostro cortile di casa e alle scelte fatte e non fatte per mantenere il consenso di cui si dispone non scontentando i propri elettori con l'imposizione di comportamenti responsabili.

Un sistema duale e la rete di salvataggio delle strutture private e accreditate.

Esiste ormai un sistema "duale" forse più ipocrita di quello made in USA, dove le condizioni di accesso sono chiare nella loro spietatezza.

Il sistema dei "privilegiati" e dei "diversamente eguali" che hanno accesso alla grande rete degli ospedali privati o di quelli accreditati attraverso percorsi diretti o semplificati (polizze assicurative, conoscenze e raccomandazioni) e il sistema dei cittadini chiunque "solo formalmente eguali" che rimangono nei pronto soccorso giorni prima di riuscire a conquistare un posto letto di degenza ordinaria.

Una condizione mortificante e non priva di conseguenze come dimostra un recente studio su JAMA Medicine da cui emerge un aumento del 40% della probabilità di morire entro un mese per gli over 75 che passano una notte nei dipartimenti di emergenza in attesa di un posto letto in corsia.

Un sistema sottofinanziato per scelte di politica fiscale

In un paese dove il debito pubblico ha ormai raggiunto il 146% e il costo per interessi è di 80 miliardi annui non esistono modi con cui finanziare adeguatamente il nostro SSN che non passino per il recupero, oggi possibile, dell'evasione fiscale e un rafforzamento dell'imposizione a carico delle grandi ricchezze. Questa è l'unica strada per reperire quelle risorse (4/5 miliardi annui per almeno un quinquennio) indispensabili per rianimare il corpo ormai esangue della sanità pubblica.

Basterebbe dunque poco: recuperare un decimo o meno dell'evasione fiscale (80/100 miliardi annui) e imporre per un quinquennio una tassa di solidarietà sulle ricchezze superiori ai 100 milioni annui sul modello Spagnolo per trovare le risorse non altrimenti reperibili.

Una scelta che solo la politica potrebbe fare e che invece non fa e non farà per non scontentare la massa di elettori che non vogliono pagare il giusto: quel giusto che il presidente del consiglio, dando loro supporto, ha derubricato a pizzo di stato.

Le risorse immateriali, Marcel Mauss e il cerchio del kula

Ancora più ipocrita la posizione di chi sostiene che, risolto il problema finanziario, tutto riprenderebbe a marciare.

In questo caso ci si illude o si finge di non vedere che l'investimento in risorse immateriali (ruolo, autonomia professionale, status etc) e gli atti che se conseguono (riforma del rapporto di lavoro, della contrattazione e della governance delle aziende) ha un'importanza di non minore rilievo e che questo è la premessa indispensabile per rifondare una sanità ormai logora.

Questi signori dovrebbero sapere che i rapporti economici seguono e non precedono altri tipi di transazioni come hanno evidenziato già molti anni orsono molti studi di antropologia

Magistrali quelli condotti da Marcel Mauss osservando il mondo primitivo e le tribù delle isole Trobrand.

In quei paesi, Mauss dimostrò ampiamente come le relazioni economiche e il commercio di beni con le altre popolazioni potessero avvenire solo dopo lo scambio di doni rituali; oggetti di nessun valore materiale ma saturati di altissimo valore simbolico.

In quei contesti nessuna transizione economica poteva realizzarsi se prima che fosse stato consolidato un legame sociale; un reciproco riconoscersi che valeva come una moneta simbolica indispensabile per realizzare lo scambio mondano.

Anche nel nostro caso quelle regole sono valide e si può certamente aumentare il salario del personale sanitario ma si illude chi pensa che solo questo sia sufficiente per arginare il loro esodo dalle strutture sanitarie e dal paese.

Per arrestare questa fuga da Alcatraz questo serve altro per fortuna; serve un'altra moneta che non suoni di latta e che vada oltre la brutta mercificazione del lavoro professionale.

Una riforma complessiva del ruolo dei sanitari e della governance aziendale

Abbiamo più volte espresso il concetto che il nostro SSN è in crisi, ma non dobbiamo dimenticare che nell' etimo della stessa parola è anche contenuta la sua soluzione. "Crisi", infatti, rimanda a due altre parole dense di conseguenze: "scelta" e "decisione".

Si esce dunque dalla crisi scegliendo e decidendo di rinnovare profondamente quel che non va della governance del nostro sistema.

Un profondo cambiamento che si realizza solo iniettando dosi significative di democrazia partecipata in tutto il sistema.

Agendo con decisione su ciascuno dei diversi livelli di scomposizione: quella macro dei rapporti istituzionali tra stato, regioni ed enti locali stabilendo una reale bilateralità; quello meso dello statuto dell'azienda portandola fuori dal monocratismo dittatoriale del direttore generale; quello micro della relazione tra il sanitario l'amministrazione e il paziente valorizzando la qualità e il miglioramento Bottom up.

Ancora sulla riforma Bindi e su quello che ne è seguito

Ho più volte sostenuto che la riforma ter del SSN (L.229/99) ha rappresentato una svolta importante, sebbene i suoi effetti siano stati fortemente e precocemente mutilati dalla riforma del Titolo V immediatamente successiva.

Con quella riforma furono sanciti alcuni principi, purtroppo rimasti sulla carta, come appropriatezza, prioritarizzazione e governo clinico; istituti di importanza vitale per una conduzione condivisa della cosa pubblica

Con quella riforma si posero le basi per la partecipazione dei medici alla vita aziendale che il successivo contratto, di cui fui firmatario per conto di FP Cgil Medici, trasformò in precise norme sulla concertazione e sull' obbligo dell'accordo tra le parti.

Strumenti di grande innovazione purtroppo fatti a stracci da Renato Brunetta e mai reintrodotti dai successivi ministri della Funzione pubblica

Con quella stessa legge, voglio ricordare ancora una volta, gli assistenti medici furono sanati e i loro aumenti salariali furono del 50% mentre per le altre qualifiche si superò ampiamente il 35%.

La politica in quel caso riprese la sua autonomia avendo in mente una nuova idea di sanità.

Certo ci furono delle cadute e tra queste una grave carenza sull' effettivo controllo dell'intramoenia e sul rapporto tra i volumi da rispettare tra attività istituzionale e attività privata. Una funzione che tuttavia doveva essere a capo delle regioni e non dello stato centrale.

Il sistema in ogni caso fu migliore del precedente quando l'accesso ai reparti passava dallo studio privato del primario.

Questo è quanto avveniva nei reparti di un ex ospedale di Roma dove ho lavorato per anni e dove la stanza più prossima alla medicheria, la migliore, era la "clinichetta" privata del direttore del reparto.

Una sconcezza che l'intramoenia non ha risolto ma sicuramente mitigato. E queste furono le ragioni per cui alla fine di una lunga trattativa firmai il contratto che la disciplinava.

L'autonomia del politico e la deriva del paese

Esiste una dimensione del politico che consiste nella sua capacità di assumere decisioni proponendo al paese visioni, prospettive e impegni da raggiungere anche rinunciando a qualcosa pagando con senso di responsabilità tasse e tributi per il benessere collettivo

Di tutto questo oggi non c'è traccia.

Siamo un paese che invecchia, che vive di meno e si ammala di più.

L'attesa di vita alla nascita è crollata in pochi anni e l'Italia è passata dal secondo al nono posto della classifica.

La mortalità per tumore ha drammaticamente alzato la testa e gli screening sono drasticamente diminuiti. Le strade delle nostre città sono diventate una lunga vetrina di bar, vinerie, pub e ristoranti dove, a tutte le ore del giorno e della notte si mangia, si consuma alcoolici e si fuma incuranti delle esalazioni emesse dai tubi di scappamento delle auto.

La politica ha reso obsoleta la stessa idea di salute disinvestendo sulla sanità pubblica, incoraggiando stili di vita sbagliati e proponendo un individualismo rancoroso verso gli stranieri, i poveri e i più fragili.

Abbiamo messo ampiamente le basi per una prossima tragedia ballando sul ponte di una nave che affonda in cui non si potrà più garantire nulla ai propri cittadini.

Una deriva che è politica, sociale e che purtroppo sta diventando anche antropologica.

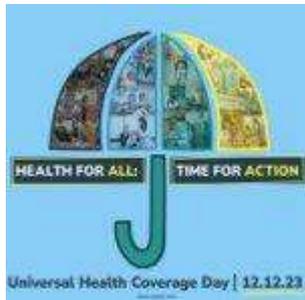
Da qui dovrebbe ripartire la buona politica proponendo un paese diverso che prioritarizza diritti, salute per tutti e che responsabilizza i cittadini a impegnarsi in prima persona per rilanciare la coesione sociale.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119063

quotidianosanita.it

Giornata mondiale copertura sanitaria universale. Oms: “Investire in sistemi sanitari resilienti, basati su una forte assistenza sanitaria di base”

Metà della popolazione mondiale non ha accesso completo ai servizi sanitari essenziali e 2 miliardi di persone si trovano in difficoltà finanziarie o si sono impoverite a causa della spesa sanitaria diretta. “Senza un’azione urgente, questi divari non potranno che ampliarsi”, mette in guardia l’Oms, che sta lavorando con i Paesi per “riorientare i sistemi sanitari verso un’assistenza sanitaria di base che può salvare 60 milioni di vite entro il 2030”.



12 DIC - Oggi è la [Giornata internazionale della copertura sanitaria universale](#). A celebrarla anche l’Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), che in una nota invita i Governi a “dare priorità agli investimenti per costruire sistemi sanitari resilienti e salvaguardare la salute e il benessere di tutte le persone, ovunque”.

“In un mondo sempre più turbolento, il cambiamento climatico, le emergenze e altri generi di shock avranno un impatto ancora maggiore sui sistemi sanitari e sulle persone che hanno più bisogno di assistenza”, spiega l’Oms ricordando che già oggi “metà della popolazione mondiale non è completamente coperta dai servizi sanitari essenziali e 2 miliardi di persone si trovano ad affrontare difficoltà finanziarie o si sono impoverite a causa della spesa sanitaria diretta. Senza un’azione urgente, questi divari non potranno che ampliarsi”

L’Oms rivendica quindi la sua missione e i suoi obiettivi: “E’ nata 75 anni fa sulla convinzione che la salute sia un diritto umano. E il modo migliore per realizzare questo diritto è la copertura sanitaria universale”, afferma il Direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus. “Investire in sistemi sanitari resilienti, basati su una forte assistenza sanitaria di base, è

il percorso più inclusivo, equo ed economicamente vantaggioso verso la copertura sanitaria universale”. Sistemi in grado di ridurre il carico di malattie nel mondo ed evitare milioni di morti aggiuntive ogni anno previste a causa della crisi climatica, dei rischi ambientali evitabili e delle complesse emergenze sanitarie.

L’Oms ricorda quindi di essere al lavoro con i Paesi per riorientare i sistemi sanitari verso un’assistenza sanitaria di base che possa rappresentare un passo in avanti verso una copertura sanitaria universale. Un approccio che, spiega l’Oms, “può aiutare a fornire il 90% dei servizi sanitari essenziali salvando 60 milioni di vite entro il 2030”.

Intanto dall’ultimo rapporto dell’Oms Europa [“Le persone possono permettersi di pagare l’assistenza sanitaria?”](#) emerge in solo 23 paesi sui 40 Paesi dell’area europea dell’Oms presi in considerazione assicurerebbero la copertura sanitaria ad oltre il 99% della popolazione. “L’incidenza della spesa sanitaria catastrofica è 3 volte superiore nei paesi con divari nella copertura della popolazione rispetto ai paesi che coprono oltre il 99% della popolazione”. E ancora, nella maggior parte dei Paesi in esame (28), l’incidenza della spesa sanitaria catastrofica è aumentata nel tempo, con una media del +1,7%. Nei restanti 12 paesi, l’incidenza della spesa sanitaria catastrofica è diminuita in media di 1,8%.

La quota di famiglie impoverite o ulteriormente impoverite a causa della spesa out of pocket varia da meno dell’1% di famiglie in Belgio, Irlanda, Spagna, Slovenia e Regno Unito a oltre il 4% in Bosnia-Erzegovina, Georgia, Ungheria, Italia, Lettonia, Lituania, Montenegro, Repubblica Moldova e Romania, fino a raggiungere oltre il 7% in Albania, Armenia, Bulgaria, Serbia e Ucraina, con un valore medio del 3% nel complesso e del 2% per l’Ue.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=118983



Cosa vuol dire “Prestazione universale”

Tiziano Vecchiato

Si può rinunciare all’indennità di accompagnamento in cambio della “prestazione universale”? Ovvero di una determinata quantità di servizi, definita secondo i bisogni assistenziali di una persona. Oggi il legislatore sa che non può mettere in discussione i diritti acquisiti e propone di scegliere quello che si ritiene più rispondente alle necessità personali. Ma la libertà di scelta sarà vantaggiosa o perdente?

La prestazione universale

La prestazione universale è descritta dalla L. 33/2023 (leggi [qui](#)), all’art.5 c2 come “introduzione, anche in via sperimentale e progressiva, per le persone anziane non autosufficienti che optino espressamente per essa, prevedendo altresì la specifica disciplina per la reversibilità dell’opzione, di una prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, di valore comunque non inferiore alle indennità e alle ulteriori prestazioni di cui al secondo periodo, nell’ambito delle risorse di cui all’articolo 8. Tale prestazione, quando fruita, assorbe l’indennità di accompagnamento, di cui all’articolo 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, e le ulteriori prestazioni di cui all’articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234”.

È quindi un’evoluzione della specie tradizionalmente chiamata “indennità di accompagnamento”. È stata introdotta oltre 50 anni fa come forma di “indennizzo” dell’incapacità istituzionale di garantire risposte ai bisogni e ai diritti delle persone con problemi di inclusione sociale.

Il riconoscimento della “indennità di accompagnamento” risale al 1968 (L. 28 marzo n. 406/1968 – Norme per la concessione di una indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti). Poi è stata estesa agli invalidi civili totalmente inabili (L. 11 febbraio 1980, n. 18) e ulteriormente articolata dalla L. 21 novembre 1988, n. 508 “Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti”. Interessante notare che già molti anni fa si prevedeva l’opzione: “Resta salva per l’interessato la facoltà di optare per il trattamento più favorevole” (art. 1 comma 5, L. 21 novembre 1988, n. 508).

Nelle intenzioni della L. 33/2023 la possibilità di optare significa cercare di bilanciare le prestazioni economiche con i servizi. Da sempre la diffusa prevalenza di trasferimenti monetari senza servizi non garantisce aiuti adeguati alle persone che ne hanno bisogno e diritto. È un passaggio non facile, sul piano culturale e giuridico, perché negli anni '60 del Novecento l'idea di dare un'indennità riguardava molti ostacoli e barriere quotidiane che discriminavano le persone con disabilità nella mobilità, nella partecipazione e nell'inclusione sociale, senza poter offrire servizi degni di questo nome. Nei decenni successivi si è fatto molto per abbattere le barriere fisiche che avevano giustificato questo indennizzo.

La libertà di scelta sarà vantaggiosa o perdente?

Oggi il legislatore sa che non può mettere in discussione i diritti acquisiti e propone di scegliere quello che si ritiene più rispondente alle necessità personali. Ma la libertà di scelta sarà vantaggiosa o perdente? In una società con tante persone anziane c'è molto bisogno di servizi domiciliari. La domanda insoddisfatta è enorme (almeno un milione di persone nelle stime Pnrr che diventano 2 milioni stimati con indicatori epidemiologici). Sarà allora molto probabile trovarsi fra i perdenti che avranno scelto servizi, che però non riceveranno a causa della diffusa difficoltà di portarli nelle case delle persone.

Conviene allora chiedersi prima di tutto quali saranno "i servizi garantiti dalla prestazione universale". Riguarderanno le risposte garantite dai Leps (Livelli essenziali delle prestazioni sociali)? oppure riguarderanno le risposte garantite dai Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria)? La prestazione universale riguarda i primi (Leps finanziati dall'assistenza sociale) e non i secondi (Lea "garantiti" dal fondo sanitario). In sostanza chi rinuncia all'indennità lo fa per ottenere maggiori risposte di assistenza sociale di tipo Leps, che però ora non riceve, o anche integrarle con quelle tipo Lea erogate e finanziate dal servizio sanitario nazionale?

Sono differenze sostanziali e da non sottovalutare, per non rinunciare a un indennizzo che consente di comprare nel mercato quello che l'offerta pubblica non garantisce in modo adeguato. Per ora i Leps non prevedono risposte aggiuntive rispetto a quanto oggi erogato dai servizi sociali domiciliari. È una mancanza che potrà essere superata dichiarando un nuovo sistema di classificazione delle risposte garantite dai Leps. Quello attuale infatti è molto generico e non orientato in questa direzione.

Diritti che regrediscono in opportunità

Alla luce di queste preoccupazioni, va seriamente preso in considerazione il contesto organizzativo in cui potrà avvenire la negoziazione, tenendo conto che i contenuti della prestazione universale sono "negoziabili in sede progettuale". Significa che potranno rivelarsi discrezionali visto che spesso gli accordi progettuali nei servizi alle persone non vengono rispettati. Lo spazio di negoziazione previsto dalla legge è definito "progettazione personalizzata", un setting dove negoziare contenuti, tempi, modalità erogative. Ma questa dinamica è spesso sbilanciata: da una parte il potere di chi può aiutare e dall'altra la fragilità di chi chiede aiuto. Nelle negoziazioni sbilanciate il più debole può trovarsi costretto a subire quello che gli viene proposto vedendo "regredire i propri diritti in opportunità negoziali di tipo progettuale".

La differenza non è di poco conto: i diritti non possono essere opportunità discrezionali. Le persone che vivono in condizioni di ridotta autonomia potranno cioè ricevere meno di quanto ricevono oggi, nei modi e tempi condizionati dalle risorse a disposizione. Chi propone accordi progettuali di solito promette flessibilità e personalizzazione. Ma quando si fanno accordi con poche risorse (quelle previste non sono adeguate alla sfida) la discrezionalità nell'utilizzarle indebolirà inevitabilmente il sistema di fiducia necessario perché l'impianto giuridico e professionale del decreto non fallisca.

Con progetti personalizzati

Sono considerazioni che nascono dalla lettura del recente decreto legislativo: «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato». È stato approvato in via preliminare dal Consiglio dei ministri il 3 novembre 2023. Dovrà acquisire l'intesa della Conferenza unificata, il parere del Consiglio di Stato, i pareri delle Commissioni della Camera e del Senato per poi essere varato in concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali, dell'economia e delle finanze e della salute, per gli affari e le autonomie.

Un analogo decreto sarà emanato in attuazione della legge n. 33 del 23 marzo 2023 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", che in particolare all'art. 5 prevede una Delega al Governo in materia di "politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti". Non si può pensare che il futuro decreto sarà in conflitto con le previsioni di quello che stiamo commentando. Riguarda le persone con disabilità, anche quelle che al raggiungimento dei 65 anni potranno rivendicare il diritto alla continuità e alla portabilità dei

diritti acquisiti. Con questa doppia chiave di lettura, vediamo alcuni passaggi del provvedimento per meglio capire le potenzialità e criticità. All'art. 2 opportunamente si "definisce di cosa si sta parlando".

A titolo esemplificativo proponiamo due definizioni:

- 2 c.1 lett. m) il Progetto della persona con disabilità "partendo dai suoi desideri aspettative e preferenze, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, gli interventi, i servizi, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri".
- Alla lettera o) dello stesso articolo si aggiunge il «budget di progetto»: "insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, da destinare al progetto di vita".

Infine, l'Art. 28 c. 2 completa il quadro: "La predisposizione del budget di progetto è effettuata secondo i principi della co-programmazione, della co-progettazione con gli enti del terzo settore, dell'integrazione e dell'interoperabilità nell'impiego delle risorse e degli interventi pubblici e, se disponibili, degli interventi privati". Sono esempi che fanno immaginare un reticolo di attenzioni, condensate in un testo di 38 articoli dove l'espressione "progetto" ricorre 83 volte, a riprova dell'enfasi dedicata a questo tema. Non sarà facile gestire negoziazioni e accordi dove sono coinvolti anche portatori di interessi pubblici e privati che offrono servizi. Potranno confondere i mezzi con i fini, il co-progettare con il co-promettere, il concordare al ribasso rendendo insicura e arbitraria la tutela dei più deboli.

Serve un diritto gentile

Diventa allora necessario ripartire da un "diritto gentile". Se al centro c'è realmente la persona, l'aggettivo "gentile" non equivale a "debole" ma a "forte ed esigente" proprio per essere gentile con chi ne ha più bisogno, e perciò diritto. Parte dalla conoscenza e dalla comprensione delle condizioni umane. Ascolta e si interroga sui diritti da garantire, sulle condizioni vitali necessarie, sapendo che le ricadute positive delle norme non sono scontate perché non dipendono solo da come sono scritte. Paolo Zatti, che oltre dieci anni fa ha avviato questa grande ricerca, ricordava già nel 1998 che: «è ambigua la tendenza a proporre disegni di legge di complessa e troppo minuziosa struttura, di difficile approvazione, di problematica gestione: con i risultati d'impotenza e di crescente forza dei fatti che tutti conosciamo». La struttura del decreto in effetti è complessa, minuziosa, puntigliosa e per questo rientra nei rischi appena descritti. Gli approcci chiari e luminosi nascono da una cultura illuministica e spesso si condannano a non dare buona prova di sé in ambito sociale.

Avviene quando separano la verità giuridica dalla verità esistenziale, invece necessarie per qualificare le scelte di cui stiamo parlando. La stessa idea di NA (Non Autosufficienza) utilizzata nelle due deleghe incoraggia una lettura negativa delle persone che vivono in questa condizione, sottovalutando le capacità che ogni persona ha a disposizione. La ragione è costituzionale perché anche chi è classificato NA, ieri come oggi, può rivendicare il diritto di avere doveri e di esercitarli "aiutandosi", con le capacità e la dignità riconosciutegli dalla Costituzione. Il danno può avvenire maneggiando i diritti progettuali, tecnicamente a scadenza, che facilmente possono degradare in opportunità burocratizzate, fatte di prestazioni povere di umanità.

È il rischio della personalizzazione, quando espone i più deboli al potere di chi promette ma poi non garantisce risultati esistenziali, erogando prestazioni e non soluzioni. Può così vincere il prestazionismo remunerato che non umanizza la vita delle persone. Ma a chi conviene?

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/12/cosa-vuol-dire-prestazione-universale/>

La sanità nella Legge di bilancio

Nerina Dirindin e Enza Caruso, Associazione Salute Diritto Fondamentale

Il Governo si limita a porre qualche toppa ad alcuni problemi, ignorando le difficoltà più profonde del Servizio sanitario nazionale, come quella del personale. L'unica attenzione è ad alcuni portatori di interesse: industria farmaceutica, farmacie e privato accreditato.

Il disegno di legge di bilancio per il 2024, ora all'esame del Parlamento, definisce come il Governo intende affrontare le gravi difficoltà che incontrano le persone che hanno bisogno di assistenza. Purtroppo, la manovra è molto deludente. Gli interventi proposti, sotto la rubrica dal titolo burocratico "per il potenziamento dell'assistenza sanitaria" (Capo I del Titolo VI, Sanità), mancano di una visione complessiva, di una strategia di rafforzamento graduale del Ssn o anche solo di miglioramento di parte dell'assistenza offerta alla popolazione. Le poche misure proposte testimoniano il disimpegno rispetto alle difficoltà che stiamo attraversando, come se il loro rinvio potesse di per sé portare alla soluzione dei problemi.

Il Governo si limita infatti a porre qualche toppa ad alcuni problemi (quelli più vistosi) e a intervenire con sollecitudine su altri (quelli con un maggior ritorno politico), ignorando le difficoltà più profonde del Ssn, L'unica attenzione è ad alcuni portatori di interesse (industria farmaceutica, farmacie e privato accreditato), senza cogliere l'occasione per rinnovare e dare prospettive al sistema. Tanto – questa è l'immagine che ne emerge – le persone stanno gradualmente imparando ad arrangiarsi di fronte alle carenze della sanità pubblica, mentre le logiche del mercato stanno lentamente portando a una sostituzione di parte del servizio pubblico con i produttori privati e le coperture assicurative. Derive che dovremmo contrastare e non assecondare: qualche toppa qua e là non può che peggiorare il clima di sfiducia che attraversa cittadini e professionisti.

Ma cosa contiene la legge di bilancio? La ricostruzione delle norme è contenuta nella tabella 1.

Tab.1 - Finanziamento del Ssn e spesa programmatica: come cambia con la LB 2024

	2023	2024	2025	2026
Finanziamento FSN a LV 2023 (*)	128,910	131,021	131,399	131,491
Incremento indistinto FSN LB 2024 (**)		3,000	4,000	4,200
Personale SSN		2,680	2,930	3,030
<i>Stima CCNL e convenzioni (***)</i>		<i>2,400</i>	<i>2,400</i>	<i>2,400</i>
<i>Assunzioni in deroga per standard DM 77/22</i>			<i>250</i>	<i>350</i>
<i>Liste di attesa (Tariffe orarie prestazioni aggiuntive Medici)</i>		<i>200</i>	<i>200</i>	<i>200</i>
<i>Liste di attesa (Tariffe orarie prestazioni aggiuntive Comparto)</i>		<i>80</i>	<i>80</i>	<i>80</i>
Privati accreditati		363	368	490
<i>Aumento tetto spesa per acquisti di prestazioni da privati</i>		<i>123</i>	<i>368</i>	<i>490</i>
<i>Liste attese (max prestazioni da privato accreditato) (****)</i>		<i>240</i>		
Modifiche remunerazione delle farmacie		53	77	77
Aggiornamento LEA		50	200	200
Altre misure		11	251	321
<i>Obiettivi di carattere prioritario</i>			<i>240</i>	<i>310</i>
<i>Cure palliative</i>		<i>10</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
<i>Contributo Migranti INMP</i>		<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Finanziamento FSN LB 2024 (*)(**)		134,021	135,399	135,691
Spesa tendenziale NADEF 2023	134,734	132,946	136,701	138,972
Spesa programmatica 2024		136,103	140,527	143,090
		3,157		
Spesa in % del Pil	6.6%	6.4%	6.4%	6.3%

Fonte: ns elaborazioni su Documenti di finanza pubblica

(*) Il FSN include gli effetti del d.l. 34/23, e i precedenti incrementi del Fondo farmaci innovativi; dei contratti specializzandi, delle borse MMG (5) e il bonus psicologico (8) di cui al d.l. 115/22

(**) Include le somme necessarie al rinnovo del CCNL nel pubblico impiego

(***) Stime UPB di cui 2.040 mln per personale dipendente e 360 mln per medici convenzionati

(****) La quota massima per la riduzione delle liste di attesa è lo 0,4% FSN (circa 520 mln)

In primo luogo, il Ssn può contare su più risorse (rispettivamente 3, 4 e 4,2 miliardi per gli anni 2024, 2025 e 2026). Complessivamente, il Fondo sanitario 2024 raggiunge 134 mld, una cifra che – è vero – è la più alta mai raggiunta in passato, ma insufficiente per l'ordinario funzionamento del Ssn. Infatti, il rinnovo dei contratti di lavoro (finalmente chiusi) e delle convenzioni con i Mmg costerebbe almeno 2,4 miliardi (l'incremento del 5,78%

per le retribuzioni nella pubblica amministrazione è insufficiente a coprire l'inflazione registrata nel triennio) e **gli altri interventi disposti dalla nuova legge di bilancio valgono oltre 750 milioni (liste di attesa, aumento tetto ai privati, prestazioni aggiuntive richieste al personale del SSN, ecc.).**

Il risultato è che le aziende sanitarie potranno contare nel 2024 su un finanziamento al netto dell'inflazione e delle poste di cui sopra inferiore (di oltre 1 miliardo) a quello disponibile per il 2023.

In secondo luogo, emerge un Ssn che ha a cuore più i farmaci che il proprio personale. Non manca infatti la reiterata revisione dei tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica: l'aumento del tetto per gli acquisti diretti, con contestuale riduzione del tetto della convenzionata, libera spazi attualmente sottoposti a payback per l'industria farmaceutica comportando maggiori costi per le aziende sanitarie che si caricano la metà dello sfondamento (art. 43), stimabili in un centinaio di milioni.

Nel 2024 entra in vigore anche il nuovo sistema di remunerazione delle farmacie, che riduce la percentuale sul prezzo dei farmaci e affianca ad essa una quota fissa per confezione comunque crescente con il prezzo, e ulteriori quote incentivanti i farmaci equivalenti. Il nuovo metodo, che peraltro sopprime gli sconti a carico delle farmacie (circa 540 mln nel 2022), potrebbe generare maggiori oneri, tanto è vero che si prevede un tavolo tecnico per verificare periodicamente la sostenibilità economica dell'intervento (art. 44). In entrambi i casi, tuttavia, la relazione tecnica stima che non ci siano maggiori oneri.

Sul personale del Ssn – la vera grande debolezza strutturale – la legge non interviene, se non in maniera risibile (art. 42): non allenta i tetti massimi di spesa, ma si limita a chiedere più prestazioni aggiuntive in intramoenia a chi è già in servizio per contribuire a ridurre le liste di attesa (entro il tetto di 280 milioni), pur sapendo che spesso si tratta di personale stremato dalla carenza di organico e da pesanti condizioni di lavoro, soprattutto in alcuni settori. **Purtroppo, non basta prevedere un aumento della tariffa oraria di medici e infermieri per risolvere il problema delle liste d'attesa:** gli operatori chiedono di poter lavorare meglio, di poter smaltire le ferie arretrate, non di fare più straordinario. La legge non lascia intravedere alcuna strategia neanche per dare prospettive a chi, se dipendente, potrebbe prendere in considerazione l'idea di lasciare il Ssn o, se neo specializzato, potrebbe non partecipare a un concorso del Ssn.

La Legge di bilancio, in deroga ai tetti di spesa del personale vigenti e in aggiunta alle risorse già disposte con la Legge di bilancio per il 2022, interviene per rafforzare le assunzioni di personale per l'assistenza territoriale e l'attuazione degli standard del DM 77/22 con 250 mln nel 2025 e 350 mln a decorrere dal 2026 (art. 50, c.1). Le misure vanno valutate congiuntamente ai finanziamenti disposti con il d.l. 34/20 e con i fondi del PNRR a sostegno dell'ADI. L'incremento delle assunzioni in deroga per il potenziamento del territorio è **però inferiore all'incremento dei tetti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni da privati accreditati** (art. 45 e 46) che rispetto alla spesa consuntivata del 2011 aumentano di 1 punto percentuale nel 2024, di 3 pp nel 2025 arrivando fino a 4 pp nel 2026.

E se le liste di attesa sono lunghe, le persone possono rivolgersi al privato, pagato con fondi sottratti al servizio pubblico anche in deroga ai nuovi tetti allentati. Un chiaro segno di come si intende favorire il privato accreditato piuttosto che chiedere alle regioni di ri-strutturare il servizio pubblico.

La manovra per il 2024, peraltro, lascia scoperto il recupero delle liste di attesa che al massimo varrebbe 520 milioni (lo 0,4% del FSN), ma che a conti fatti al netto di quelle recuperabili nel pubblico (max 280 milioni) dispone di risorse libere per soli 83 milioni. In sostanza, circa 240 milioni sono ammessi come ulteriori acquisti di prestazioni dai privati accreditati per l'abbattimento delle liste di attesa anche in deroga ai nuovi tetti di spesa (art. 45), ma le disposizioni si potrebbero tradurre in una maggiore spesa a carico delle regioni per circa 157 milioni, non quantificata nel finanziamento. **Nel 2024 entrano in vigore i nuovi LEA approvati nel 2017** dopo l'approvazione dei nomenclatori per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per quella protesica: le nuove tariffe valgono 400 milioni, mentre nell'ambito del rifinanziamento del FSN sono vincolati 50 milioni nel 2024 e 200 dal 2025 per l'aggiornamento dei LEA.

Infine (art. 50, c. 2 e 3), sempre nell'ambito dell'incremento del FSN il Governo aumenta le risorse riservate alle cure palliative (10 milioni rispetto ai 100 milioni già vincolati) e in modo consistente (240 milioni nel 2025 e 310 dal 2026, a fronte di 680 nel 2022) la quota di risorse **a disposizione del Ministero della salute per il perseguimento di obiettivi di carattere nazionale,** a dispetto della storica forte richiesta di ripartire tutte le risorse direttamente alle regioni. Un intervento che dimostra quanto sia facile essere a favore di una maggiore autonomia delle regioni fino a quando non si è al governo: una contraddizione rispetto alla proposta di autonomia differenziata, per la quale non abbiamo alcuna simpatia, ma che è ampiamente contraddetta da una legge che aumenta i fondi per fare ciò che decide il livello centrale a prescindere dalle diverse esigenze delle singole regioni.

Su un altro fronte, nulla è previsto per la non autosufficienza, rispetto alla quale la legge delega 33/2023 prevede di trasformare in profondità il sistema dei servizi sociali ed integrarli con quelli sanitari, ma i decreti attuativi – in scadenza a gennaio 2024 – non sono finanziati; il nuovo ambizioso approccio alla terza età si potrebbe dimostrare una mera enunciazione di principi senza prevedere soluzioni in grado di cambiare la vita delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie.

Il risultato finale della manovra non potrà che essere l'aumento dei disavanzi per le aziende sanitarie. Anche le scelte allocative indicate esplicitamente verso l'espansione delle prestazioni acquistate dai privati appaiono discutibili: i servizi sanitari regionali, senza riuscire a realizzare gli obiettivi di potenziamento del territorio indicati nel PNRR, rischiano di essere trasformati in soggetti terzo pagante proprio come nei modelli assicurativi.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/12/la-sanita-nella-legge-di-bilancio/>

quotidiano**sanita.it**

“Labirinto della cura”: ci vive quasi un italiano su tre a causa di una patologia cronica o rara. Oltre 8 mln i caregiver non riconosciuti. Il rapporto di Cittadinanzattiva

Il rapporto nasce dalle interviste a 97 associazioni aderenti al Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici e rari di Cittadinanzattiva e a 3552 pazienti con patologia cronica e rara, familiari e loro caregiver. Un focus è dedicato alle storie di caregiver familiari, 170 persone. Si continuano a segnalare difformità regionali e disuguaglianze sociali; costi e liste di attesa. Avanzate 8 proposte.

19 DIC - Nel labirinto della cura: è la condizione in cui vivono i pazienti affetti da una patologia cronica o rara, ma anche i loro familiari e chi li assiste come caregiver. Parliamo di quasi un italiano su tre, 22 milioni con almeno una patologia cronica, di cui 8,8 milioni circa con una forma patologica grave; a questi si aggiungono circa 2 milioni di persone alle quali è stata diagnosticata una malattia rara. La platea dei caregiver familiari è invece rappresentata da ben 8,5 milioni di cittadini, che spesso rinunciano a spazi importanti della propria vita, lavorativa, sociale, affettiva.

A scattare una fotografia di questo universo di persone è il XXI Rapporto di Cittadinanzattiva sulle politiche della cronicità, dal titolo “Nel labirinto della cura”, presentato oggi a Roma presso il Ministero della Salute. Il rapporto nasce dalle interviste a 97 associazioni aderenti al CnAMC (Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici e rari) di Cittadinanzattiva e a 3552 pazienti con patologia cronica e rara, familiari e loro caregiver. Un focus è dedicato alle storie di caregiver familiari, 170 persone che rappresentano il vissuto quotidiano, le difficoltà e le esigenze di chi assiste un familiare con una malattia cronica o rara, disabile o con un qualsiasi altro bisogno di assistenza a lungo termine.

“Il labirinto è la rappresentazione opposta rispetto alla linearità del percorso di cura che dovrebbe essere assicurato ai pazienti e alle loro famiglie, come disegnato anche dal Piano nazionale delle cronicità. Ed è una condizione che non garantisce il dovuto equilibrio fra servizi sanitari e sociali per chi soffre di una patologia cronica o rara né a chi lo assiste, né tanto meno prevede il coinvolgimento dei pazienti in questo disegno”, sottolinea **Anna Lisa Mandorino**, segretaria generale di Cittadinanzattiva. “In un momento di importanti difficoltà di ordine economico, sia per il sistema Paese che per i singoli cittadini, occorre invece mettere a frutto tutte le risorse per disegnare un servizio sanitario che sia vicino alle persone, che sappia coniugare i bisogni sociali e quelli sanitari, e che lo faccia partendo dalle esigenze dei cittadini e dei territori. È una sfida che non possiamo perdere”.

Dalla diagnosi alla richiesta di invalidità: i principali incastrati tra le vie del labirinto di cura
Sin dalla diagnosi, il paziente si imbatte in una serie di difficoltà che allungano i tempi per avere certezza della patologia da cui è affetto: oltre il 76,3% imputa i ritardi nella diagnosi alla scarsa conoscenza della patologia da parte del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta; il 62,9% alla sottovalutazione dei sintomi o il 51,5% alla sovrapposizione di sintomi comuni ad altre patologie; il 43,3% alla mancanza di personale specializzato sul territorio; il 39,2% al poco ascolto da parte del personale medico; il 20,6% alle liste di attesa troppo lunghe per accedere a visite ed esami diagnostici

Il labirinto si ingarbuglia nella presa in carico, quando al paziente dovrebbero essere forniti tutti i servizi di natura sanitaria e sociale di cui ha necessità: in questo percorso il cittadino denuncia, come principali questioni, lo scarso coordinamento fra l'assistenza primaria e quella specialistica (62,9%), la mancata continuità assistenziale (53,6%), la carenza di integrazione tra aspetti clinici e socio-assistenziali (37,1%); le liste di attesa lunghe o addirittura bloccate (26,8%); il mancato coinvolgimento del paziente/caregiver nel piano di cura (24,7%).

Altro snodo critico è quello delle cure a domicilio: il 47,8% lamenta un numero di giorni o ore di assistenza erogati inadeguato; il 41,3% ha avuto difficoltà nella fase di attivazione/accesso; il 30,4% segnala che mancano alcune figure specialistiche e di assistenza, in particolare di tipo sociale (aiuto nella preparazione dei pasti, vestirsi, gestione delle pratiche burocratiche, ecc.); il 23,9% parla di sospensione/interruzione del servizio (mancanza di fondi, mancanza personale, ecc.).

Chi effettua la riabilitazione ambulatoriale (tre pazienti su quattro del campione di riferimento) segnala come criticità per il 52,6% il numero insufficiente di cicli garantiti dal SSN; il 36,3% la mancata erogazione della riabilitazione dal SSN; il 26,3% la mancanza di équipe multiprofessionali; il 22,5% l'assenza di strutture sul territorio.

I pazienti che necessitano di protesi, ortesi, e ausili segnalano di gran lunga (per il 48,6%) come particolarmente critici i tempi di autorizzazione o di rinnovo; a seguire, con la metà delle segnalazioni (tra il 18 e il 19%), la differenza di prezzo tra il dispositivo previsto dal nomenclatore tariffario e quello effettivo e la non presenza nel nomenclatore stesso di presidi, protesi e ausili necessari.

Nella richiesta di invalidità civile e handicap, i cittadini hanno riscontrato come principali difficoltà: la sottovalutazione della patologia da parte dei medici della commissione medica (per il 41,1% dei pazienti); i tempi eccessivamente lunghi per la visita di accertamento (lo dice il 38,1%); l'estrema variabilità della valutazione per la stessa patologia (30,5%).

Le disuguaglianze territoriali e sociali per chi ha una patologia cronica o rara

La difforme o mancata applicazione sui territori del Piano nazionale della cronicità, da una parte, e dei diversi Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) sono gli ambiti, da un punto di vista normativo, nei quali si registrano le maggiori disuguaglianze sui territori.

Per quanto riguarda la presa in carico in base a quanto previsto dal Piano, a detta delle associazioni le regioni maggiormente rispondenti alle esigenze dei pazienti sono nell'ordine; Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio, Liguria, Puglia, Abruzzo, Campania, Marche, Umbria, Sardegna e Sicilia; a seguire le altre

Rispetto alla esistenza di un PDTA per la patologia, il 47,4% delle organizzazioni fornisce una risposta affermativa; il 38,1% fornisce una risposta negativa e il 14,4% non sa. Inoltre, solo nel 32,2% dei casi si tratta di PDTA nazionali, nel 58,7% dei casi sono di livello regionale, nel 26,1% aziendali e nel 2,6% distrettuali. A livello territoriale, la Toscana è la regione con un maggior numero di PDTA, seguono Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio e Piemonte.

Nella pratica quotidiana, questo comporta una serie di difficoltà che i pazienti vivono in misura diversa a seconda del territorio in cui vivono e della condizione socio-economica in cui versano. In base all'opinione di coloro che hanno risposto al nostro questionario, in tema di disuguaglianze sociali, il 34,6% segnala difficoltà nello svolgere o continuare a lavorare a causa della propria patologia; il 30,4% disagio nel comunicare agli altri la patologia e le sue implicazioni; il 29,6% problemi economici; il 28,3% mancanza di un supporto psicologico.

*“La promozione della salute dei cittadini e il superamento delle disuguaglianze socio sanitarie sono possibili soltanto attraverso l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza introdotti nel 2017 e mai entrati in vigore. In attesa di verificare l'implementazione del Decreto Tariffe, alcune prestazioni - come gli screening neonatali estesi per la diagnosi di altre malattie genetiche come la Sma, gli esami diagnostici per la celiachia, prestazioni di diagnosi e cura per la fibromialgia come anche per la Sindrome di Sjogren – non sono ancora entrate nei Lea e di conseguenza sono erogate soltanto in alcune regioni, o in alcuni territori o asl, con la conseguenza di un accesso alle cure non uniforme da parte dei cittadini”, dichiara **Tiziana Nicoletti**, responsabile del Coordinamento delle associazioni dei malati cronici e rari.*

Liste di attesa e costi privati, mal comune...

Liste di attesa e costi da sostenere sono sicuramente gli elementi segnalati come problematici a livello nazionale, anche se le disuguaglianze sociali ed economiche dei cittadini incidono in misura consistente sul peso che gli stessi hanno rispetto all'accesso alle cure.

Per ciò che attiene le liste di attesa, il 76% dei pazienti con malattia cronica e rara le riscontra nella prenotazione delle prime visite specialistiche; il 68,7% per gli esami diagnostici; il 62,4% per le visite di controllo e il follow-up; il 60% per il riconoscimento invalidità civile e/o accompagnamento; il 51% per il riconoscimento handicap; il 48,8% per l'accesso alla riabilitazione; il 44,4% per gli screening istituzionali (es., prevenzione tumori utero, mammella, colon retto); e a seguire con percentuali inferiori per gli altri ambiti dell'assistenza.

A causa dei lunghi tempi di attesa e della mancata copertura da parte del SSN di alcune prestazioni, i cittadini sono costretti a sostenere spese private: il 67,8% lo fa per visite specialistiche effettuate in regime privato o

intramurario; il 60,9% per l'acquisto di parafarmaci (es. integratori alimentari, dermocosmetici pomate); il 55,4% per esami diagnostici effettuati in regime privato o intramurario; il 46,7% per la cosiddetta prevenzione terziaria (diete, attività fisica, dispositivi...); il 44,6% per l'acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal SSN.

I caregiver, vite dimenticate e diritti negati

Ad oggi in Italia non esiste nessun riconoscimento legislativo che identifichi tutele e agevolazioni dedicate a chi quotidianamente si prende cura, a tempo pieno e non, di un familiare; soltanto tre regioni hanno ad oggi emanato delle misure strutturate regionali di varia natura, si tratta di Emilia Romagna, Lazio, Lombardia. In attesa di una legge nazionale che finalmente riconosca questa figura, garantendo diritti e risorse, Cittadinanzattiva ha condotto una survey da giugno a ottobre 2023, con l'obiettivo di raccogliere informazioni e approfondire bisogni specifici al fine di implementare azioni civiche e di proseguire attività di advocacy istituzionale per dare voce a tutte queste persone. Sono state raccolte 170 storie rappresentative dei circa 8,5 milioni di caregiver

Il 71,8% sono donne, con età compresa tra i 51 e i 65 anni. Il 57% risulta occupato e si prende cura nell'80% dei casi di un genitore che soffre per il 42,4% di una malattia cronica. Il 56,5% ha dovuto abbandonare gli studi o il lavoro: una conseguenza quasi scontata se si pensa che più di due su tre (34,7%) dedicano oltre 20 ore alla cura del familiare. Tanti anche gli anni di assistenza: il 29,4 % è un caregiver da 1 a 4 anni, il 26,5% da 5 a 10 anni.

Gli ambiti in cui incontrano maggiori difficoltà nell'assistenza ai familiari sono per il 62,4% la cura della sfera emotiva e per il 52,9% la gestione degli aspetti burocratici, amministrativi e finanziari. Per una piena tutela dei loro diritti, il 61,2% ritiene necessario il riconoscimento della figura del caregiver, il 40,6% l'affiancamento di operatori esperti come aiuto nel lavoro di cura e il 40% chiede un supporto psicologico.

È necessario spingere l'acceleratore per il riconoscimento di tutte queste persone. Spesso, il caregiver lavoratore è costretto a lasciare il proprio impegno per dedicarsi alla cura di un congiunto con massimo amore ma con altrettanta grande fatica. Invece, qualora il caregiver riesca a svolgere la propria professione, l'organizzazione della quotidianità diventa complicata e, annullando gradualmente ogni spazio per la vita sociale, sul lungo periodo, diventa estremamente faticoso.

Otto proposte

1. Individuare i bisogni prioritari di ogni territorio per l'elaborazione dei piani di salute territoriale che si attuino attraverso il potenziamento della prevenzione, della sanità territoriale e delle cure primarie; le scelte devono essere il frutto di un confronto costante con le organizzazioni civiche e le associazioni di pazienti.
2. Accrescere l'attenzione verso le condizioni di fragilità, di tipo sociale, economico e psicologico, garantendo lo stesso grado di assistenza a tutti i cittadini e il passaggio da una medicina concentrata solo sul singolo a una medicina di comunità.
3. Aggiornare con cadenza periodica e ravvicinata, finanziare e monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio. Applicare il decreto di nomina della nuova commissione LEA.
4. Prevedere verifiche sistematiche e periodiche sul recupero delle liste di attesa rendendo trasparenti le informazioni sui modelli organizzativi applicati, sulle tempistiche e sui criteri di priorità.
5. Individuare e attuare modalità per affrontare la carenza del personale sanitario e far sì che questo sia sempre più pronto a fornire risposte adeguate alla comunità.
6. Aggiornare il Piano Nazionale della Cronicità e monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti
7. Dare piena attuazione alla legge 167/2016, "Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie"; emanare i provvedimenti attuativi previsti dal Testo Unico sulle malattie rare, n. 175 del 2021; monitorare la realizzazione del Piano Nazionale Malattie rare.
8. Approvare in tempi brevi una normativa nazionale che riconosca il ruolo e i diritti del caregiver familiare.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119138

XXI Rapporto sulle politiche della cronicità

Nel labirinto della cura



con il sostegno non condizionato di  MSD
BIOFARMING FOR LIFE



One Health, clima e salute



United Nations



Framework Convention on
Climate Change

ADVANCE VERSION

FC/PA/CMA/2023/L.17

Distr.: Limited
13 December 2023

Original: English

**Conferenza delle Parti fungente da riunione
delle parti dell'accordo di Parigi**

Quinta sessione

Emirati Arabi Uniti, dal 30 novembre al 12 dicembre 2023

Punto 4 dell'ordine del giorno

Primo inventario globale

Primo inventario globale

Proposta del Presidente

Progetto di decisione -/CMA.5

Risultati del primo bilancio globale

La Conferenza delle Parti che funge da riunione delle Parti dell'Accordo di Parigi

Accordo,

Ricordando l'articolo 2, paragrafo 1, dell'Accordo di Parigi, il quale prevede che il

L'accordo, nel migliorare l'attuazione della convenzione, compresi i suoi obiettivi e obiettivi rafforzare la risposta globale alla minaccia del cambiamento climatico, nel contesto della sostenibilità sviluppo e sforzi per sradicare la povertà,

Ricordando anche l'articolo 2, comma 2, dell'Accordo di Parigi, il quale prevede che l'

L'accordo sarà attuato per riflettere l'equità e il principio del comune ma responsabilità differenziate e rispettive capacità, alla luce delle diverse realtà nazionali circostanze,

Ricordando inoltre, come previsto dall'articolo 14, paragrafo 1, dell'Accordo di Parigi, che la Conferenza delle Parti agente come riunione delle Parti dell'Accordo di Parigi periodicamente fa il punto sull'attuazione dell'accordo di Parigi per valutare la progresso collettivo verso il raggiungimento dello scopo dell'accordo e dei suoi obiettivi a lungo termine, e che lo farà in modo globale e facilitativo, considerando la mitigazione, adattamento e le modalità di attuazione e sostegno, e alla luce dell'equità e della la migliore scienza disponibile,

Ricordando, come previsto dall'articolo 14, comma 3, dell'Accordo di Parigi, che l'esito del bilancio globale informerà le Parti nell'aggiornare e migliorare, in a modo determinato a livello nazionale, le loro azioni e il loro sostegno in conformità con i pertinenti disposizioni dell'accordo, nonché nel rafforzamento della cooperazione internazionale in materia di clima azione,

Ricordando anche le decisioni 19/CMA.1, 1/CMA.2, 1/CMA.3 e 1/CMA.4,

Sottolineando il ruolo fondamentale del multilateralismo basato sui valori delle Nazioni Unite principi, anche nel contesto dell'attuazione della Convenzione e dell'Accordo di Parigi accordo e l'importanza della cooperazione internazionale per affrontare le questioni globali, compreso il cambiamento climatico, nel contesto dello sviluppo sostenibile e degli sforzi per sradicare la povertà,

Riconoscendo che il cambiamento climatico è una preoccupazione comune dell'umanità e che le Parti dovrebbero, quando intraprendono azioni per affrontare il cambiamento climatico, rispettare, promuovere e considerare i rispettivi obblighi in materia di diritti umani, il diritto a un ambiente pulito, sano e sostenibile, il diritto alla salute, i diritti delle popolazioni indigene, delle comunità locali, dei migranti, dei bambini, delle persone con disabilità e delle persone in situazioni vulnerabili e il diritto allo sviluppo, nonché l'uguaglianza di genere, emancipazione delle donne ed equità intergenerazionale,

Riconoscendo la priorità fondamentale di salvaguardare la sicurezza alimentare e porre fine alla fame, e la particolare vulnerabilità dei sistemi di produzione alimentare agli impatti negativi dei cambiamenti climatici,

Riconoscendo inoltre il ruolo fondamentale di proteggere, conservare e ripristinare i sistemi idrici e le risorse idriche legati agli ecosistemi nel fornire benefici e co-benefici legati all'adattamento al clima, garantendo nel contempo la salvaguardia sociale e ambientale,

Rilevando l'importanza di garantire l'integrità di tutti gli ecosistemi, comprese le foreste, l'oceano, le montagne e la criosfera, e la protezione della biodiversità, riconosciuta da alcune culture come Madre Terra, e sottolineando anche l'importanza della "giustizia climatica" quando si adottano azioni per affrontare il cambiamento climatico,

Sottolineando l'urgente necessità di affrontare, in modo globale e sinergico, le crisi globali interconnesse del cambiamento climatico e della perdita di biodiversità nel contesto più ampio del raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile, nonché dell'importanza vitale di proteggere, conservare, ripristinare e utilizzare in modo sostenibile la natura e gli ecosistemi per un'azione climatica efficace e sostenibile,

I. Contesto e considerazioni trasversali

1. si compiace del fatto che l'accordo di Parigi abbia dato impulso ad un'azione quasi universale per il clima fissando obiettivi e inviando segnali al mondo riguardo all'urgenza di rispondere alla crisi climatica;

2. sottolinea che, nonostante i progressi complessivi in materia di mitigazione, adattamento e mezzi di attuazione e sostegno, le parti non sono ancora collettivamente sulla buona strada verso il raggiungimento dello scopo dell'accordo di Parigi e dei suoi obiettivi a lungo termine;

3. Ribadisce l'obiettivo dell'Accordo di Parigi sulla temperatura di mantenere l'aumento della temperatura media globale ben al di sotto di 2 °C rispetto ai livelli preindustriali e di proseguire gli sforzi per limitare l'aumento della temperatura a 1,5 °C rispetto ai livelli preindustriali, riconoscendo che ciò comporterebbe ridurre significativamente i rischi e gli impatti dei cambiamenti climatici;

4. sottolinea che l'impatto del cambiamento climatico sarà molto inferiore con un aumento della temperatura di 1,5 °C rispetto a 2 °C e decide di proseguire gli sforzi per limitare l'aumento della temperatura a 1,5 °C;

5. Esprime seria preoccupazione per il fatto che il 2023 sarà l'anno più caldo mai registrato e che gli impatti dei cambiamenti climatici stanno rapidamente accelerando, e sottolinea la necessità di un'azione e di un sostegno urgenti per mantenere l'obiettivo di 1,5 °C a portata di mano e per affrontare la crisi climatica in questo decennio critico;

6. Si impegna ad accelerare l'azione in questo decennio critico sulla base delle migliori conoscenze scientifiche disponibili, riflettendo l'equità e il principio delle responsabilità comuni ma differenziate e delle rispettive capacità alla luce delle diverse circostanze nazionali e nel contesto dello sviluppo sostenibile e degli sforzi per sradicare povertà;

7. Sottolinea l'articolo 2, paragrafo 2, dell'Accordo di Parigi, il quale stabilisce che l'accordo sarà attuato per riflettere l'equità e il principio delle responsabilità comuni ma differenziate e delle rispettive capacità, alla luce delle diverse circostanze nazionali

8. sottolinea che la finanza, il rafforzamento delle capacità e il trasferimento tecnologico sono fattori fondamentali per l'azione per il clima;

9. Riafferma che soluzioni giuste e sostenibili alla crisi climatica devono fondarsi su un dialogo sociale significativo ed efficace e sulla partecipazione di tutte le parti interessate, comprese le popolazioni indigene, le comunità e i governi locali, le donne, i giovani e i bambini, e rileva che la transizione globale verso lo sviluppo a basse emissioni e resiliente al clima offre opportunità e sfide per lo sviluppo sostenibile e l'eliminazione della povertà;

10. sottolinea che le transizioni giuste possono favorire risultati di mitigazione più solidi ed equi, con approcci su misura che affrontino contesti diversi;

11. Riconosce le esigenze specifiche e le circostanze particolari delle Parti che sono paesi in via di sviluppo, in particolare di quelle che sono particolarmente vulnerabili agli effetti negativi dei cambiamenti climatici, come previsto dalla Convenzione e dall'Accordo di Parigi;

12. Accoglie con favore la conclusione del primo bilancio globale¹ ed esprime apprezzamento e gratitudine a coloro che sono coinvolti nel dialogo tecnico che ne è seguito e ai co-facilitatori per la preparazione della relazione di sintesi¹ e di altri risultati della componente di valutazione tecnica;

13. accoglie con favore gli eventi ad alto livello convocati nell'ambito del primo bilancio globale e ne prende atto la sintesi;

14. Accoglie con favore il sesto rapporto di valutazione del Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici ed esprime apprezzamento e gratitudine a coloro che hanno partecipato alla preparazione dei rapporti nel sesto ciclo di valutazione per il loro eccellente lavoro e la dedizione nel continuare il loro lavoro durante le circostanze straordinarie della malattia da coronavirus 2019 pandemia;

15. Prende atto con allarme e seria preoccupazione dei seguenti risultati del Sesto Rapporto di Valutazione del Gruppo Intergovernativo sui Cambiamenti Climatici:

(a) Che le attività umane, principalmente attraverso le emissioni di gas serra, hanno inequivocabilmente causato un riscaldamento globale di circa 1,1°C;

(b) Che gli impatti dei cambiamenti climatici causati dall'uomo si stanno già facendo sentire in ogni regione del mondo, con coloro che hanno contribuito meno al cambiamento climatico che sono i più vulnerabili agli impatti e, insieme alle perdite e ai danni, aumenteranno di anno in anno. incremento del riscaldamento;

¹ FCCC/SB/2023/9.

(c) Che la maggior parte delle risposte di adattamento osservate sono frammentate, incrementalmente, specifiche per settore e distribuite in modo diseguale tra le regioni e che, nonostante i progressi compiuti, esistono ancora divari di adattamento significativi tra i settori e le regioni e continueranno a crescere agli attuali livelli di attuazione;

16. Prende atto dei seguenti risultati del sesto rapporto di valutazione del Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici:

(a) Che gli sforzi di mitigazione integrati nel contesto di sviluppo più ampio possono aumentare il ritmo, la profondità e l'ampiezza delle riduzioni delle emissioni, così come che le politiche che spostano i percorsi di sviluppo verso la sostenibilità possono ampliare il portafoglio di risposte di mitigazione disponibili e consentire il perseguimento di sinergie con obiettivi di sviluppo;

(b) Che sia i finanziamenti per l'adattamento che quelli per la mitigazione dovrebbero aumentare notevolmente, e che c'è capitale globale sufficiente per colmare il divario di investimenti globali, ma ci sono ostacoli al reindirizzamento del capitale verso l'azione per il clima, e che i governi attraverso finanziamenti pubblici e segnali chiari agli investitori sono fondamentali per ridurre queste barriere e anche gli investitori, le banche centrali e i regolatori finanziari possono fare la loro parte;

(c) Che opzioni di mitigazione fattibili, efficaci e a basso costo siano già disponibili in tutti i settori per mantenere 1,5°C entro la portata in questo decennio critico con la necessaria cooperazione sulle tecnologie e sul supporto;

17. Rileva con preoccupazione le lacune pre-2020 sia nelle ambizioni di mitigazione che nell'attuazione da parte dei paesi sviluppati e che il Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici aveva in precedenza indicato che i paesi sviluppati dovevano ridurre le emissioni del 25-40% rispetto ai livelli del 1990 entro il 2020, obiettivo che non è stato raggiunto;

II. Progressi collettivi verso il raggiungimento dello scopo e degli obiettivi a lungo termine dell'Accordo di Parigi, anche ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 1, lettere a-c), alla luce dell'equità e dei migliori dati scientifici disponibili, e informando le Parti sull'aggiornamento e il miglioramento, in modo modo, azione e sostegno determinati a livello nazionale

Ecquologia²

COP28: il testo dell'accordo finale e le reazioni

Quasi 200 Paesi al vertice sul clima Cop28 hanno approvato stamani un accordo (Global StockTake). Per la prima volta, invita tutte le nazioni ad abbandonare i combustibili fossili per scongiurare i peggiori effetti del cambiamento climatico.

Dopo **due settimane di negoziati**, a volte conflittuali, negli Emirati Arabi Uniti, l'accordo è stato approvato rapidamente dal presidente della Cop28, Sultan Al Jaber, ricevendo l'ovazione dei delegati e l'abbraccio del capo delle Nazioni Unite per il clima, Simon Stiell.

L'accordo non ha incluso un impegno esplicito a eliminare o ridurre gradualmente i combustibili fossili, come richiesto da molti Paesi, gruppi della società civile e scienziati.

È stato invece raggiunto **un compromesso che invita i Paesi a contribuire agli sforzi globali per abbandonare i combustibili fossili nei sistemi energetici** "in modo giusto, ordinato ed equo, accelerando l'azione in questo decennio critico, in modo da raggiungere lo zero netto entro il 2050, in linea con la scienza".

Il compromesso con gli Emirati Arabi Uniti: è stato firmato un accordo - ma che tipo di accordo?

Mentre l'accordo è stato approvato con sorprendente rapidità, il presidente della Cop Al Jaber lo ha definito il "consenso degli Emirati Arabi Uniti", scrive Fiona Harvey, redattrice per l'ambiente del Guardian.

Ma si tratta di un accordo storico che segnerà la fine definitiva dei combustibili fossili? O sarà un ulteriore passo sulla strada dell'inferno?

Nel mondo dei negoziati sul clima, le due cose non si escludono a vicenda. Il testo presentato ai delegati mercoledì mattina alla Cop28 - e adottato pochi minuti fa - **invita per la prima volta i Paesi a intraprendere un'eliminazione de facto dei combustibili fossili. Ma non può imporre loro di farlo e contiene "una lunga serie di scappatoie"**, secondo i piccoli Stati insulari più vulnerabili agli impatti della crisi climatica, che impediranno al mondo di ridurre le emissioni di gas serra in modo sufficientemente drastico da limitare il riscaldamento globale a 1,5°C rispetto ai livelli preindustriali.

Al Jaber ha dichiarato che l'accordo è una risposta esauriente a un'analisi globale per verificare se i Paesi stiano rispettando l'importante accordo sul clima di Parigi raggiunto nel 2015.

"Abbiamo messo a punto un solido piano d'azione per mantenere 1,5°C (2,7F) [di riscaldamento globale al di sopra dei livelli preindustriali]", ha dichiarato. "È un piano guidato dalla scienza. **Si tratta di un pacchetto migliorato, equilibrato, ma, non fraintendetemi, storico, per accelerare l'azione sul clima. Per la prima volta nel nostro accordo finale abbiamo un riferimento ai combustibili fossili**".

Nella sala plenaria c'è stata una certa confusione poco dopo l'approvazione dell'accordo. Molte parti avevano creduto che ci sarebbe stato un dibattito sul testo, che era stato distribuito ai singoli Paesi per essere esaminato solo quattro ore prima della sua approvazione.

L'Alleanza dei piccoli Stati insulari, che rappresenta 39 nazioni, ha dichiarato di non essere in aula al momento dell'adozione dell'accordo, poiché era ancora impegnata a coordinare la propria risposta. La sua negoziatrice principale, Anne Rasmussen di Samoa, non si è opposta formalmente a questa decisione e ritiene che l'accordo abbia "molti elementi positivi". Ma ha aggiunto che "il processo ci ha deluso" e non è stato sufficientemente ambizioso. Ha affermato che **l'accordo presenta una "numerosa serie di lacune"**.

"Abbiamo fatto un passo avanti incrementale rispetto al business as usual, quando in realtà **avevamo bisogno di un cambio di passo colossale nelle nostre azioni e nel nostro impegno**", ha dichiarato.

António Guterres, segretario generale delle Nazioni Unite, ha twittato dopo l'accordo: "**Che vi piaccia o no, l'eliminazione dei combustibili fossili è inevitabile. Speriamo che non arrivi troppo tardi**".

John Kerry, inviato degli Stati Uniti per il clima, ha dichiarato: "Anche se nessuno qui vedrà rispecchiate completamente le proprie opinioni, il fatto è che questo documento invia **un segnale molto forte al mondo**. Dobbiamo aderire al fine di mantenere 1,5°C [di riscaldamento rispetto ai livelli preindustriali]. In particolare, afferma che i nostri prossimi [impegni determinati a livello nazionale] saranno allineati a 1,5°C".

Kerry ha annunciato che Stati Uniti e Cina – i due maggiori emettitori al mondo – hanno concordato "che entrambi intendiamo aggiornare le nostre strategie a lungo termine e invitiamo altre parti ad unirsi a noi".

Nell'accordo si afferma che i Paesi riconoscono "la **necessità di riduzioni profonde, rapide e sostenute delle emissioni di gas serra** in linea con i percorsi di 1,5°C". E si chiede di **triplicare la capacità globale di energia rinnovabile entro il 2030**. L'accordo ripropone il linguaggio adottato nei vertici precedenti, in cui si chiedeva alle nazioni di accelerare gli sforzi "verso la riduzione graduale dell'energia a carbone".

Il documento sollecita inoltre lo sviluppo di un insieme di "tecnologie a zero e basse emissioni". Tra cui "le energie rinnovabili, il nucleare, le tecnologie di abbattimento e rimozione, come la cattura e l'utilizzo del carbonio e lo stoccaggio, in particolare nei settori difficili da abbattere, e la produzione di idrogeno a basse emissioni".

I sostenitori della giustizia climatica affermano che **il testo è ben lontano da ciò che serve per una transizione equa**. Manca un percorso per raccogliere le centinaia di miliardi di finanziamenti necessari ai Paesi in via di sviluppo per contribuire alla transizione dal carbone, dal petrolio e dal gas.

La bozza intende riflettere il consenso dei quasi 200 Paesi riuniti alla conferenza di Dubai, dove molti governi hanno insistito su un messaggio forte per segnalare la fine dell'era dei combustibili fossili, contro le proteste dell'Arabia Saudita e dei membri del cartello petrolifero Opec.

Mohamed Adow, del thinktank Power Shift Africa, ha affermato che si tratta della "prima volta in tre decenni di negoziati sul clima che le parole combustibili fossili compaiono in un risultato della Cop".

"Il genio non tornerà mai nella bottiglia e le future Cop non faranno altro che ridurre ancora di più le energie inquinanti", ha aggiunto.

Ma se da un lato questo è un segnale forte, dall'altro ci sono **ancora troppe scappatoie "su tecnologie non provate e costose come la cattura e lo stoccaggio del carbonio, che gli interessi dei combustibili fossili cercheranno di usare per mantenere l'energia sporca in vita"**.

"**Alcuni forse avevano aspettative troppo grandi riguardo a questo incontro, ma questo risultato sarebbe stato inaudito due anni fa. Specialmente in una sessione della Cop in uno Stato petrolifero**. Dimostra che anche i produttori di petrolio e di gas si rendono conto che ci stiamo dirigendo verso un mondo senza fossili", ha aggiunto.

Ecco le reazioni di alcuni esperti e partecipanti alla decisione della Cop28. Sono piuttosto contrastanti:

Emanuele Bompan, Giornalista ambientale, caporedattore di Materia rinnovabile

È un momento storico e segna potenzialmente la fine di un'epoca. Questo è un segnale dalle nazioni, ora si deve implementare giorno per giorno, battaglia per battaglia in ogni nazione, in ogni comunità. Questa approvazione è stata facile, ora inizia il lavoro difficile.

PUNTI CHIAVE GST

- A) Triplicare la capacità di energia rinnovabile a livello globale e raddoppiare il tasso medio annuo globale di miglioramenti dell'efficienza energetica entro il 2030;
- (b) Accelerare gli sforzi verso l'eliminazione graduale dell'energia prodotta dal carbone;
- (c) Accelerare gli sforzi a livello globale verso sistemi energetici a zero emissioni nette, utilizzando combustibili a zero e a basse emissioni di carbonio ben prima o entro la metà del secolo;
- (d) Abbandonare (transitioning away, no phase-out) i combustibili fossili nei sistemi energetici, in modo giusto, ordinato ed equo, accelerando l'azione in questo decennio critico, in modo da raggiungere net-zero emission entro il 2050 in linea con la scienza;
- (e) Accelerare le tecnologie a zero e basse emissioni, comprese, tra l'altro, le energie rinnovabili, il nucleare, le tecnologie di abbattimento e rimozione come la cattura, l'utilizzo e lo stoccaggio del carbonio, in particolare nei settori difficili da abbattere, e la produzione di idrogeno a basse emissioni di carbonio;
- (f) Accelerare e ridurre sostanzialmente le emissioni diverse dal biossido di carbonio a livello globale, comprese in particolare le emissioni di metano entro il 2030;
- (g) Accelerare la riduzione delle emissioni derivanti dal trasporto stradale impiegando varie modalità, anche attraverso lo sviluppo delle infrastrutture e la rapida diffusione di veicoli a zero e a basse emissioni;
- (h) Eliminare gradualmente, quanto prima possibile, i sussidi inefficienti ai combustibili fossili che non affrontano la povertà energetica o le semplici transizioni.

Sergio Ferraris, direttore di Nextville:

“Tutti i punti chiave del testo sono l'ennesima **lista dei “desideri”** con una serie di chivistelli che potrebbero tenere aperte le porte alle fonti fossili per lungo tempo e che offrono uno spaccato del futuro energetico fatto di grandi player, privati o statali, che gestiranno l'energia in futuro “business as usual” ossia in maniera centralizzata e poco democratica. Anche perché bisogna tenere conto dell'**inerzia climatica** indotta dai cicli energetici che introducono una resistenza al cambiamento di almeno 25 anni una volta che sono consolidati. Una **road map** – quindi – quella di COP28, da ciò che si legge dai numeri, **impraticabile** nei fatti, che altro non è che una cortina fumogena. Anzi climatica”.

Lo scienziato Bill Hare di Climate Analytics:

“Nel complesso, il testo sembra una grande vittoria per i Paesi produttori di petrolio e gas e per gli esportatori di combustibili fossili”. Secondo lo scienziato, i problemi principali del testo sono:

- *Nessun impegno a eliminare gradualmente i combustibili fossili*
- *Nessun impegno a raggiungere il picco delle emissioni entro il 2025*
- *Un testo [sulla cattura del carbonio, ecc.] che apre la porta a false soluzioni su larga scala*
- *Il testo che fa riferimento ai “combustibili di transizione” è un modo per indicare il gas, ed è stato promosso dagli operatori del settore.*

Harjeet Singh, responsabile della strategia politica globale di Climate Action Network International:

“Dopo decenni di tentennamenti, la Cop28 ha finalmente puntato i riflettori sui veri responsabili della crisi climatica: i combustibili fossili. È stata definita la direzione, da tempo attesa, di abbandonare carbone, petrolio e gas. Tuttavia, la risoluzione è inficiata da scappatoie che offrono all'industria dei combustibili fossili numerose vie di fuga, basandosi su tecnologie non provate e non sicure. L'ipocrisia delle nazioni ricche, in particolare degli Stati Uniti, che continuano a espandere massicciamente le attività legate ai combustibili fossili mentre si limitano a rendere un ruolo di facciata alla transizione verde, viene messa a nudo”.

Neil Thorns, direttore dell'advocacy del CAFOD:

“La Cop28 ha confermato ciò che dobbiamo fare con un riferimento esplicito a un mondo senza combustibili fossili. Ma con scarsi nuovi finanziamenti, il “come” questo avvenga in modo equo e rapido per sostenere le esigenze dei Paesi a basso reddito le cui popolazioni stanno soffrendo per la crisi climatica è tutt'altro che chiaro. Il rischio è di spingere questi Paesi ancora di più verso una crisi del debito”.

Michael Jacobs, del think tank globale ODI:

“È un compromesso, naturalmente, ma la spinta ad eliminare gradualmente i combustibili fossili è ormai indiscutibilmente in ascesa. Ora tutti gli occhi saranno puntati sui piani nazionali per le emissioni previsti per il 2025. Ciò che è stato deciso qui li orienta e basta. Ci sono due anni di tempo perché i governi, sotto la pressione dei cittadini, rispettino l'accordo”.

Al Gore, ex vicepresidente degli Stati Uniti:

“La decisione della Cop28 di riconoscere finalmente che la crisi climatica è, in fondo, una crisi dei combustibili fossili è una pietra miliare importante. Ma è anche il minimo indispensabile ed è attesa da tempo. L’influenza dei paesi petroliferi è ancora evidente nelle mezze misure e nelle scappatoie incluse nell’accordo finale. Gli interessi dei combustibili fossili hanno fatto di tutto per controllare il risultato, ma il lavoro appassionato di milioni di attivisti per il clima in tutto il mondo ha ispirato e motivato i delegati di molte nazioni ad indebolire la presa dell’industria. Se questo è un punto di svolta che segna davvero l’inizio della fine dell’era dei combustibili fossili dipende dalle azioni che verranno dopo e dalla mobilitazione dei finanziamenti necessari per realizzarle.

Omar Elmawi, Africa Movement Building Space:

“Proporre una transizione dai combustibili fossili può sembrare un passo nella giusta direzione, un barlume di speranza in mezzo al caos. Tuttavia, non sottovalutiamo le abili tattiche dei giganti dei combustibili fossili e dei paesi petroliferi. Essi camufferanno abilmente i loro prodotti come combustibili “di transizione”, soprattutto negli angoli più vulnerabili del nostro mondo. Tuttavia, dobbiamo riconoscere quanta strada abbiamo fatto. Persino i giganti dei combustibili fossili e i petrolstati, un tempo inflessibili, sono ora testimoni dell’inevitabile: un mondo libero dalla loro morsa tossica”.

May Boeve, direttore esecutivo di 350.org:

“Il potere dei popoli ci ha spinto alle porte della storia, ma i leader si sono fermati di fronte al futuro di cui abbiamo bisogno. È frustrante che 30 anni di campagne siano riusciti a far inserire la “transizione dai combustibili fossili” nel testo della Cop28, ma è contornato da così tante scappatoie che è stato reso debole e inefficace”.

Manuel Pulgar-Vidal, del WWF ed ex presidente della Cop20:

“La Terra è a pezzi ma non è spacciata, poiché i Paesi concordano di abbandonare i combustibili fossili, ma non raggiungono il consenso sulla completa eliminazione di carbone, petrolio e gas alla COP28. Siamo ancora lontani dal limitare il riscaldamento globale a 1,5°C e dal prevenire i peggiori impatti della crisi climatica. In questo decennio critico, tutti i Paesi devono aumentare l’ambizione e l’attuazione dell’azione per il clima”.

Ani Dasgupta, presidente del World Resources Institute:

“I combustibili fossili hanno finalmente affrontato la resa dei conti ai negoziati sul clima delle Nazioni Unite dopo tre decenni in cui hanno evitato i riflettori. Questo risultato storico segna l’inizio della fine dell’era dei combustibili fossili. Nonostante le immense pressioni esercitate dagli interessi del petrolio e del gas, i Paesi ad alta ambizione hanno coraggiosamente mantenuto la loro posizione e hanno segnato il destino dei combustibili fossili. Ora si tratta di verificare se verranno mobilitati molti più finanziamenti per i Paesi in via di sviluppo, per contribuire a rendere possibile la transizione energetica.

Per gli aggiornamenti live: [Cop28 live: landmark deal to ‘transition away’ from fossil fuels agreed \(theguardian.com\)](https://www.theguardian.com/environment/2023/dec/13/cop28-live-landmark-deal-to-transition-away-from-fossil-fuels-agreed)

[COP28: il testo dell'accordo finale e le reazioni - Ecquologia²](#)

Domani

Le 34 parole per salvare il mondo: ecco perché Cop28 può essere una svolta

Ferdinando Cotugno

13 dicembre 2023 • 15:27

L’accordo ha un valore politico enorme, ora il messaggio che il clima è un problema di combustibili fossili non è più solo della scienza e dell’attivismo, ma di tutta la comunità delle nazioni

Dopo oltre trecento ore di negoziati, [Cop28](#) è finita in un minuto, quando il Global Stocktake, il testo cruciale, è stato letto dal presidente Sultan al Jaber e nessun paese si è opposto. È arrivato invece un lungo applauso liberatorio: la conferenza sul clima più controversa ha portato al primo accordo esplicito sui combustibili fossili da quando esiste il processo multilaterale per affrontare i cambiamenti climatici.

E lo ha fatto sotto la guida di un paese produttore di petrolio e gas. Lo ha sottolineato lo stesso al Jaber: «È un risultato storico». Può legittimamente rivendicare di essere il primo a esserci riuscito da quando esistono le COP.

PAROLE CHIAVE

Le parole decisive sono trentaquattro, nel testo in inglese. Sono quelle sulle fonti fossili di energia, la prima causa dei cambiamenti climatici: carbone, petrolio e gas. Trentaquattro parole che hanno il potenziale di cambiare il corso della civiltà umana e che sono un capitale politico enorme, a disposizione di chiunque saprà valorizzarlo.

Non ci sono quelle più attese, né le migliori possibili. Nel testo non si parla di **phase out**, cioè di «eliminazione», nonostante il fronte di 120 nazioni costruito dall'Unione europea nelle ultime, convulse ore.

La formulazione è meno netta, ma dietro queste parole c'è il consenso di tutti i paesi della Terra, compresi i produttori di petrolio e gas: «Per una riduzione delle emissioni in linea con il contenimento delle temperature entro 1.5°C, le parti hanno concordato di allontanarsi (transitioning away, nel testo originale) dai combustibili fossili nei sistemi energetici, in un modo che sia giusto, ordinato ed equo, accelerando l'azione in questo decennio critico, in modo da arrivare allo zero l

netto nel 2050, come richiesto dalla scienza».

TEMPI

Uno dei punti più importanti di questo documento è quello sui tempi: non c'è più solo una vaga e pericolosa formulazione sul 2050, come nelle prime bozze, molto amichevoli con i petrolieri, ma l'accento a intervenire nel corso di questo decennio «critico», come chiesto dalla comunità scientifica per non sprecare l'ultima finestra di opportunità per contenere la crisi climatica entro limiti gestibili.

Le trentaquattro parole prodotte con enorme fatica a Dubai sull'allontanarsi velocemente dai combustibili fossili ora sono un patrimonio comune, sono la richiesta di tutti i paesi, compresi quelli produttori di combustibili fossili. Il punto non è lo scarso valore legale di questo testo, ma il suo immenso peso politico.

Finora i paesi della Terra erano riusciti a trovare un'intesa solo sul «cosa fare» (contenere l'aumento delle temperature) ma mai sul «come farlo». L'idea che il clima fosse un problema di combustibili fossili era il messaggio di scienza e ambientalisti, da ieri è patrimonio della comunità politica delle nazioni, trasversalmente a ogni differenza. Iniziare a smettere di affidarsi alle fonti fossili già questo decennio non è più solo la richiesta ragionata degli scienziati o quella disperata di [Greta Thunberg](#) o Ultima generazione.

È questo che rende ciò che è successo ieri nella plenaria di Cop28 a Dubai storico, nonostante la formulazione sia linguisticamente debole e non ci sia niente di immediatamente applicabile nel testo. Da stamattina ogni forza politica che chiede una strategia energetica non fossile può rivendicare che dietro quella richiesta c'è un consenso globale, che include tutti, compresi Stati Uniti, Cina, Arabia Saudita o Qatar.

È il motivo per cui l'industria oil and gas era così nervosa per questa Cop28, per questo ha mandato migliaia di lobbisti ed esperti di pubbliche relazioni, per questo ha investito milioni di dollari in campagne pubblicitarie mirate durante l'evento: per evitare esattamente quello che è successo ieri mattina. Le conferenze sul clima erano nate trent'anni fa per tradurre in politica la conoscenza scientifica. La Cop28 ha mandato un messaggio politico esplicito, ora sta a chiunque faccia politica, a qualsiasi livello, tradurlo sul piano delle idee e delle policy concrete.

UN ACCORDO IMPERFETTO

Quello di Dubai è un accordo contraddittorio e imperfetto, come inevitabile che fosse. Riconosce l'importanza di accelerare su tecnologie a zero o basse emissioni, tra cui rinnovabili, idrogeno, nucleare e cattura e stoccaggio della CO₂.

Quest'ultima è una vittoria dei produttori di petrolio e gas, anche se il testo ne riconosce l'utilità solo nei settori in cui è più difficile abbattere le emissioni, per limitarne un uso indiscriminato (e su questa precisazione si vede il peso dell'Europa). Un'altra vittoria del fronte delle fossili è il riconoscimento al ruolo che i combustibili di transizione possono giocare nella transizione per la sicurezza energetica.

«Quella multilaterale è il tipo di politica più difficile che ci sia», ha detto l'inviato per il clima degli Stati Uniti John Kerry nella plenaria finale. «Tutti tornano a casa scontenti di qualcosa, di un paragrafo o una parola, ma un messaggio politico è stato mandato».

Il primo orizzonte in cui far atterrare le intenzioni dell'accordo siglato a Dubai sono gli Ndc (**nationally determined contribution**), gli impegni che i paesi devono aggiornare entro il 2025, come previsto dall'[accordo di Parigi](#). Finora erano stati insufficienti sia nell'intenzione che nell'applicazione.

L'urgenza che si respirava a questa Cop veniva proprio da qui: con gli ndc attuali la traiettoria di aumento delle temperature viaggia verso +3°C. Da lì deriva ogni altra politica nazionale: trasporti, riscaldamento, elettricità, industria. Ogni paese, «secondo le diverse circostanze nazionali», sarà chiamato a mettere obiettivi più ambiziosi in ogni settore. È lì che si vedrà quanto il messaggio politico di Cop28 sarà stato convincente e condiviso.

A differenza di alcune interpretazioni apparse nel dibattito italiano, Cop28 non mette sullo stesso piano nucleare e rinnovabili. L'atomo è presente come opzione legittima, sulle rinnovabili c'è invece un impegno a triplicarle globalmente in sei anni, raddoppiando l'efficienza energetica. Sono pesi e livelli completamente diversi.

Nota a margine: mentre questo accordo storico veniva applaudito dai ministri di tutto il mondo (ed Europa), il nostro, Pichetto Fratin, pubblicava su Instagram una sua foto con una racchetta da ping pong in mano.

[Le 34 parole per salvare il mondo: ecco perché Cop28 può essere una svolta \(editorialedomani.it\)](https://www.editorialedomani.it/le-34-parole-per-salvare-il-mondo-ecco-perche-cop28-può-essere-una-svolta)



Campus Bio-Medico: il modello One Health piace all'88% degli italiani ma è tempo di realizzarlo

Quale futuro per la salute e il welfare in Italia e in Europa? Il modello One Health è di interesse per l'88% degli italiani e il 70% ritiene che sia di probabile realizzazione. È quanto emerge dal Rapporto Campus Bio-Medico – One Health presentato nel corso dell'evento 'Salute e Sostenibilità Sociale, Economica e Ambientale', al Senato. L'indagine è il risultato di una ricerca sociale condotta dall'Istituto Piepoli attraverso tecniche di analisi quali-quantitative. Dato ancora più interessante dal momento che il 60% degli italiani pensa che il futuro del proprio Paese sarà peggiore del presente, per il 70% la salute è il nodo cruciale, seguita da lavoro e ambiente e per il 36% i giovani saranno più in difficoltà.

La visione One Health

Dal Rapporto emerge che i concetti di integrazione ed equilibrio fanno parte dei vissuti e delle aspettative delle persone. La visione One Health è oggi conosciuta dal 15% dei cittadini europei, italiani compresi, percentuale che sale al 24% (23% europei) quando questa viene descritta. L'approccio One Health è considerato l'unica chance possibile per affrontare le principali sfide dei prossimi anni e la consapevolezza dell'interdipendenza tra salute del pianeta e salute dell'uomo deve necessariamente guidare le scelte politiche future e quelle degli attori sociali ed economici, oltre che gli sviluppi per medicina e sanità (interessante per l'88% degli italiani, auspicato dal 70%).

Guardare al futuro

Si guarda al futuro in bilico tra speranza e apprensione: due terzi circa degli italiani (60%) ed europei (58%) pensano che il futuro del proprio Paese sarà peggiore del presente. A questi si contrappone una fetta altrettanto importante di popolazione più positiva e ottimista: gli europei si rilevano leggermente più ultra-ottimisti degli italiani (per il 21% degli stranieri il futuro sarà migliore di adesso vs il 16% degli italiani).

Inoltre, non si vedono solo aspetti negativi nel futuro: per esempio, c'è fiducia nella scuola (più del 30% degli individui pensano che avrà un'importanza fondamentale) e nella scienza medica (il 28% dei cittadini sostiene che molte malattie saranno sconfitte). L'Italia sembra dover affrontare da qui al 2050 alcune sfide: tra le altre, un andamento demografico particolarmente aggravato dalla bassa natalità e dalla fuga all'estero dei talenti e dei giovani; una maggiore longevità rispetto alla media europea, ma non in salute; una mancanza di visione e di politiche di sostegno e di welfare efficaci per i progetti di vita dei giovani; forti squilibri nell'accesso alla sanità tra le Regioni. A fronte del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, la solidarietà intergenerazionale appare uno strumento importante in ogni Paese oltre che un meccanismo fondamentale per l'evoluzione dell'uomo e della società.

La salute è il nodo cruciale

La salute è il nodo cruciale per tutti i cittadini (70% italiani, 74% europei), seguita da lavoro (60% italiani, 40% europei) e ambiente (48% italiani, 39% europei). In questo quadro, il 52% dei cittadini italiani si dichiara insoddisfatto dell'attuale gestione della salute, mentre il 48% ne è soddisfatto. Le persone lamentano un peggioramento su salute e ambiente negli ultimi anni (37% degli italiani): promosse ricerca e attenzione individuale alla salute, ma è allarme su liste d'attesa e carenza di medici. Un terzo delle persone pensa che tra 25 anni la gestione di salute e ambiente sarà migliore di ora, un terzo che sarà come ora, un terzo che sarà peggio.

I sistemi sanitari europei

I sistemi sanitari europei soffrono oggi di un'importante crisi strutturale, aggravata dagli squilibri demografici e dalla carenza di risorse umane. La ricerca sottolinea che la priorità in futuro è perseguire una

maggior sostenibilità ed efficienza economica per poter erogare servizi e cure di qualità; l'alleanza con il settore privato accreditato sarà una risorsa per la sua sostenibilità ed efficienza in futuro.

In Italia si prevede anche una riorganizzazione dei diversi presidi e centri di riferimento per la domanda di cure e salute. Lo scenario plausibile, già in qualche modo tracciato dal PNRR, è in logica di continuità e sinergia tra presidi territoriali e hub ospedalieri, con un ruolo rafforzato e centrale della medicina territoriale. Inoltre, si svilupperà maggiormente anche la medicina domiciliare, stimolata sia dalla domanda, sia dall'evoluzione tecnologica degli strumenti e apparati. L'evoluzione delle tecniche di intervento e cura, sempre meno invasive, consentiranno anche una minore ospedalizzazione.

Prevenzione e approccio integrale

Prevenzione e approccio integrale sono i paradigmi del futuro, in quanto la medicina diventerà più sistemica e meno settoriale; si stanno già profilando come i futuri approcci primari e saranno favoriti, da un lato dalla crescente attenzione a stili di vita corretti e salutisti, dall'altro dalle evoluzioni biotecnologiche e scientifiche che riguarderanno le discipline mediche (es. genetica e genomica).

Riguardo la prevenzione, per gli italiani appartiene ancora principalmente alla sfera medica: per il 66% la prevenzione riguarda screening e controlli periodici, per il 60% stile di vita corretto e per il 52% attenzione all'alimentazione. All'estero è più una forma mentis, uno stile di vita, un concetto penetrato nell'esperienza: per il 60% riguarda l'attività fisica e il movimento, per il 57% attenzione all'alimentazione e per il 55% stile di vita corretto. La maggioranza delle persone, soprattutto in Italia, si dice disposta a modificare il proprio stile di vita (il 45% degli italiani e il 39% degli europei è molto disponibile). Impatto tecnologico

Nuove tecnologie e Intelligenza Artificiale saranno alleate fondamentali della sanità e dell'evoluzione biomedica. Il loro impatto sarà significativo e fondamentale nei prossimi 25 anni (già ora se ne stanno vedendo gli effetti) sia per lo sviluppo di nuovi approcci medici e della biomedicina, sia per una maggiore sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

Consentiranno evoluzioni a diversi livelli e su diversi piani: dalla digitalizzazione di processi e di dati, alla processazione ed elaborazione e condivisione della grandissima mole di dati disponibili per la medicina e le pratiche di salute pubblica, alla possibilità di una maggiore medicina domiciliare, alla progettazione di contesti urbani sostenibili. Infine, già oggi, fra il 30% e il 40% dei cittadini si immagina immerso in un mondo virtuale e totalmente dipendente dalla tecnologia. Longevity in salute

L'invecchiamento della popolazione è uno dei fenomeni più impattanti per l'Europa nei prossimi anni.

La curva demografica non potrà essere invertita nei prossimi 25 anni a causa dei ritardi degli interventi necessari, ma il vero obiettivo per il futuro è raggiungere una Longevity in salute. Le ricadute percepite sono molteplici e impattanti su diverse sfere di vita, categorie professionali e segmenti generazionali.

Al momento è quasi nulla la percezione dell'opportunità fornita dalla silver economy. Per il 50% degli italiani ci sarà un aumento della spesa sanitaria, per il 43% serviranno più caregiver e per il 36% i giovani saranno più in difficoltà.

Hanno preso parte all'evento David Granieri, presidente Coldiretti Lazio, che ha portato i saluti del Presidente di Coldiretti Ettore Prandini; Giovanna Tranfo, Direttrice Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale, INAIL. La ricerca è stata illustrata da Livio Gigliuto, Sociologo e Presidente Esecutivo Istituto Piepoli.

L'evento ha avuto il gratuito patrocinio delle seguenti Istituzioni: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza energetica, Ministero dell'Università e della Ricerca, Parlamento Europeo, Commissione Europea, Regione Lazio, Roma Capitale, Istituto Superiore di Sanità, INAIL Andrea Abodi, ministro per lo Sport e i Giovani, ha osservato che:

“Il Campus Bio-Medico rappresenta una realtà all'avanguardia nella comprensione dei fenomeni al fine di trovare una chiave per affrontare la transizione dalla cultura della cura a quella della prevenzione. Occorrono su questo versante numerosi passi in avanti. La prospettiva One Health, tra l'altro, è molto vicina a quella dell'ecologia integrale che Papa Francesco evoca più volte. Sotto questo profilo lo sport assume un'importanza fondamentale, poiché contribuisce al benessere e alla qualità della vita. Per il mondo, lo sport è contributo alla qualità della vita e per noi, molto più spesso, è quantificazione delle vittorie. Siamo vincenti e non convincenti, nel senso che non riusciamo a sviluppare la cultura del movimento. È necessario trasferire questa interdisciplinarietà a livello di Governo per portare avanti una visione di lungo periodo e una progettualità misurabile nel quotidiano”.

Marcello Gemmato, sottosegretario al ministero della Salute, delegato dal presidente del Consiglio dei Ministri Giorgia Meloni, ha dichiarato che: “Il Ministero della Salute ha particolarmente a cuore il tema centrale del One Health. Nel Rapporto vengono evidenziate alcune criticità del sistema in primis le liste d'attesa e la carenza di medici e operatori sanitari. Su questo versante il Governo ha messo a disposizione risorse significative a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale e delle Regioni coinvolgendo anche il privato convenzionato. L'obiettivo è quello di migliorare le cure per i cittadini. Occorre, al contempo, un approccio nuovo alla salute, tendendo a nuovi modelli organizzativi e mirando alla prevenzione attraverso interventi di carattere strutturale a partire dalla medicina territoriale”.

Per **Carlo Tosti**, presidente Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e Università Campus Bio-Medico: “Il modello One Health è l'unica chance per il nostro futuro comune. Anche i dati della ricerca

sociale lo testimoniano: è una visione estremamente interessante per i cittadini ed è l'orientamento auspicato per il cambiamento. Per il Campus Bio-Medico, One Health è la stella polare. Attraverso il nostro piano di sviluppo al 2045, il Social Green Masterplan come modello di innovazione e sostenibilità al servizio del Paese, siamo proiettati verso una sola salute del pianeta secondo un percorso avviato dal Campus trenta anni fa”.

Per **Marcella Trombetta**, preside Facoltà di Scienze e Tecnologie per lo Sviluppo Sostenibile e One Health di UCBM: “Il Rapporto Campus Bio-Medico – One Health evidenzia chiaramente la necessaria interdipendenza tra salute umana, animale e ambientale. Tale “coscienza One Health” deve riguardare anche il sapere in un approccio interdisciplinare, per cui anche la medicina deve uscire dalla logica episodica della cura della singola malattia per entrare, invece, in una dimensione integrata. In tal senso, appare necessario ipotizzare un nuovo umanesimo che, mettendo a sistema le conoscenze e le innovazioni della medicina, della biologia e dell'ingegneria, consenta il superamento dei modelli antecedenti, entrati in crisi con la recente pandemia”.

Margherita Ferrante, presidente Comitato scientifico International One Health Conference, ha rilevato che: “È necessario portare avanti azioni dirette alla realizzazione del One Health al fine di garantire un benessere sostenibile e il rispetto della salute e dell'ambiente. Occorre investire maggiori risorse per la prevenzione e diffondere la cultura del One Health a partire da una programmazione adeguata di cosa vogliamo essere fra cinquant'anni come popolazione”.

Gilberto Dialuce, presidente ENEA - Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile, ha evidenziato che: “l'approccio multidisciplinare del One Health viene già perseguito dagli enti di ricerca e appare imprescindibile nel contesto attuale. Si tratta di un approccio complessivo e olistico che costituirà la chiave vincente. Il tema della sostenibilità ci vede particolarmente coinvolti attraverso attività di formazione e collaborazione con il Campus Bio-Medico nello sviluppo di progetti comuni. L'approccio One Health è molto interessante per la sua multidisciplinarietà che si focalizza su una ricerca che deve essere svolta su tutti i campi. Questa visione va perseguita a tutti i livelli per traghettare il Paese verso la decarbonizzazione e l'efficientamento energetico”.

Alessandro Miani, presidente SIMA - Società Italiana di Medicina Ambientale, ha affermato che: “Salvaguardare l'ambiente tutelando la biodiversità complessiva è, oggi, prioritario. Attraversiamo un momento di grande opportunità di crescita per l'Italia, e come Paese pilota possiamo contribuire al miglioramento delle condizioni a livello planetario. È fondamentale intervenire per salvaguardare gli ecosistemi e la biodiversità complessiva. Possiamo vincere le sfide importanti che abbiamo davanti soltanto con un cambio di passo culturale”.

“Ciò di cui si discute oggi è un elemento di grande innovazione e vitalità per l'ecosistema delle imprese italiane esistenti e nascenti e un ottimo punto di congiunzione fra il mondo della ricerca universitaria e il mondo delle imprese - ha rilevato **Agostino Scornajenchi**, Amministratore Delegato CDP Venture Capital -. L'Italia è un Paese che ha grandissime capacità di ricerca, ma possiede un tasso di conversione in strumenti di mercato e in imprese ancora molto basso. La filiera del Venture Capital vuole in questo momento proporsi come un elemento abilitante. Dobbiamo riscoprire la capacità di attivare le nostre migliori energie e i nostri migliori ricercatori, per fare in modo che le iniziative di oggi diventino piccole, medie e poi grandi imprese di domani”.

Per **Domenico Mastrolitto**, Direttore Generale del Campus Bio-Medico SpA: “Il nostro impegno è quello di offrire nuovi servizi al territorio e alla comunità, volti alla cura e alla socialità intergenerazionale, con spazi in cui i laboratori si chiameranno parchi della ricerca e per la formazione integrale. Un unicum insieme alla natura per il sostegno della biodiversità e per il raggiungimento degli obiettivi dell'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, ai quali il Social Green Masterplan del Campus Bio-Medico è in linea”.



<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2023-12-13/campus-bio-medico-modello-one-health-piace-88percento-italiani-ma-e-tempo-realizzarlo-125724.php?uuid=AFC8pB2B&cmpid=nlqf>

la Repubblica

Raggiunto il record di anidride carbonica degli ultimi 14 milioni di anni: mai così tanta nell'atmosfera

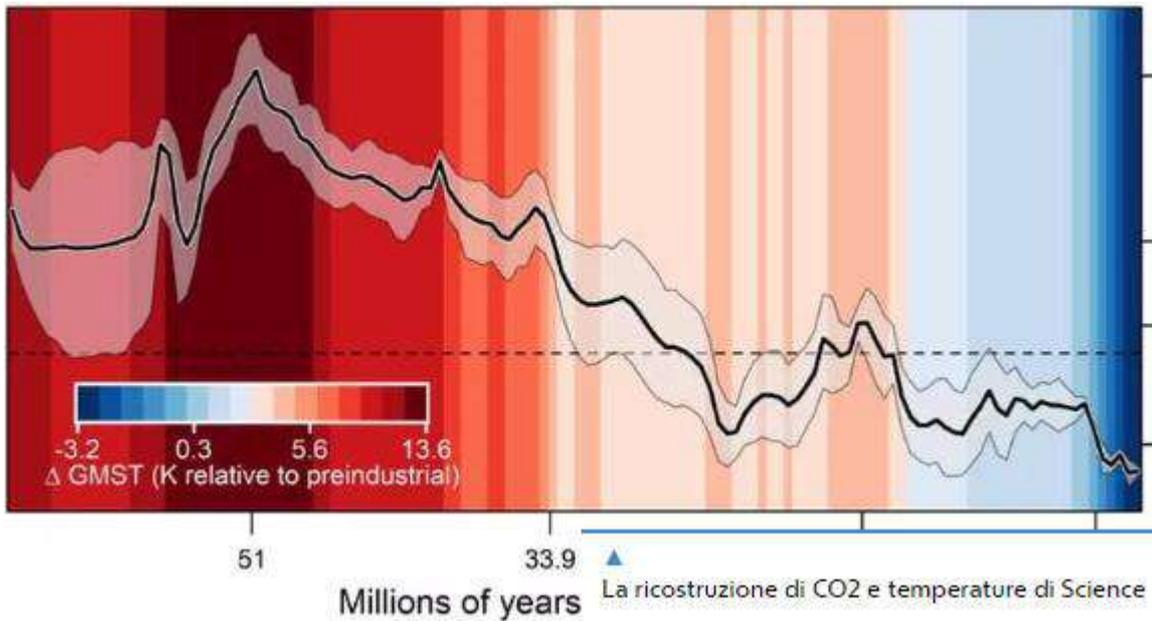
Elena Dusi

Uno studio su **Science** ricostruisce le concentrazioni di CO₂ e le temperature della Terra negli ultimi 66 milioni di anni. Previsti 5° in più per la fine del secolo. “Non ci siamo evoluti per temperature così calde” “Veramente, veramente inedito per l'evoluzione della Terra”. Dopo aver ricostruito 66 milioni di anni di storia delle temperature del pianeta, la ricercatrice della Columbia University Bärbel Hönlisch commenta così quel che accade al clima oggi.

Sono infatti 14 milioni di anni che l'atmosfera non raggiunge concentrazioni di anidride carbonica simili a quelle attuali. Quando, 51 milioni di anni fa, i valori di CO₂ hanno toccato il loro picco, le temperature sul pianeta erano per i nostri gusti intollerabili: 12 gradi in più rispetto a oggi.

La ricostruzione appena [pubblicata](#) su Science di quel che è accaduto negli ultimi 66 milioni di anni – in termini di concentrazione di CO₂ in atmosfera e, di conseguenza, di temperature sul pianeta - è la più lunga e completa mai realizzata finora. Ci hanno lavorato per 7 anni 80 scienziati di 16 paesi coordinati da Hönlisch. E se quel che è accaduto in passato rispecchia quel che ci attende in futuro, davanti a noi potremmo avere una situazione poco rassicurante.

La prima misurazione diretta dell'anidride carbonica risale al 1958. “Siamo passati dalle 315 parti per milione di CO₂ di allora alle 419 del 2022” scrivono gli autori su Science. “Per spingersi oltre questi dati e prevedere come il clima della Terra risponderà a ulteriori aumenti del gas serra, però, abbiamo bisogno di modelli che facciano capire quanto in passato la temperatura è salita all'aumentare dell'anidride carbonica”. Non si tratta di una curiosità fine a sé stessa se, come prevedono gli autori dello studio, la CO₂ in atmosfera potrebbe raggiungere fino a 800 parti per milione (ppm) da qui al 2.100 - gli scienziati non hanno evidentemente troppa fiducia nei negoziati della [COP28](#) - con temperature superiori anche di 5-8 gradi rispetto all'oggi.



Per capire quanta CO₂ c'era nell'atmosfera del passato abbiamo due strategie. La prima è estrarre carote di ghiaccio ad esempio dall'Antartide. Il ghiaccio più profondo è anche il più antico.

Analizzando le bolle d'aria rimaste intrappolate tra i cristalli è possibile misurare la quantità di anidride carbonica. Il metodo però permette di tornare indietro solo di 800mila anni. E mai, in tutto questo periodo, la CO₂ aveva superato le 300 parti per milione.

Per proseguire più indietro nel tempo occorre affidarsi a tracce indirette: Lo studio antico di piante fossili, minerali o plancton permette di dedurre in modo indiretto la concentrazione di anidride carbonica nelle epoche remote.

Il massimo della concentrazione di gas serra risale a circa 50 milioni di anni fa. Ai 1.600 ppm di allora corrispondono temperature di 12 gradi più calde rispetto a oggi. E quando, 56 milioni di anni fa, si è verificato un aumento di CO₂ rapido quanto l'attuale, ci sono voluti 150mila anni perché il picco di anidride carbonica si dissipasse e si tornasse ai valori precedenti.

Da 34 milioni di anni fa, poi, la CO₂ è scesa con più decisione (720 ppm) e si è formato il ghiaccio ai poli. Alternando ere glaciali e interglaciali, la temperatura da allora è rimasta sempre più fredda rispetto alle torride ere precedenti, con concentrazioni di CO₂ tra 250 e 300 ppm.

Poi, circa due secoli fa, con la rivoluzione industriale, la storia ha preso un corso nuovo e, per dirla con le parole di Hönlisch, "veramente, veramente inedito".

In passato erano state cause naturali poco chiare a gonfiare l'aria di CO₂. Oggi la causa dell'aumento del gas serra è in buona parte l'emissione dai combustibili fossili. Quando raggiungeremo le 600 o 800 ppm di anidride carbonica – con tutta probabilità alla fine del secolo - il clima assomiglierà a quello dell'eocene (30-40 milioni di anni fa), quando i poli erano privi di ghiaccio e la Terra era popolata, ad esempio, da giganteschi insetti. "La nostra specie – dice Hönlisch – si è evoluta negli ultimi 3 milioni di anni. Non abbiamo mai provato cosa vuol dire vivere in climi così caldi".

https://www.repubblica.it/cronaca/2023/12/08/news/clima_record_anidride_carbonica_14_milioni_anni-421605798/?ref=RHLF-BG-P21-S2-T1

Cop28, l'Italia bocciata in clima: scende al 44° posto nella classifica di Legambiente-Germanwatch

Luca Fraioli

Nessuna nazione ha raggiunto la performance necessaria per contribuire a fronteggiare l'emergenza climatica e contenere il surriscaldamento del pianeta entro la soglia critica di 1.5°C

Italia bocciata in clima. Anzi, retrocessa: dal 29esimo al 44esimo posto. È il verdetto del rapporto annuale di Germanwatch, CAN e NewClimate Institute, in collaborazione con Legambiente, sulla performance climatica dei principali paesi del Pianeta, presentato oggi alla [Cop28 di Dubai](#).

È una magra consolazione che il podio sia andato deserto, perché nessuna nazione ha raggiunto la performance necessaria per contribuire a fronteggiare l'emergenza climatica e contenere il surriscaldamento del pianeta entro la soglia critica di 1.5°C.

In testa alla classifica si conferma, ma con il quarto posto, la Danimarca, grazie soprattutto alla significativa riduzione delle [emissioni climalteranti](#) e allo sviluppo delle [rinnovabili](#). Seguono Estonia (5° posto) e Filippine (6°), che rafforzano la loro azione climatica nonostante le difficoltà economiche. In fondo alla classifica troviamo, invece, Paesi esportatori e utilizzatori di combustibili fossili come Emirati Arabi Uniti, organizzatori della Cop28 (al 65° posto), Iran (66°) e Arabia Saudita (67°).

La Cina, maggiore responsabile delle emissioni globali, rimane stabile al 51° posto dello scorso anno: nonostante il grande sviluppo delle rinnovabili e il miglioramento dell'efficienza energetica, le emissioni cinesi continuano a crescere per il forte ricorso al carbone. Gli Stati Uniti, secondo emettitore globale, si posizionano invece al 57° posto.

Solo tre membri del G20 sono nella parte alta della classifica: India e Germania (14° posto) insieme all'Unione europea (16°). Il dato complessivo della Ue fa risaltare ancor più il 44° posto dell'Italia.

La classifica ([qui](#) il .pdf) è stilata attraverso il Climate Change Performance Index (Cccpi), prendendo come parametro di riferimento gli obiettivi dell'[Accordo di Parigi](#) e gli impegni assunti al 2030. Il Ccpi si basa per il 40% sul trend delle emissioni, per il 20% sullo sviluppo sia delle rinnovabili che dell'efficienza energetica e per il restante 20% sulla politica climatica.

I dati confermano, se ce ne fosse bisogno, che è urgente intervenire. "Entro il 2030", spiega Mauro Albrizio, responsabile ufficio europeo di Legambiente, "le emissioni globali vanno quasi dimezzate, grazie soprattutto alla riduzione dell'uso dei combustibili fossili.

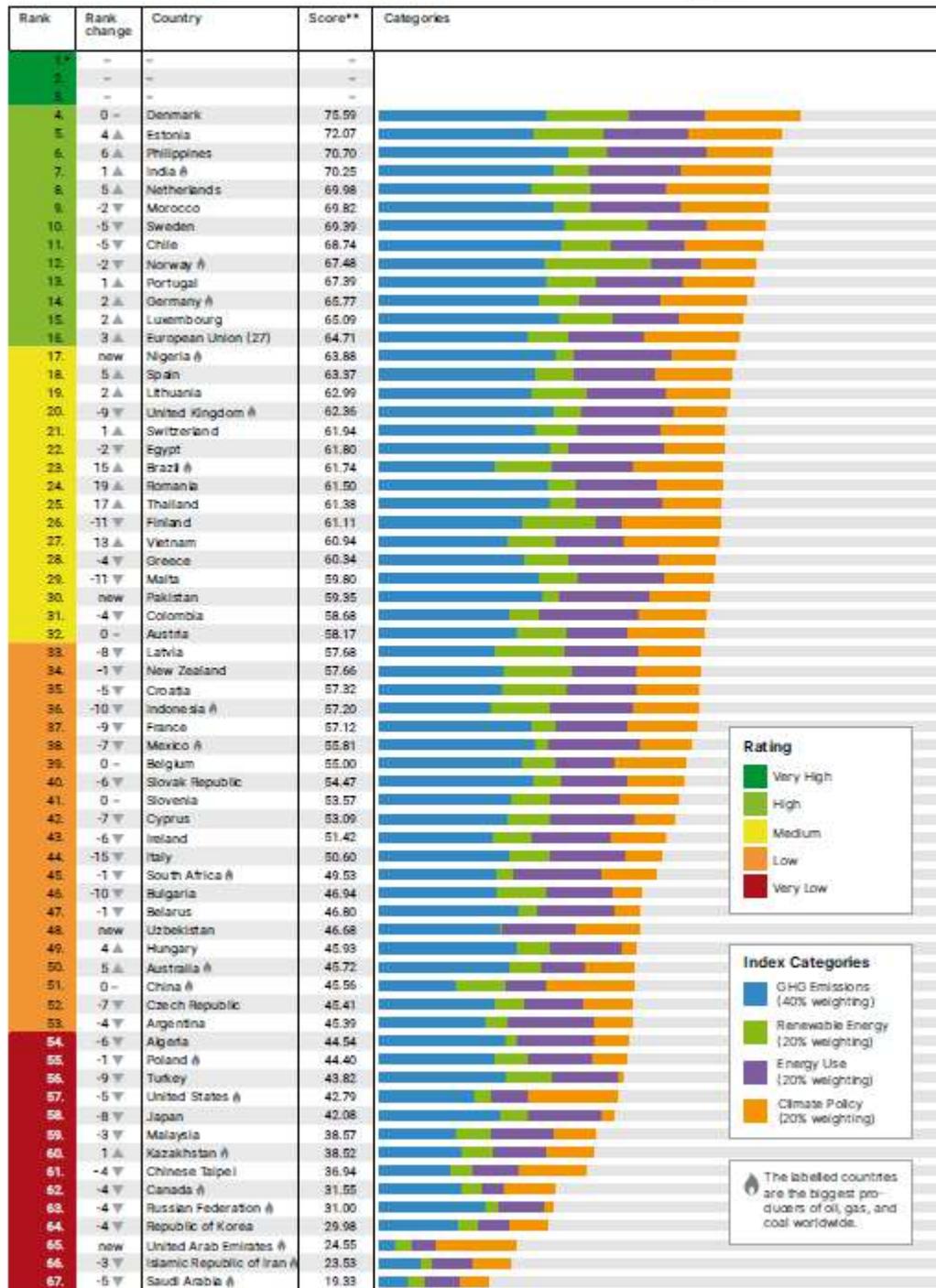
Alla Cop28 in corso a Dubai è cruciale raggiungere un accordo ambizioso che preveda di [triplicare la capacità installata di energia rinnovabile](#), raddoppiare l'efficienza energetica e avviare da subito il phasing-out delle fossili. Solo così sarà possibile una drastica riduzione entro il 2030 dell'utilizzo di carbone, gas e petrolio, mantenendo ancora vivo l'obiettivo di contenere il riscaldamento globale del pianeta entro la soglia critica di 1.5°".

Per quanto riguarda l'Italia che perde posizioni, il giudizio è ancora più severo. "Serve una drastica inversione di rotta", commenta il presidente nazionale di Legambiente Stefano Ciafani. "Secondo il Paris Compatible Scenario elaborato da Climate Analytics, il nostro Paese entro il 2030 potrebbe ridurre le sue emissioni climalteranti di almeno il 65%, grazie al 63% di rinnovabili nel mix energetico ed al 91% nel mix elettrico.

E così arrivare nel 2035 al 100% di rinnovabili nel settore elettrico, confermando l'uscita dal carbone entro il 2025 e prevedendo quella dal gas fossile entro il 2035".

E invece l'attuale aggiornamento del Piano Nazionale Integrato Energia e Clima (Pniec) prevede un taglio delle emissioni entro il 2030 di appena il 40.3% rispetto al 1990. Un ulteriore passo indietro rispetto al già inadeguato 51% contemplato dal Pnrr.

Climate Change Performance Index 2024 – Rating table



*None of the countries achieved positions one to three. No country is doing enough to prevent dangerous climate change.
 ** rounded

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/12/08/news/legambiente_germanwatch_politiche_clima_italia-421606457/?ref=RHLF-BG-P17-S1-T1

La nuova classe di refrigeranti “protetti dall’ozono” potrebbe presentare svantaggi inattesi

Le idrofluoroolefine potrebbero esacerbare il riscaldamento globale, anche se le implicazioni nel mondo reale non sono chiare

12 dicembre 2023

Alix Soliman

Chiamatelo un caso dalle conseguenze indesiderate. Nel 2013, una nuova classe di refrigeranti chimici, utilizzati per raffreddare qualsiasi cosa, dalle case ai congelatori, ha sostituito quelli che stavano distruggendo lo strato di ozono. Ma uno studio pubblicato questa settimana rileva che alcuni dei nuovi composti, noti come idrofluoroolefine (HFO), possono creare fluorofornio, un gas che ha un potenziale di riscaldamento globale 14.800 volte peggiore dell’anidride carbonica.

Tuttavia, le effettive implicazioni del lavoro – pubblicato negli Atti della National Academy of Sciences – non sono chiare, afferma Stephen Montzka, uno scienziato atmosferico presso la National Oceanic and Atmospheric Administration degli Stati Uniti che non è stato coinvolto nella ricerca. La quantità di fluorofornio prodotta dagli HFO è minima, osserva, quindi hanno ancora un potenziale di riscaldamento globale inferiore rispetto alle sostanze chimiche utilizzate in passato.

I refrigeranti vanno e vengono apparentemente con la stessa frequenza delle stagioni. Prima vennero l’ammoniaca e altre sostanze tossiche. Poi negli anni ’30 i clorofluorocarburi (CFC) presumibilmente più sicuri. Quattro decenni dopo, gli scienziati si resero conto che i CFC degradano l’ozono e il Protocollo di Montreal del 1987 ne chiese il divieto. Il passo successivo è stato quello degli idrofluorocarburi (HFC). Sono più rispettosi dell’ozono, ma possono rimanere nell’atmosfera fino a 260 anni e intrappolano il calore con un’abilità infernale. L’emendamento di Kigali al Protocollo di Montreal, approvato nel 2016, mira a eliminare gradualmente l’80% degli idrofluorocarburi entro la fine degli anni ’40, creando la necessità di una nuova, quarta generazione di refrigeranti.

Inserisci gli HFO. Hanno guadagnato popolarità perché si decompongono nell’atmosfera nel giro di pochi giorni, dando loro poche possibilità di intrappolare il calore. La parte volatile “olefina” della sostanza chimica reagisce con i radicali idrossilici, ossidanti altamente reattivi noti per degradare gli inquinanti atmosferici. Questa reazione degrada rapidamente gli HFO, guadagnando loro un basso potenziale di riscaldamento globale da parte del Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici. Per fare questo calcolo, l’agenzia valuta quanto calore intrappola una sostanza e quanto tempo dura nell’atmosfera rispetto all’anidride carbonica.

Ma “Il mondo è in realtà più complicato di così”, afferma Max McGillen, chimico dell’atmosfera presso il CNRS, l’agenzia nazionale di ricerca francese. Nessuno ha studiato cosa succede se l’olefina reagisce con l’ozono invece che con i radicali idrossilici, dice. L’interazione trascurata può produrre fluorofornio, una sostanza chimica che rimane nell’atmosfera per 270 anni e intrappola molto calore.

Nel nuovo studio, McGillen e i suoi colleghi hanno testato come cinque diversi HFO hanno reagito con l’ozono in un cilindro di acciaio inossidabile da 123 litri. Dopo aver lasciato interagire le sostanze chimiche nella camera per un massimo di 2 giorni, il team ha prelevato campioni e li ha iniettati in uno spettrometro di massa per gascromatografia. La macchina identifica i diversi gas prodotti dalla reazione chimica e misura la quantità di ciascuno. Tre dei cinque HFO hanno prodotto piccole quantità di fluorofornio.

I ricercatori hanno poi modellato il modo in cui questa reazione chimica potrebbe svolgersi nell’atmosfera utilizzando una simulazione globale che imita la fisica e la chimica del nostro pianeta. È probabile che la stragrande maggioranza delle molecole HFO reagisca con i radicali idrossilici e si dissipi, afferma McGillen. Tuttavia, a seconda del composto specifico, è probabile che dallo 0,13% al 2,96% reagisca con l’ozono, riferiscono i ricercatori .

"Siamo le prime persone a riconoscere effettivamente questa chimica", afferma McGillen.

Il motivo principale per cui la percentuale è così piccola, osserva, è che solo il 10% dell'ozono terrestre è disperso nella bassa atmosfera, dove un HFO che si disperde nell'aria avrebbe la possibilità di reagire con esso. Il resto è concentrato molto più in alto nella stratosfera, in uno strato non più spesso di due penny, dove è improbabile che un HFO raggiunga, dice McGillen.

Sebbene la scoperta sia preoccupante, McGillen afferma: "Non è qualcosa di cui diventare troppo allarmisti". È necessario testare più HFO, afferma.

In ogni caso, "è molto importante esaminare il destino ambientale delle sostanze emesse nell'atmosfera, attraverso tutti i meccanismi", afferma Mark McLinden, un ingegnere chimico del National Institute of Standards and Technology, non coinvolto nello studio. "Quindi complimenti agli autori."

Curiosamente, afferma McGillen, uno degli HFO più diffusi analizzati dal team non produceva fluorofornio. Tuttavia, [altri studi](#) hanno messo in guardia sulla sua capacità di degradarsi nell'acido trifluoroacetico (TFA) "chimico per sempre" e [di inquinare l'acqua potabile](#). Inoltre, l'[Unione Europea prevede di vietare la maggior parte degli HFO](#) nel prossimo decennio.

"Spero che le aziende chimiche prendano nota di questa chimica", afferma McGillen. "Identifica la necessità di valutare realmente il destino di queste sostanze chimiche che vengono prodotte in modo più olistico".

https://www.science.org/content/article/new-class-ozone-safe-refrigerants-may-have-unexpected-downside?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLaTestNews&et rid=691092258&et cid=5023521



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Malattie trasmesse dall'acqua che sono sensibili alla variabilità climatica e ai cambiamenti climatici

Jan C. Semenza, Ph.D., MPH, e Albert I. Ko, MD

Tutte le fasi del ciclo di vita dei combustibili fossili rappresentano una minaccia per la salute umana, eppure l'eccessiva dipendenza globale dai combustibili fossili continua senza sosta, nonostante gli ambiziosi accordi internazionali volti a ridurre sostanzialmente le emissioni di gas serra entro il 2030. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, "La dipendenza moderna ai combustibili fossili non è solo un atto di vandalismo ambientale. Dal punto di vista sanitario, è un atto di auto-sabotaggio".¹ Una rapida transizione verso le energie rinnovabili è assolutamente necessaria, ma l'accesso all'energia pulita rimane una sfida, in particolare nel Sud del mondo, dove quasi 1 miliardo di persone sono servite da strutture sanitarie senza accesso a servizi energetici affidabili.²

La temperatura media globale è già aumentata di 1,15°C dalla Rivoluzione Industriale, con gli oceani che hanno assorbito il 90% di questo calore in eccesso, e i record della temperatura media globale degli oceani sono stati battuti a maggio, giugno, luglio e agosto 2023 (Fig. S1 nell'Appendice [Supplementare](#), disponibile con il testo completo di questo articolo su NEJM.org).³ Questo riscaldamento disturba il ciclo idrologico, ovvero il continuo movimento dell'acqua dalla terra all'atmosfera e viceversa.⁴ Nello specifico, l'aumento della temperatura aumenta l'evaporazione dall'oceano, aumentando artificialmente il vapore acqueo atmosferico, il gas serra più abbondante. Le precipitazioni terrestri globali sono aumentate in concomitanza con questi disturbi del ciclo idrologico, come evidenziato da un aumento della gravità degli eventi molto umidi. L'umidità evaporata dall'oceano ha raggiunto la California come un fiume atmosferico di forti piogge e inondazioni nel gennaio 2023 e come l'uragano Hillary, con precipitazioni per un anno in 1 giorno, nell'agosto 2023. La variabilità del ciclo idrologico include anche l'estremo opposto, con più siccità frequenti e gravi.⁵

Iscriviti per avvisi e aggiornamenti

Rimani aggiornato sui contenuti rilevanti del New England Journal of Medicine con avvisi e-mail gratuiti.

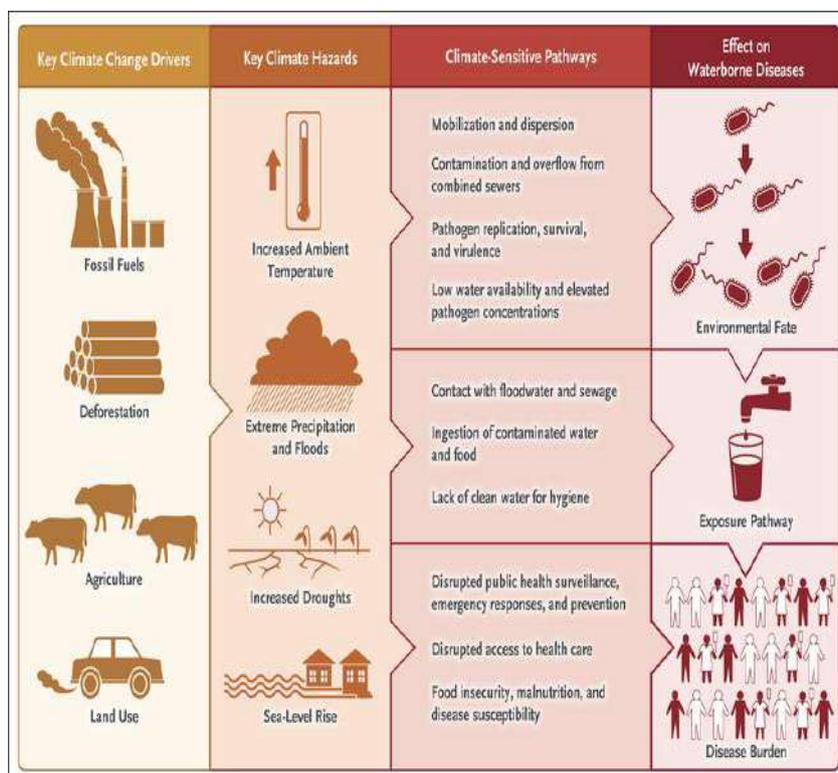


Figura 1 Percorsi attraverso i quali i cambiamenti climatici determinano il peso delle malattie trasmesse dall'acqua.

Climate Hazard and Pathogen	Environmental Effects on Pathogen	Effects on Human Exposure and Disease Risk
Increase in air and water temperature		
Typhoidal and nontyphoidal salmonella, shigella, <i>Vibrio cholerae</i>	Increased survival and growth, with infectivity retained in warm water	Increased because of higher pathogen burden in water sources and prolonged transmission season, affecting contact rates
Salmonella, shigella	Expression of virulence genes at higher temperature but repression at lower temperature	Increased because of exposure to more infectious pathogens
<i>V. vulnificus</i> , <i>V. parahaemolyticus</i> , <i>Naegleria fowleri</i>	Increased survival and growth of marine bacteria, resulting in bacterial blooms in coastal waters	Increased because of prolonged transmission season, affecting contact rates (e.g., recreational water use)
<i>N. fowleri</i> , acanthamoeba species	Increased growth or enhanced survival, with infectivity retained in warm, untreated fresh water (e.g., nutrient-rich lakes, ponds, and reservoirs)	Increased because of higher pathogen burden in water sources
Rotavirus, norovirus, cryptosporidium, <i>Giardia lamblia</i>	Die-off of pathogens and reduced infectivity in warm water	Decreased because of lower pathogen burden in water sources
Legionella	Enhanced growth and survival in biofilms on air-conditioning units, water heaters, or water delivery systems	Increased because of higher pathogen burden and dispersion by contaminated air-conditioning units or aerosolization by showerheads
Bacterial, protozoan, viral, and parasitic pathogens	Water purification may be more efficient as a result of improved disinfection with chlorination at higher temperatures; water purification may be less efficient if organic matter is solubilized at higher temperatures, which increases water turbidity in treatment plants, inhibiting chlorination and ultraviolet irradiation of potable water	Decreased or increased, depending on effects on pathogen burden in potable water
Precipitation and flooding		
Cryptosporidium, <i>G. lamblia</i>	Increased discharge from water treatment plants, industry, and animal-feeding operations due to flooding and infrastructure damage	Increased because of higher pathogen burden in water sources
<i>V. cholerae</i> , hepatitis A virus, other fecal pathogens	Compromised WASH infrastructure (e.g., wells and potable water sources) due to damage from flooding and extreme events	Increased because of higher pathogen burden in water sources
Leptospira, staphylococcus, hepatitis A virus, rotavirus	Increased pathogen mobilization and transport due to stormwater runoff and sewage overflow	Increased because of more frequent exposure to contaminated surface water (e.g., floodwater) and soil (e.g., mud)
<i>Escherichia coli</i> O157:H7 and other fecal pathogens from animal and human sources	Increased runoff from non-point sources (e.g., livestock manure, wildlife, or septic system); groundwater contamination with fecal pathogens during heavy precipitation in regions with insufficient water treatment; overwhelmed water treatment, resulting in contamination of water sources and river and lake sediments	Increased because of higher pathogen concentrations in surface water
Drought		
Fecal pathogens	Insufficient treatment options (e.g., home chlorination) when water sources, storage, or both are shifted during droughts	Increased because of higher pathogen burden in water sources and decreased hand hygiene with reduced water availability
Storm surge or sea-level rise		
Fecal pathogens, including vibrio species, from human, environmental, and animal sources	Suspension and dispersion of pathogens and contamination of drinking water during storm surges	Increased because of higher pathogen burden in water sources

* For an annotated version of this table with references, see Table S1 in the Supplementary Appendix. WASH denotes water, sanitation, and hygiene.

Tabella 1 Effetti dei rischi del cambiamento climatico su malattie trasmesse dall'acqua selezionate.

L'intensificazione del ciclo idrologico può avere implicazioni per i patogeni presenti nell'acqua perché i loro percorsi di esposizione sono strettamente legati al clima e alle condizioni meteorologiche locali ([Figura 1](#) e [Tabella 1](#)).⁶ Tuttavia, i fattori ambientali e climatici della trasmissione differiscono tra i patogeni, in quanto alcuni patogeni trasportati dall'acqua possono replicarsi al di fuori dell'ospite (ad esempio, salmonella e vibrio), mentre altri non possono (ad esempio, campylobacter, cryptosporidium e norovirus) ([Tabella 1](#)).⁷ Un cambiamento delle condizioni climatiche può quindi avere effetti diretti o indiretti sulla trasmissione, a seconda dell'agente patogeno.

Percorsi sensibili al clima per le malattie trasmesse dall'acqua

AUMENTO DELLA TEMPERATURA

Un aumento della temperatura ambiente influenza la trasmissione di agenti patogeni trasportati dall'acqua attraverso effetti diretti sulla loro crescita, sopravvivenza e infettività, nonché attraverso effetti indiretti sul loro destino ambientale e sui comportamenti che mettono le persone a rischio di esposizione ([Tabella 1](#) e [Figura 1](#)). Le malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima hanno un andamento stagionale distinto, per cui i caldi mesi estivi sono associati a una maggiore incidenza di infezioni batteriche diarroiche – in particolare salmonellosi e campilobatteriosi – a causa della maggiore forma fisica o del successo riproduttivo degli agenti patogeni a temperature più elevate.⁸⁻¹⁰ Inoltre, durante o al di fuori dei mesi estivi, una temperatura dell'aria più elevata è associata ad un'elevata incidenza di malattie diarroiche, sebbene questa relazione vari a seconda dell'agente patogeno.^{7,11,12} La maggior parte degli studi ha dimostrato un'associazione positiva tra temperatura e diarrea causata da agenti patogeni batterici.^{7,11,12} Al contrario, la maggior parte degli studi mostra che le infezioni da agenti patogeni virali come il rotavirus sono meno comuni con temperature più elevate, un risultato coerente con la loro labilità al calore ([Tabella 1](#)).^{7,11,12} Sebbene temperature dell'aria più elevate possano migliorare l'efficienza del trattamento microbico (e quindi della purificazione dell'acqua) negli impianti di trattamento dell'acqua, il calore estremo può avere effetti negativi sulla purificazione dell'acqua, inibendo la clorazione e l'irradiazione ultravioletta dell'acqua potabile, aumentando la solubilizzazione della materia organica e la torbidità dell'acqua. ([Tabella 1](#)). Il clima caldo aumenta anche la domanda di acqua potabile, igienico-sanitaria e igienico-sanitaria in un momento in cui le scorte potrebbero essere scarse, il che può aumentare ulteriormente la probabilità di esposizione umana agli agenti patogeni.

PRECIPITAZIONI ESTREME E INONDAZIONI

Le precipitazioni estreme possono mobilitare e ridistribuire i sedimenti contaminati da agenti patogeni fecali dai pascoli e dai campi montani e trasportarli verso corsi d'acqua, fiumi e laghi ([Tabella 1](#) e [Figura 1](#)).¹³ Negli ambienti urbani, il deflusso dalle strade e da altre superfici impermeabili può trasportare gli agenti patogeni verso i sistemi di raccolta a valle e scaricarli nelle acque superficiali o negli ambienti marini.¹⁴ La densità degli organismi patogeni è maggiore nel deflusso se le precipitazioni estreme sono precedute da periodi di siccità prolungati.¹⁵ Il deflusso delle acque piovane da un evento di forti precipitazioni trasporta sia particolato che rifiuti fecali, in particolare nelle aree prive di fognature funzionanti. Le fognature combinate che raccolgono i deflussi sono a rischio di traboccamento ([Figura 1](#)), rilasciando acque reflue nell'ambiente, inondando la presa d'acqua degli impianti di trattamento delle acque reflue e sovraccaricando o danneggiando le infrastrutture di trattamento. Casi di mancato trattamento dell'acqua o di contaminazione della fonte idrica che hanno portato all'esposizione delle persone nel bacino idrografico a malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima sono ben documentati negli Stati Uniti, nell'Europa settentrionale, nel Regno Unito e in Canada.¹⁶⁻¹⁹ Sia nelle regioni del mondo ricche che in quelle scarse di risorse, il drenaggio non è progettato per precipitazioni insolitamente intense e, attraverso una sequenza di eventi a cascata, possono verificarsi inondazioni.^{6,20} Le inondazioni possono inondare le infrastrutture basse nella pianura alluvionale, come le strutture sanitarie critiche, compromettendo la fornitura di cure, come è accaduto nel 2012 durante l'uragano Sandy, quando gli ospedali e i servizi di emergenza di New York hanno dovuto essere evacuati a causa di allagamenti e interruzioni di corrente.

SICCITÀ

Mentre si prevede che il cambiamento climatico causerà un aumento delle precipitazioni in molte parti del mondo, altre regioni sperimenteranno un aumento della siccità. Con la riduzione delle precipitazioni e l'aumento dell'evapotraspirazione, le acque sotterranee e superficiali diminuiscono, concentrando così gli agenti patogeni.²¹ La diminuzione del volume del fiume, con elevate concentrazioni di agenti patogeni, coincide stagionalmente con una maggiore domanda di acqua ([Tabella 1](#) e [Figura 1](#)). Elevate concentrazioni di agenti patogeni nelle acque superficiali possono quindi sopraffare gli impianti di trattamento delle acque, soprattutto quelli più vecchi. Inoltre, mentre nelle linee idriche vengono normalmente mantenute pressioni elevate per evitare che la contaminazione esogena possa fuoriuscire da linee fognarie parallele, tali pressioni non vengono mantenute durante i periodi di scarsità d'acqua, facilitando l'ingresso di contaminanti fecali e ponendo il rischio di esposizioni su larga scala della popolazione alle sostanze trasportate dall'acqua. agenti patogeni.²²

I dati sull'associazione tra siccità ed esiti di malattie trasmesse dall'acqua sono limitati.²³⁻²⁵ Tuttavia, in uno studio in cui è stato utilizzato un indice standardizzato di evapotraspirazione delle precipitazioni per la siccità e l'incidenza della diarrea tra i bambini di età inferiore a 5 anni è stata calcolata da indagini sanitarie in 51 paesi a basso e medio reddito, il rischio stimato di diarrea è aumentata del 5% con una siccità lieve durata 6 mesi e dell'8% con una siccità grave.²⁶ Il

rischio di diarrea era ridotto se nei luoghi in cui si lavavano le mani erano disponibili acqua e sapone. Tuttavia, la frequenza del lavaggio delle mani diminuisce significativamente durante i periodi di siccità rispetto ad altri periodi, a causa della ridotta disponibilità di acqua ([Tabella 1](#) e [Figura 1](#)).²⁷

TEMPESTE E INNALZAMENTO DEL LIVELLO DEL MARE

L'inarrestabile innalzamento del livello del mare associato al cambiamento climatico rappresenta una sfida a lungo termine per la vita e la sicurezza di milioni di persone che può essere affrontata solo in parte con dighe, strade rialzate, bonifica dei terreni e protezione delle falde acquifere ([Tabella 1](#) e [Figura 1](#)). Le mareggiate, un'altra manifestazione del cambiamento climatico, possono causare danni catastrofici e inondazioni. Dopo che l'uragano Katrina si è abbattuto sulla costa del Golfo degli Stati Uniti nel 2005, sono state osservate infezioni da vibrio derivanti dall'esposizione delle ferite alle acque alluvionali.²⁸ Allo stesso modo, un'epidemia di colera ha fatto seguito alla massiccia inondazione verificatasi quando il ciclone Idai colpì la costa sud-orientale dell'Africa a Beira, in Mozambico, nel [2019.29](#)

Onere delle malattie trasmesse dall'acqua attribuibili ai cambiamenti climatici

Ogni anno, 1,4 milioni di persone muoiono per malattie attribuibili alla mancanza di acqua potabile, servizi igienici e igiene di base nelle famiglie, nelle strutture sanitarie e nelle scuole.³⁰ Nel corso degli ultimi tre decenni, la diarrea è rimasta la terza causa principale del carico di malattia tra i bambini di età inferiore ai 10 anni, ma l'incidenza della diarrea è diminuita del 68% tra il 1990 e il 2019, in parte grazie al miglioramento dell'accesso a WASH (acqua, servizi igienico-sanitari e igiene), accesso alle cure, vaccinazioni e migliore nutrizione.³¹

Il cambiamento climatico minaccia di compensare questi vantaggi in termini di salute pubblica. Si prevede che il numero annuo di decessi dovuti a infezioni enteriche attribuibili alla temperatura sia compreso tra 10.000 e quasi 75.000 entro il 2050-2065, in uno scenario ottimistico (aumento della temperatura mantenuto sotto i 2°C entro il 2100) e uno scenario pessimistico (aumento della temperatura di rispettivamente da 3° a 4°C entro il 2100).³² Queste stime tengono conto degli effetti differenziali della temperatura su batteri e virus enterici, ma non degli effetti di ulteriori cambiamenti climatici (oltre alle anomalie della temperatura) sulle malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima. Ciononostante, la discrepanza nei tassi di infezione enterica previsti tra questi due scenari evidenzia l'impatto che gli investimenti negli interventi di sanità pubblica e nell'assistenza sanitaria, nonché le riduzioni sostanziali nell'uso di combustibili fossili, possono avere nel ridurre il peso dei trasporti idrici sensibili al clima. malattie.

Esempi di malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima

Di seguito vengono discussi quattro agenti patogeni di origine idrica sensibili al clima e di importanza per la salute pubblica. Questi e altri esempi sono inclusi nella [Tabella 1](#) .

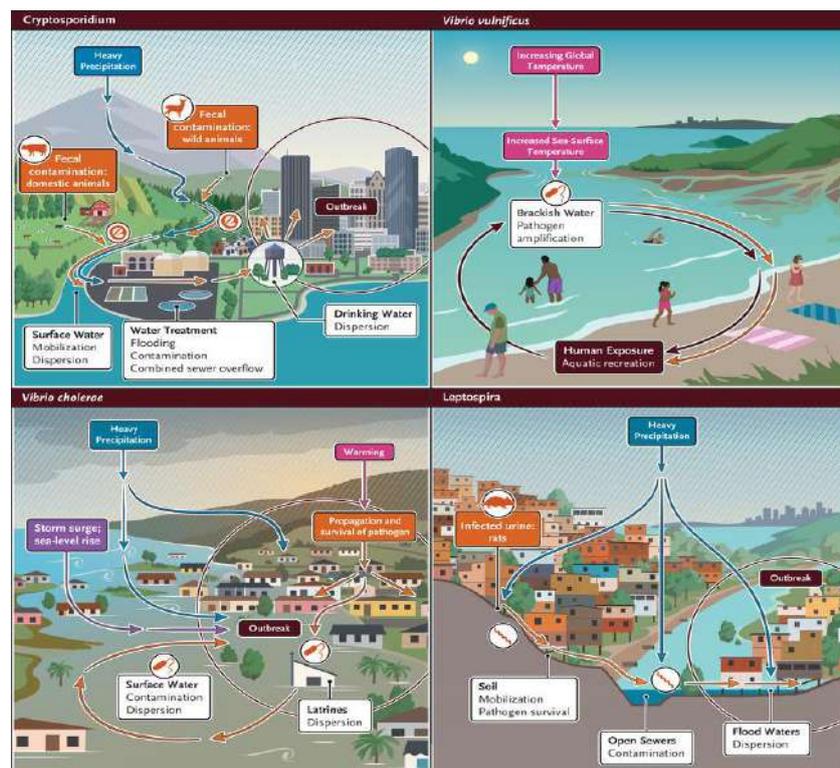


Figura 2 Esempi degli effetti dei cambiamenti climatici sulla trasmissione delle malattie.

I batteri *Vibrio* fanno parte degli ambienti marini e prosperano in acqua calda e salmastra (una miscela di acqua dolce e salata) ([Tabella 1](#) e [Figura 2](#)). Esistono diverse specie patogene di *Vibrio*, tra cui *V. parahaemolyticus* e *V. vulnificus* sono tra le fonti più comuni di intossicazione alimentare negli Stati Uniti. Entrambi gli agenti patogeni possono anche causare infezioni della ferita, che possono progredire – soprattutto tra le persone con malattia epatica cronica o condizioni di immunocompromissione – fino alla fascite necrotizzante, alla necessità di amputazione, setticemia e morte. Con l'aumento della temperatura della superficie del mare, queste specie di *Vibrio* si sono espanse verso le latitudini settentrionali. L'epidemia più settentrionale di *V. parahaemolyticus*, verificatasi nel 2004 in Alaska, è stata associata a una temperatura oceanica più calda del normale negli allevamenti di ostriche.³³ Il riscaldamento del Mar Baltico è stato associato a un numero crescente di infezioni da vibrio tra gli utenti di acque ricreative esposti sulle spiagge durante le calde giornate estive ([Figura 2](#)).³⁴ Si prevede che la trasmissione nel Mar Baltico aumenterà ulteriormente e si espanderà alle latitudini settentrionali nei prossimi decenni. [Si prevede inoltre che](#) ³⁴ *V. vulnificus* si espanderà in tutti gli stati degli Stati Uniti lungo la costa orientale entro il 2080 in scenari di emissioni di gas serra medio-alte.³⁵

VIBRIO CHOLERAE

Il colera, dovuto all'infezione da *V. cholerae* O1 o O139, provoca diarrea epidemica in regioni con risorse limitate e prive di infrastrutture WASH ([Tabella 1](#) e [Figura 2](#)). L'infezione provoca abbondante diarrea acquosa e vomito, disidratazione e rischio di collasso circolatorio e morte. La trasmissione avviene per via fecale-orale. I bambini di età inferiore ai 5 anni sono quelli a rischio più elevato perché non hanno una preesistente immunità naturale anti-colera. La contaminazione fecale della fornitura idrica può verificarsi durante eventi di forti precipitazioni che trasportano l'agente patogeno dalle latrine alle acque superficiali. Ogni anno vengono segnalati circa 2,9 milioni di casi di *V. cholerae* e 95.000 decessi associati, tipicamente in comunità a basso reddito con servizi igienico-sanitari inadeguati e mancanza di accesso alle cure (p. es., vigorosa reidratazione).³⁶ Il colera ha due forme: una forma endemica che si verifica con un tasso di fondo nella popolazione e picchi stagionali distinti, e una forma epidemica che comporta l'introduzione esogena dell'agente patogeno in una popolazione non esposta. La convergenza di precipitazioni estreme³⁷ e temperature elevate³⁸ (entrambe più frequenti con il cambiamento climatico) e di infrastrutture WASH carenti^{39,40} ulteriormente messe a dura prova da condizioni meteorologiche estreme creano le condizioni favorevoli a epidemie di colera su larga scala ([Figura 2](#))^{41,42}

CRIPTOSPORIDIO

Il protozoo *cryptosporidium* può completare il suo ciclo vitale all'interno di un singolo ospite. Gli esseri umani, il bestiame e la fauna selvatica sono tutti ospiti. Le oocisti vengono escrete nelle feci e possono sopravvivere nell'ambiente per diversi mesi in terreno umido o acqua e sopportare sia il caldo che il freddo ([Tabella 1](#) e [Figura 2](#)). Le oocisti infettive possono diffondersi attraverso la via fecale-orale, attraverso il contatto diretto con una persona infetta o attraverso cibo e acqua contaminati. Nelle persone sane, la criptosporidiosi provoca diarrea che si risolve spontaneamente, ma nelle persone immunocompromesse l'infezione può causare diarrea abbondante e acquosa che può essere pericolosa per la vita. Nel Sud del mondo, il criptosporidio è un'importante causa di diarrea e morte nei bambini sotto i 5 anni di età ed è associato a malnutrizione e crescita stentata.⁴³ Durante forti piogge, il *cryptosporidium* si riversa nei corsi d'acqua, dove può contaminare gli impianti di trattamento delle acque ([Figura 2](#)).⁴⁴ Nel 1993, forti piogge a Milwaukee contaminarono l'impianto idrico pubblico con oocisti di criptosporidio a causa del fallimento del trattamento dell'acqua, provocando la più grande epidemia di criptosporidio segnalata negli Stati Uniti.⁴⁵

LEPTOSPIRA

La leptospirosi è causata dal batterio leptospira, che infetta un'ampia gamma di ospiti, inclusi esseri umani, bovini, maiali, cani e roditori ([Tabella 1](#) e [Figura 2](#)). Le leptospira si diffondono attraverso l'urina degli animali infetti e possono sopravvivere per mesi nell'acqua o nel suolo. L'infezione provoca febbre, mal di testa e dolori muscolari, ma può progredire fino a complicanze gravi, come la malattia di Weil (ittero acuto, sanguinamento e insufficienza renale), sindrome da emorragia polmonare grave o meningite. La trasmissione dello spillover agli esseri umani avviene tipicamente durante il contatto con acqua, suolo o cibo contaminati. Negli insediamenti urbani sovraffollati con infrastrutture inadeguate, dove le persone vivono in prossimità di serbatoi di infezione animali e ambientali, la leptospirosi trasmessa dai ratti rappresenta un grave problema di salute pubblica.⁴⁶ Le acque alluvionali dopo forti piogge o un riscaldamento estremo e transitorio delle temperature della superficie del mare (che si verifica con El Niño-Oscillazione del Sud) possono essere contaminate da leptospira e provocare grandi epidemie, come osservato nei centri urbani del Brasile e nelle isole del Pacifico meridionale^{47,48} ([Tabella 1](#) e [Figura 2](#)).

Il cambiamento climatico amplifica le disuguaglianze nel carico delle malattie trasmesse dall'acqua a causa dei suoi impatti sinergici sulle vulnerabilità strutturali, come una scarsa infrastruttura WASH, una debole sorveglianza e risposta sanitaria pubblica e un accesso inadeguato all'assistenza sanitaria ([Figura 3](#)). A livello globale, ci sono circa 2 miliardi di persone che non hanno accesso a servizi di acqua potabile gestiti in modo sicuro, principalmente nel Sud del mondo.⁴⁹ La rapida urbanizzazione nei paesi a basso e medio reddito ha portato a un'espansione di insediamenti informali caratterizzati da alloggi poveri, spesso costruiti su terreni precari e privi di adeguati sistemi fognari e di drenaggio dell'acqua piovana ([Figura 2](#)). Per circa 1 miliardo di persone in tutto il mondo che vivono in queste condizioni, eventi piovosi estremi con inondazioni comportano l'esposizione a malattie trasmesse dall'acqua, comprese infezioni parassitarie, malattie diarroiche batteriche e leptospirosi.^{30,50,51} Inoltre, gli abitanti in genere non hanno accesso ai

trattamenti essenziali quando si trovano ad affrontare minacce come le epidemie di colera associate ai cicloni e le epidemie di leptospirosi associate alle precipitazioni. ^{29,47}

Nei paesi ad alto reddito, il riscaldamento causato dai cambiamenti climatici e le tempeste più intense hanno un impatto sproporzionato sui rischi di malattie trasmesse dall'acqua nelle comunità a basso reddito e nelle comunità di colore, in parte a causa di sistemi di acqua potabile antiquati e inadeguati in molte di queste comunità. Ad esempio, le popolazioni vulnerabili dei centri urbani sono particolarmente suscettibili alle epidemie di legionellosi, come l'epidemia verificatasi a Flint, Michigan, nel 2014, quando un cambiamento nella fonte e nella temperatura dell'acqua ha portato a un aumento del rilascio di ferro da una distribuzione idrica antiquata. sistema, che a sua volta ha favorito la crescita della *Legionella pneumophila* nella fornitura di acqua potabile. ⁵²

Disuguaglianze negli impatti delle malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima

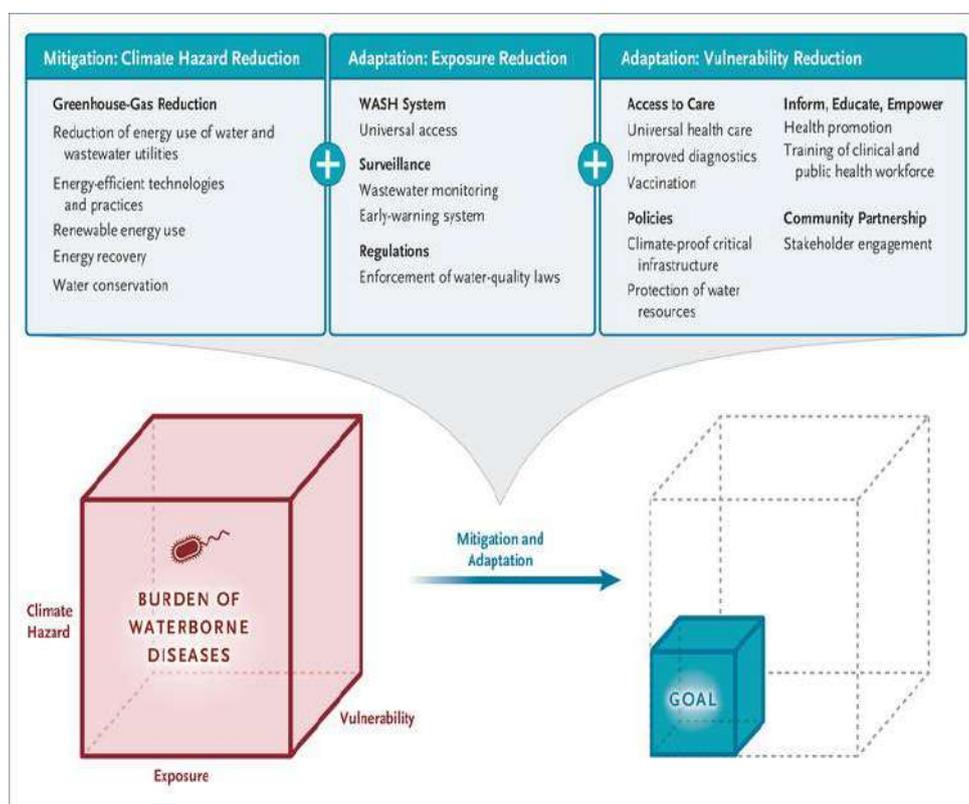


Figura 3 Ridurre il peso delle malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima attraverso la mitigazione e l'adattamento ai cambiamenti climatici.

Al contrario, la siccità mette a repentaglio la disponibilità di acqua dolce nelle aree urbane. ^{53,54} Si prevede che la siccità estrema, le precipitazioni intermittenti e le temperature elevate dell'aria causeranno carenza d'acqua per 1 miliardo di abitanti delle città nel prossimo futuro, ^{55,56} soprattutto per i gruppi già vulnerabili. Il consumo di acqua asimmetrico e insostenibile da parte di segmenti privilegiati della società ^{57,58} drena risorse idriche limitate e compromette la capacità delle popolazioni svantaggiate dal punto di vista socioeconomico di soddisfare i bisogni idrici di base. ⁵⁹ Le popolazioni rurali a basso reddito sono analogamente private delle fonti idriche per l'irrigazione e le attività agricole, il che ha implicazioni per la sicurezza alimentare (**Figura 1**). ⁵⁵ Una redistribuzione più equa delle risorse idriche e le restrizioni sull'uso dell'acqua per i servizi sono misure fondamentali per affrontare le disuguaglianze legate ai cambiamenti climatici.

Interventi medici e di sanità pubblica

Storicamente, la pratica della sanità pubblica è riuscita a interrompere con successo le vie di trasmissione delle malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima attraverso il WASH, ma questi risultati sono sempre più minacciati dai rischi climatici. ⁶⁰ L'adattamento al rapido aumento dei rischi di malattie trasmesse dall'acqua derivanti dai cambiamenti climatici si basa sulle 10 funzioni essenziali della sanità pubblica. ⁶¹ L'obiettivo è rendere i nostri sistemi medici e sanitari pubblici a prova di clima su più livelli, garantendo una risposta integrata negli interventi a livello individuale e di popolazione. Tuttavia, un adattamento efficace ai cambiamenti climatici dipende dall'educazione del personale clinico e della sanità pubblica sulle minacce per la salute derivanti dai cambiamenti climatici, ad esempio come parte dei programmi scolastici di medicina e sanità pubblica, dei programmi di formazione post-laurea e della formazione continua. Il sostegno da parte dell'establishment medico e sanitario pubblico sarà fondamentale per promuovere le

politiche e le normative sui cambiamenti climatici – e la loro applicazione – per salvaguardare la salute a livello di popolazione.

Table 2. Adaptive Strategies Addressing Key Vulnerabilities Regarding Climate-Sensitive Waterborne Diseases (WBDs).*

Vulnerability	Selected Opportunities for Adaptation
	Surveillance and monitoring
Limited surveillance capacity to detect WBD outbreaks triggered by climate hazards	<p>Establish integrated surveillance systems and early-warning systems for climate-sensitive WBDs, with capacity to monitor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • meteorologic factors (e.g., rainfall, temperature) that trigger or contribute to disease spread; • environmental conditions (e.g., sea-surface salinity) that can trigger prompt investigation of suspected cases and control measures (e.g., closure of contaminated recreational water sites); • physical properties of surface- and drinking-water quality (e.g., temperature, turbidity, pH, chlorine, conductivity) that may promote microbial growth and survival and efficiency of water treatment and purification and enable authorities to protect the water supply (e.g., ultraviolet disinfection of water supplies); • microbial agents (bacterial, viral, and parasitic) in potable water sources and wastewater, identified in real time through PCR testing, NGS, ELISA, and biosensors; • social media for references of symptoms or WBDs (e.g., hashtags, keywords). <p>Develop capacity for rapid point-of-use field detection, mobile detection of waterborne pathogens with a suitcase laboratory (and nanopore-sequencing technology) to identify and confirm outbreaks in difficult-to-reach settings and vulnerable populations).</p>
	Health care system
Unprepared health infra-structures	<p>Identify climate hazards that will affect health care facilities and their catchment populations and assess vulnerabilities.</p> <p>Strengthen resilience by implementing the 10 components of the WHO operational framework.[†]</p> <p>Reinforce the 10 essential public health functions.[‡]</p>
	Diagnosis
Multiple causative agents for climate-sensitive WBDs and outbreaks	<p>Develop and use improved multiplex diagnostic testing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR and LAMP — highly sensitive and specific tests used for the diagnosis of waterborne pathogens such as cryptosporidium and giardia; • metagenomic sequencing — high-throughput sequencing that can detect genetic material in patient samples, including bacteria, viruses, fungi, and parasites; may be used in broad screening where diagnosis is unclear; • mass spectrometry — identifies proteins and peptides in patient samples and may be useful in diagnosis of waterborne pathogens (e.g., legionella); • biosensors — highly sensitive and specific devices to detect specific pathogens (e.g., <i>Escherichia coli</i>, salmonella) in patient samples in real time.
	Access to safe water
Vulnerable water supply systems	<p>Implement risk management approaches through water safety plans.</p> <p>Identify risks to water safety and associated risks of hazardous events (e.g., outbreaks). Determine and validate control measures (e.g., water disinfection), reassess, and prioritize risk.</p> <p>Consider the long-term impacts of climate change and upgrade plans accordingly.</p>
	Access to safe sanitation
Lack of access to or inadequate sanitation systems	<p>Implement risk management approaches through sanitation safety plans that identify climate-related hazards, assess existing control measures, and expose risks.</p> <p>Identify and prioritize health risks from climate-sensitive WBDs along the sanitation chain, from toilet to storage, conveyance, treatment, and end use or disposal.</p> <p>Control highest risks along the sanitation chain with the use of technology upgrades, changes in management and operation, behavior change measures, and policy and regulatory measures.</p>
	Key research gaps
Marginalized groups and Global South	<p>In Central Asia, North and Central Africa, South America, and other regions where climate data are not readily available (because of the lack of monitoring stations, infrastructure, technology, financial resources, or technical expertise), generate evidence base through technology transfer, capacity building, and financial assistance.</p>
Additional vulnerabilities	<p>Develop tools (e.g., Quantitative Microbial Risk Assessment) to estimate risk of adverse effect (e.g., infection, illness, or death from WBD exposure).</p> <p>Predict risks of WBD under different climate change scenarios to better understand possible future impacts on disease burden.</p> <p>Assess resilience of WASH-based interventions to climate hazards and their usefulness in reducing the impacts of climate change on WBDs.</p> <p>Generate evidence based on effects of climate change mitigation and adaptation on WBD risks.</p>

* For an annotated version of this table with references, see Table S2 in the Supplementary Appendix. ELISA denotes enzyme-linked immunosorbent assay, LAMP loop-mediated isothermal amplification, NGS next-generation sequencing, PCR polymerase chain reaction, and WHO World Health Organization.

[†] The 10 components of the WHO framework are as follows: leadership and governance; health workforce; vulnerability, capacity, and adaptation assessment; integrated risk monitoring and early warning; health and climate research; climate-resilient and sustainable technologies and infrastructure; management of environmental determinants of health; climate-informed health programs; emergency preparedness and management; and climate and health financing.

[‡] The 10 essential public health functions are as follows: monitoring; outbreak investigation and response; informing, educating, and empowering communities and stakeholders; fostering of interagency and community partnerships; development of policies; enforcement of laws and regulations; assurance of access to care; assurance of a competent workforce; evaluation and continuous quality improvement of public health functions; and research.

Tavolo 2. Strategie adattive che affrontano le principali vulnerabilità relative alle malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima (WBD).

Le strategie adattive per affrontare le sfide poste dalle malattie trasmesse dall'acqua legate ai cambiamenti climatici includono efficaci sistemi di allerta precoce che integrano la sorveglianza delle condizioni climatiche, il rilevamento di agenti patogeni nelle acque reflue, un rilevamento avanzato basato sui casi e tecnologie all'avanguardia per la diagnosi di laboratorio ([Tabella 2](#) e [Figura 3](#)).⁶⁰ L'attuale sorveglianza è limitata dalla complessità dei test diagnostici e dalla diversità degli agenti batterici, virali e parassitici da monitorare.

Il monitoraggio delle acque reflue degli acidi nucleici o dei biomarcatori di agenti patogeni presenti nell'acqua negli effluenti offre una sorveglianza economicamente vantaggiosa e in tempo reale della trasmissione nella comunità.⁶² In una revisione delle epidemie mondiali causate da protozoi, cryptosporidium e giardia hanno rappresentato la stragrande maggioranza delle epidemie,⁶³ ed entrambi sono rilevabili nelle acque reflue.⁶⁴

Il monitoraggio delle acque reflue può rilevare la trasmissione nella comunità prima che la sorveglianza basata sui casi identifichi le epidemie, fungendo da sistema di allerta precoce ([Tabella 2](#) e [Figura 3](#)).^{65,66}

Le condizioni climatiche possono essere monitorate per prevedere la probabilità che alcuni agenti patogeni presenti nell'acqua rappresentino un rischio per la salute.⁶ Ad esempio, il Vibrio Map Viewer dell'ECDC (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie), un sistema di monitoraggio ambientale che rileva l'idoneità climatica per la

vibriosi diversa dal colera, è stato reso operativo in Europa, dove queste infezioni non costituiscono una malattia da segnalare. ^{34,67} La temperatura della superficie del mare e la salinità negli ambienti marini vengono rilevate a distanza a livello globale in tempo reale. Una funzione di previsione a 5 giorni calcola se le condizioni potrebbero essere adatte per i batteri vibrio patogeni che prosperano nelle acque costiere calde e salmastre. ³⁴ Gli avvisi sull'idoneità ambientale in alcune aree costiere vengono inviati alle autorità sanitarie pubbliche con opzioni di intervento. ³⁴ Esempi di strategie di protezione includono la chiusura delle spiagge e gli allarmi agli operatori sanitari e al pubblico, avvertendo le persone a rischio di evitare l'esposizione ai batteri vibrio derivanti dall'uso ricreativo dell'acqua o dal consumo di pesce crudo. Il successo di un sistema integrato di allarme rapido dipende dal coinvolgimento della comunità nel processo decisionale, nella preparazione e nella risposta. ⁶⁸

È necessaria una ricerca continua per affinare i modelli climatici al fine di valutare gli effetti specifici del cambiamento climatico. Un limite importante è che i dati climatici spesso non sono disponibili nelle aree popolate da gruppi socialmente ed economicamente emarginati, esacerbando le disuguaglianze sanitarie esistenti. Diagnostiche e trattamenti efficaci, così come le vaccinazioni (attualmente disponibili per il colera, l'epatite A, la febbre tifoide e l'infezione da rotavirus), sono strumenti indispensabili per ridurre il peso delle malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima ([Tabella 2](#) e [Figura 3](#)). ^{69,70}

Mitigazione del cambiamento climatico

Ridurre al minimo i danni derivanti dalle malattie trasmesse dall'acqua legate ai cambiamenti climatici richiede una transizione rapida ed equa dai combustibili fossili in tutti i settori. Sebbene tale transizione sia particolarmente critica nei settori con le emissioni più elevate (ad esempio, energia e trasporti), è importante anche per i servizi idrici e di trattamento delle acque reflue, che sono responsabili dal 3 al 7% delle emissioni di gas serra ([Figura 3](#)). ⁷¹ Inoltre, il settore della gestione idrica consuma il 4% dell'elettricità globale per l'estrazione (ovvero l'estrazione di acqua da fonti naturali), il trasporto e il trattamento, un tasso che, secondo le previsioni, raddoppierà entro il 2040 a causa della crescente desalinizzazione dell'acqua salata ([Tabella 2](#) e [Figura 3](#)). ⁷² Tuttavia, entro il 2040, questo consumo di energia potrebbe essere ridotto del 15% attraverso un uso più efficiente dell'acqua, come il riutilizzo delle acque reflue e la riduzione del consumo di acqua e dei rifiuti non necessari. ⁷³ Inoltre, gli impianti di trattamento a energia positiva che generano metano come fonte di energia da materiale organico nelle acque reflue possono ridurre il consumo energetico complessivo del settore idrico. ⁷⁴

Conclusioni

Il cambiamento climatico ha già intensificato le turbolenze ambientali, con conseguenze sostanziali per la salute e i sistemi sanitari, ⁷⁵ compreso l'aumento del rischio di numerose malattie trasmesse dall'acqua. Si prevede che questi rischi continueranno ad aumentare nel prossimo futuro, nel caso in cui la comunità globale non riuscisse ad intraprendere azioni forti e immediate per mitigare le emissioni di gas serra e istituire strategie di adattamento. I sistemi di trattamento e distribuzione dell'acqua a prova di clima, così come i nostri sistemi di fornitura di assistenza sanitaria, sono fondamentali per prevenire, preparare e gestire le malattie trasmesse dall'acqua sensibili al clima. ^{6,60} Oltre al continuo lavoro sullo sviluppo e una migliore diffusione di vaccini e terapie efficaci per le malattie trasmesse dall'acqua, lo sviluppo di sistemi integrati di allerta precoce con l'uso di precursori climatici o ambientali della malattia può aiutare a contenere o prevenire le epidemie. ^{6,60} Infine, la riduzione delle malattie trasmesse dall'acqua richiede un accesso sicuro ed equo all'acqua e ai servizi igienico-sanitari per tutti i segmenti della popolazione mondiale, un obiettivo che può essere raggiunto ritornando ai principi fondamentali della sanità pubblica, garantendo la resilienza climatica delle infrastrutture idriche e passando rapidamente da la nostra dipendenza dai combustibili fossili.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2300794?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2FuPGLruwlydaQT0D2xvYadWstM1h02gRCXaHPxxEG6xihh%2FVHEHPcoMNOqQB61wJfTlutt%2FWSHaobBgHydBWVuRk43EyBkKiCYOtCNfrJXX1OMLxPOTAWvaF3ItCAYCBMqEBi1IRo8yOk3NhhreTIK9ySzVXCQIkIE34CBz50xhDBY1S%2FyQcLJxjbACsLL2QFj1Val%2FNHVFw%3D%3D&cid=NEJM+eToc%2C+December+7%2C+2023+DM2307322+NEJM+Non+Subscriber&bid=1967774680>

quotidianosanita.it

45 anni Ssn. Gimbe: “Festa di compleanno amara, tra sottofinanziamento e privato che avanza”

Analisi impietosa della Fondazione guidata da Nino Cartabellotta: “Interminabili tempi di attesa per una prestazione sanitaria o una visita specialistica, necessità di ricorrere alla spesa privata sino all’impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure, pronto soccorso affollatissimi, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, enormi diseguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria”.

19 DIC -

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvava a larghissima maggioranza la legge 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in attuazione dell’art. 32 della Costituzione. “Un radicale cambio di rotta nella tutela della salute delle persone – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – un modello di sanità pubblica ispirato da principi di equità e universalismo, finanziato dalla fiscalità generale, che ha permesso di ottenere eccellenti risultati di salute e che tutto il mondo continua ad invidiarci”.

“Purtroppo il prossimo 23 dicembre – continua Cartabellotta – il SSN non spegnerà 45 candeline in un clima festoso, sotto il segno dell’universalità, dell’uguaglianza, dell’equità, i suoi principi fondanti ormai ampiamente traditi. Perché la vita quotidiana delle persone, in particolare quelle meno abbienti, è sempre più condizionata dalla mancata esigibilità di un diritto fondamentale, quello alla tutela della salute: interminabili tempi di attesa per una prestazione sanitaria o una visita specialistica, necessità di ricorrere alla spesa privata sino all’impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure, pronto soccorso affollatissimi, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, enormi diseguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria”.

In occasione del 45° compleanno del SSN, la Fondazione GIMBE si impegna in due iniziative concrete. L’obiettivo è trasformare questa ricorrenza da semplice occasione celebrativa a un momento di svolta in cui ripartire per rilanciare il SSN a tutti i livelli.

La rete civica #SalviamoSSN. A dieci anni dall’avvio della campagna #SalviamoSSN, spiega il Presidente «la Fondazione GIMBE ha scelto di lanciare una rete civica nazionale con sezioni regionali. Riteniamo indispensabile diffondere a tutti i livelli il valore del SSN, come pilastro della nostra democrazia, strumento di equità e giustizia sociale, oltre che leva di sviluppo economico. L’obiettivo è coinvolgere sempre più persone nella tutela e nel rilancio del SSN, nonché promuovere un utilizzo informato di servizi e prestazioni sanitarie, al fine di arginare fenomeni consumistici. Perché, al di là delle difficoltà di accesso ai servizi, la maggior parte delle persone non ha ancora contezza del rischio imminente: quello di scivolare lentamente ma inesorabilmente, in assenza di una rapida inversione di rotta, da un Servizio Sanitario Nazionale fondato su principi di universalità, uguaglianza, equità per tutelare un diritto costituzionale, a 21 sistemi sanitari regionali basati sulle regole del libero mercato».

La rete, alla quale è [già possibile aderire](#), opererà attraverso gruppi regionali di coordinamento, che fungeranno da hub locali per coordinare iniziative e attività della campagna #SalviamoSSN sul territorio. La rete sarà poi popolata di ambassador, impegnati nel promuovere attivamente la campagna a livello locale, e da cittadini che aderiranno alla causa. Anche [le organizzazioni pubbliche e private](#) potranno sostenere attivamente la campagna. In questo modo, la rete mira a coinvolgere tutto il Paese per difendere e rafforzare il SSN attraverso azioni coordinate e partecipazione attiva.

Un logo ufficiale per il SSN. Attualmente molte Regioni identificano il proprio servizio sanitario regionale (SSR) attraverso un logo, contribuendo così a consolidare la percezione pubblica dell’esistenza di 21 SSR distinti: al contrario, paradossalmente manca un logo identificativo del SSN.

«Ritenendo fondamentale ribadire l’identità del SSN – spiega Cartabellotta – lo scorso 4 dicembre abbiamo inoltrato alla Presidenza della Repubblica, alle Alte Cariche dello Stato e al Ministero della Salute formale richiesta di istituire un logo ufficiale per il SSN. L’obiettivo è legittimare con un simbolo l’esistenza del SSN quale pilastro univoco di civiltà e democrazia, confermando a tutte le persone che la tutela della salute rimane un diritto costituzionale garantito dalla Repubblica».

Oggi la Fondazione GIMBE pubblica anche la monografia [“Il Servizio Sanitario Nazionale compie 45 anni. Lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale!”](#) che propone la “terapia appropriata per il precario “stato di salute” del nostro SSN affetto da numerose “patologie”:

SOTTO-FINANZIAMENTO. «Per sedare le strumentalizzazioni politiche degli ultimi mesi – spiega il Presidente – è bene ribadire che negli ultimi 15 anni tutti i Governi, di ogni colore, hanno tagliato risorse o non finanziato adeguatamente il SSN sino a portare il nostro Paese ad essere in Europa “primo tra i paesi poveri” in termini di spesa sanitaria pubblica pro-capite».

Infatti, nel 2022 siamo davanti solo ai paesi dell'Europa meridionale (Spagna, Portogallo, Grecia) e quelli dell'Europa dell'Est, eccetto la Repubblica Ceca.

Con un gap rispetto alla media dei paesi europei che dal 2010 è progressivamente aumentato, arrivando nel 2022 a \$ 873 (pari a € 801) che, tenendo conto di una popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2023, per l'anno 2022 corrisponde ad un gap di € 47,3 miliardi.

Nell'intero periodo 2010-2022 il gap cumulativo arriva alla cifra monstre di \$ 363 miliardi, ovvero circa 333 miliardi di euro. «Una progressiva sottrazione di risorse – continua Cartabellotta – che ha portato all'inesorabile indebolimento del SSN nelle sue componenti strutturale, tecnologica, organizzativa e, soprattutto, professionale».

CARENZA DI PERSONALE. «A pagare le spese del progressivo definanziamento – spiega Cartabellotta – è stato infatti soprattutto il personale sanitario. La persistenza del tetto di spesa riferito al lontano 2004 ha prima ridotto la quantità di medici e soprattutto di infermieri, poi li ha progressivamente demotivati tanto che oggi si moltiplicano pensionamenti anticipati, licenziamenti volontari, fughe verso il privato o all'estero. Il capitale umano che crede nel SSN oggi è costretto ad alzare la voce con ripetuti scioperi, per chiedere disperatamente di rilanciare le politiche del personale sanitario. Anche perché si sta facendo largo la scarsa attitudine dei giovani a intraprendere professioni (es. infermiere) e specialità (es. medico d'urgenza) poco attrattive, che a fronte di una bassa remunerazione presentano limitate prospettive di carriera, condizioni di lavoro inaccettabili, o addirittura rischio di aggressioni: uno scenario che, in assenza di decisi interventi da parte della politica, finirà per legittimare cooperative di servizi e gettonisti».

DISEGUAGLIANZE REGIONALI. A fronte di un SSN nato 45 anni fa sotto il segno dell'uguaglianza e dell'equità, commenta il Presidente «ci ritroviamo oggi con 21 servizi sanitari regionali profondamente diseguali, con una vera e propria “frattura strutturale” tra Nord e Sud, con i residenti nella maggior parte delle Regioni meridionali a cui non sono garantiti nemmeno i livelli essenziali di assistenza». Il monitoraggio 2021 dei LEA da parte del Ministero della Salute documenta infatti che delle 14 Regioni adempienti solo 3 sono del Sud (Abruzzo, Puglia e Basilicata), tutte a fondo classifica. «E su questa frattura – chiosa il Presidente – pende la mannaia dell'autonomia differenziata, che senza definire e finanziare i Livelli Essenziali delle Prestazioni, non potrà che amplificare le diseguaglianze, legittimando normativamente il divario Nord-Sud e violando il principio di uguaglianza nel diritto alla tutela della salute e assestando il colpo di grazia al SSN».

MIGRAZIONE SANITARIA. E proprio la “frattura strutturale” Nord-Sud, spiega il Presidente «è la causa del triste fenomeno della mobilità sanitaria che nei dati definitivi del 2021 vale € 4,24 miliardi: risorse che scorrono prevalentemente dalle Regioni meridionali verso 3 regioni settentrionali dove si concentra il 93,3% dei saldi attivi. Proprio le stesse Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto) che hanno già sottoscritto i pre-accordi per le maggiori autonomie». Nel 2021, infatti, le Regioni con saldo positivo superiore a € 100 milioni sono tutte al Nord: Emilia-Romagna (€ 442 milioni), Lombardia (€ 271 milioni) e Veneto (€ 228 milioni); e quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte al Centro-Sud: Abruzzo (-€ 108 milioni), Puglia (-€ 131 milioni), Lazio (-€ 140 milioni), Sicilia (-€ 177 milioni), Campania (-€ 221 milioni), Calabria (-€ 252 milioni).

SPRECHI E INEFFICIENZE. «L'erogazione dell'assistenza sanitaria – spiega il Presidente – oggi risulta molto frammentata, troppo medico-centrica, dicotomizzata tra ospedale e territorio e scarsamente integrata con quella socio-sanitaria, generando sprechi e inefficienze, ridotta qualità dei servizi e disagi per i pazienti». Sicuramente ci sono margini di recupero su vari ambiti: eccesso di prestazioni da medicina difensiva, frodi, acquisti a costi eccessivi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza, in particolare tra setting ospedalieri e territoriali. Ma per recuperare gli sprechi servono la visione di un nuovo SSN e coraggiose riforme sulle modalità di finanziamento, riparto delle risorse, programmazione, organizzazione e integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. «Ovvero – chiosa Cartabellotta – sprechi e inefficienze sono parte integrante del sistema e pur attuando misure per la loro riduzione non avremo comunque risorse monetizzabili a breve termine».

ESPANSIONE DEL PRIVATO ACCREDITATO. Secondo quanto riportato dall'[Annuario statistico del SSN 2021](#) del Ministero della Salute, il numero di strutture sanitarie private accreditate rappresentano quasi la metà di quelle che erogano l'assistenza ospedaliera (48,6%) e il 60,4% di quelle per la specialistica ambulatoriale. Sono invece prevalentemente gestite dal privato le strutture destinate all'assistenza residenziale (84%) e semiresidenziale (71,3%) e quelle riabilitative (78,2%). «Pur nella consapevolezza della qualità di numerose strutture private accreditate e della differente “densità” nelle varie Regioni – commenta Cartabellotta – è evidente che per soddisfare i bisogni di salute della popolazione diminuiscono le tutele pubbliche e aumenta l'offerta privata. Che dovrebbe essere invece una libera scelta e non una necessità obbligata dall'indebolimento del pubblico».

«In occasione del suo 45° compleanno – conclude Cartabellotta – con le nostre iniziative vogliamo ribadire alla popolazione il valore inestimabile del SSN e l'inderogabile necessità di un patto sociale e politico che, prescindendo da ideologie partitiche e avvicendamenti di Governi, riconosca in quel modello di sanità un pilastro della nostra democrazia, una conquista irrinunciabile e una grande leva per lo sviluppo economico del

Paese. Oltre che un'alleanza tra tutti gli attori della sanità finalizzata a rinunciare ai privilegi acquisiti per rilanciare questo prezioso bene comune nell'esclusivo interesse delle persone”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119141



Il Sole
24 ORE

**Tra regressione tariffaria ed extra budget: altolà alle distorsioni perché i
Lea vanno sempre garantiti nel privato accreditato come nel pubblico**
Ettore Jorio

Il sistema della salute si avvia o no alla trasformazione che gli occorre per ritornare a essere tale, così come disegnato nel 1978? Questo è il problema!

Tante le questioni da risolvere. A cominciare dalla riscrittura dell'aziendalismo attraverso principi fondamentali statali che mettano al riparo dalle fantasie legislative regionali.

Del tipo:

a) quelle che hanno dislocato le case di comunità, ma anche le Cot e gli ospedali di comunità, senza implementare la loro disciplina legislativa del distretto, indiscutibile perno dell'assistenza di prossimità;

b) quelle attraverso le quali si sono inventati, sotto le più diverse e creative denominazioni (es. Azienda Zero, Lazio Zero, Alisa e via dicendo), gli enti cosiddetti intermedi, esempi di inutilità e confusione organizzativa, ma principalmente iniziative di sensibile violazione dell'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie e della competenza assegnata per legge alle direzioni generali dei dipartimenti alla salute.

Per non parlare del finanziamento che, si spera, ormai prossimo all'abbandono della spesa storica, fondata sulla reiterazione acritica del criterio della quota pro capite ponderata su valori di un fabbisogno antiquariale, perché mai rilevato. Uno step cui si darà pratica attuazione con l'applicazione del federalismo fiscale che imporrà il finanziamento della salute attraverso i costi standard per Lea e il fabbisogni standard, diversificati per regioni, assistito dalla perequazione in favore di quelle più povere. Il tema più rilevante sarà certamente quello di rivedere il rapporto pubblico-privato.

La pretesa verso il pubblico

Ciò in relazione al:

a) decadentismo della speditività pubblica in senso proprio, ovvero fatta eccezione per i 51 Irccs che con la gestione aziendale pubblica c'entrano poco;

b) ripristino dell'influenza erogativa del distretto e delle strutture assistenziali intermedie;

c) alla riscrittura della medicina di famiglia, nel senso che ritorni davvero tale;

d) bisogno di rivedere i criteri selettivi del management aziendale, più premianti esperienze (spesso distruttive) e di valorizzazioni davvero inadeguate ad assicurare una reale capacità imprenditoriale richiesta ai direttori generali di aziende territoriali e ospedaliere, per non parlare delle universitarie tutte sine titulo autorizzativo nonostante l'apposita previsione legislativa.

Fermarsi qui sarebbe comunque un errore.

Non può tuttavia essere trascurata la necessità di rivedere la rotta in tema di finanziamento dell'erogazione privata, partendo dall'assoluto rispetto del criterio della concorrenza amministrata.

Il tema è quello di riprendere il sistema di regressione tariffaria che consentirebbe una liberazione delle liste di attesa in parte generate dall'assurda regola praticata dagli erogatori privati in regime di violazione della concorrenza pubblica. Ovvero di interrompere il servizio a carico del Ssn con il conseguimento del budget indipendentemente dalla durata dell'esercizio assicurato annualmente.

L'irrinunciabile corretta interpretazione delle leggi e dell'applicazione a sistema della giurisprudenza

Di conseguenza, occorre sottolineare che l'extra-budget e la regressione tariffaria sono due concetti giuridico-economici che vanno approcciati con un corretto percorso semantico.

Il primo (l'extra-budget) vorrebbe dire nella sanità - in una metodologia che trova nel significato di budget economico la disponibilità massima, pertanto invalicabile, delle risorse messe a disposizione di una controparte contrattuale sanità, solitamente un erogatore - una somma che supera quanto individuato come limite in un contratto. Da qui, sempre nell'organizzazione della tutela della salute, configura prestazioni rese oltre, per l'appunto, il budget e in quanto tali non retribuibili, neppure in via straordinaria.

È quanto afferma un'ampia giurisprudenza civilistica, amministrativa, contabile e costituzionale che non lascia spazio alcuno a diverse interpretazioni. Anzi comporterebbe, nell'ipotesi in cui un siffatto extra-budget fosse stato già corrisposto, la sua ripetizione per indebito, fermi restando i limiti temporali prescrittivi, con conseguenti responsabilità erariali di chi lo ha consentito.

La seconda (la regressione tariffaria) assumerebbe un lampante significato, ovvero indicherebbe un processo comportante la decrescenza economica di una tariffa convenuta. Insegiato in una stretta comparazione con l'extra-budget starebbe a significare che si opera una diminuzione delle tariffe (di qualunque tipologia esse siano) sino a rimanere nei confini del budget concepito e negoziato.

Alle due anzidette nozioni, nel senso dell'incontestabile significato attribuito, ne va aggiunta una terza massimamente regolatoria del funzionamento dell'attività prestazionale del Ssn: la concorrenza amministrata. Ed è qui che entra in gioco l'accreditamento istituzionale e il conseguente contratto che le aziende sanitarie stipulano, in presenza del fabbisogno epidemiologico rilevato, con gli erogatori accreditati dai quali acquistare le prestazioni mancanti sino alla concorrenza di un budget, per l'appunto.

I diritti della persona, prima di tutto

A fronte di un così preciso perimetro legislativo e giurisprudenziale, è bene comprendere il corretto esercizio dei diritti.

Il primo è quello della persona. L'utenza del Ssn, in forza della sopravvenuta regola che insedia nell'ordinamento la concorrenza amministrata, ha diritto di pretendere l'erogazione dei Lea, a carico del sistema della salute fatta eccezione degli eventuali istituiti ticket, sia da una struttura pubblica che privata. Quella pubblica nella sua totalità; quella privata però contrattualizzata dall'azienda sanitaria di appartenenza ovvero da una azienda sanitaria territoriale, che sia espressione di un Ssr.

Di conseguenza, sia l'una che l'altra, se operante in regime di ospedalità, hanno l'obbligo di rendersi erogatori dei Lea per 365 giorni all'anno. Diversamente per quelle accreditate e contrattualizzate per la diagnostica, chimico-clinica e per immagini, ovvero per le prestazioni ambulatoriali, un tale obbligo recettivo-erogativo è limitato alle giornate non festive

L'altra faccia della medaglia della pretesa dei diritti prevede gli erogatori, i quali, tenuti ad assicurare una qualsivoglia prestazione compresa nel prontuario del Ssn e negoziata contrattualmente come fornitura da assicurare dall'azienda sanitaria di appartenenza, vengano retribuiti secondo le condizioni e tempi condivisi contrattualmente, a mente dell'art. 8 quinquies del vigente d.lgs. 502/92 e relative leggi di dettaglio regionale.

A ben vedere, una sintesi di regole chiare e inconfondibili, se non approciate attraverso letture distorte e in malafede. E ciò è quanto avvenuto negli anni, esattamente dalla legge finanziaria per il lontano 2005, più esattamente di quanto sancito dal comma 171 dell'unico articolo di cui si componeva la legge n. 311/2004.

Da allora si è progressivamente mal gestito il rapporto erogativo, con conseguente profondo disagio:

*a) dell'offerta ospedaliera pubblica, vittima di pronto soccorsi al collasso e posti letto mancanti;
b) dell'utenza, già disagiata da una medicina di famiglia che perdeva via via attenzioni per il paziente, che si trova con le porte chiuse anche degli erogatori accreditati/contrattualizzati a causa di una errata e strumentale lettura della regressione tariffaria, in presenza di pretese di pagamento degli extra-budget non soddisfatte, in linea con la giurisprudenza formata al riguardo.*

Una condizione, quest'ultima, che ha consentito per decenni agli erogatori privati esuberanti, infrannualmente, l'erogazione di prestazioni contrattualizzate e quindi budgettate, di interrompere l'erogazione dei Lea convenuti.

Ciò in aperta violazione della più generale regola della concorrenza amministrata che se da una parte comporta la equiparazione tra erogatori pubblici e privati dall'altra obbliga questi ultimi a una fornitura non dissimile da quella garantita dai primi, senza se e senza ma, con conseguente impegno erogativo, per esempio per l'assistenza ospedaliera, di 365 giorni.

Ed è qui che subentra la nozione di regressione tariffaria, che impone la retribuzione massima del budget adeguando le prestazioni rese secondo un processo di adeguamento regressivo.

Del resto nella formazione delle tariffe, fossero anche Drg, la loro definizione è costituita dalla somma delle condizioni di produttività dell'erogatore (personale, ammortamento degli investimenti, manutenzione attrezzature, farmaci indispensabili, servizi generali) incrementati di una percentuale, al netto del costo del personale) da aggiungere alla somma di detti valori economici da considerarsi un corretto e bastevole profitto aziendale.

Se tale è la regola, ben si arguisce che sospendere le forniture, oltre che violare il regime legale e contrattuale della concorrenza amministrata, si continua a percepire indebitamente per il resto dell'anno il rimborso del personale, al lordo dei contributi, della tredicesima e del Tfr, nonostante l'interruzione di servizio. Imporre l'ordine a questi assurdi, è la prima regola di una riforma, la quater.

Quella che si ritiene indifferibile ma che nessuno fa.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-04/tra-regressione-tariffaria-ed-extra-budget-altola-distorsioni-perche-lea-vanno-sempre-garantiti-pubblico-come-privato-accreditato-170233.php?uuid=AFM5tvuB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Assicurazioni sanitarie, vediamo chi è chiaro

Marco Geddes De Filicaia

11 DIC -

Gentile Direttore,

alcuni giorni fa si è svolto un interessante incontro a cui hanno partecipato Dario Focarelli, Direttore Generale della Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA); Giovanna Gigliotti, AD di UniSalute (UnipolSai) e la Senatrice del Pd ed ex Ministra della salute Beatrice Lorenzin. Occasione utile per conoscere l'orientamento delle assicurazioni sanitarie nel nostro paese; si tratta infatti di "politiche di impresa" rilevanti per la tutela di un diritto fondamentale, sancito dalla Costituzione.

All'incontro ha partecipato l'economista della Stanford University Liran Einar, autore di "We've Got You Covered: Rebooting American Health Care".

In questo libro l'analisi è rivolta sui cittadini statunitensi coperti da assicurazione (il 90%). Un sistema che sotto assicura, che vincola al posto di lavoro e che porta molti di loro a indebitarsi. Un sistema dispendioso, afflitto da una burocrazia assicurativa che costringe a percorsi "tortuosi e crudeli", notoriamente più costoso e con risultati di salute nettamente inferiori a confronto di altri paesi asiatici ed europei.

Riferendosi alle tesi del libro sia Focarelli che Gigliotti hanno rassicurato che le assicurazioni sanitarie italiane non si ispirano al modello americano. I modelli di riferimento sarebbero invece quello tedesco o quello francese.

Negli anni novanta il riferimento era il modello tedesco, caratterizzato da una uscita (opting out) dei più abbienti dal sistema nazionale, ma con il ricorso da parte di tale fascia di popolazione, a un sistema assicurativo privato. Questo punto di vista era sostenuto dall'allora presidente di ANIA Alfonso Desiata. Questa proposta di opting out dal SSN era fatta propria dalla stessa Confindustria, con il documento Proposte per una nuova sanità (24/7/1997).

Le varie componenti del mondo assicurativo italiano hanno avuto nel tempo orientamenti e approcci diversi. L'ANIA ha più volte sostenuto l'estensione del regime fiscale proprio dei fondi integrativi all'intera gamma assicurativa "per andare ad abbracciare l'intero campo della spesa sanitaria privata pagata di tasca propria dai cittadini" (Audizione del Presidente ANIA alla Commissione parlamentare, 12/6/ 2019). Altri assicuratori invocano una obbligatorietà di assicurazione complementare.

L'orientamento espresso nell'incontro si ispirerebbe invece alla Francia: nessun abbandono, da parte di alcuna fascia di popolazione, del SSN, ma solo un riorientamento della copertura, limitata alle situazioni "basic", sostenibile con una spesa pubblica ridotta. Il resto è da affidare alle assicurazioni. Quale sia il livello base da garantire da parte del SSN è ovviamente, anche per i relatori, complesso e da definire: certamente le urgenze, gli interventi più complessi, ma certo non gli attuali Lea.

Di particolare interesse l'intervento della AD di Uni Salute, che documenta lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi, introdotti nel 1992 (Ministro De Lorenzo); il successivo riordino della disciplina nel 1993 (Ministro Garavaglia); la Riforma Bindi del 1999 che distingue i fondi integrativi (doc) e fondi "non doc". Una tipizzazione di particolare rilievo dal punto di vista fiscale con beneficio della deducibilità dei contributi versati ai soli fondi integrativi (doc).

I successivi interventi sono rappresentati dal Decreto Turco del 2008 e dal Decreto Sacconi (2009). Si abbandona così la distinzione fra Fondi integrativi e non e si individuano invece le prestazioni «vincolate», che devono rappresentare almeno il 20% di tutte le risorse impegnate da Fondi e casse, quale criterio di accesso ai benefici fiscali.

Gigliotti evidenzia che la spesa sanitaria privata è progressivamente aumentata raggiungendo i 41,5 mld. Anche la copertura assicurativa è cresciuta, ma limitatamente al 2° pilastro (Fondi ecc.) e dovrebbe aver raggiunto attualmente una copertura di 15 milioni di persone. Il secondo pilastro è, secondo la relatrice, il terreno da coltivare tramite il welfare aziendale.

Chiude la serie di interventi la senatrice Beatrice Lorenzin. L'esperienza politica e governativa, oltre alla capacità di un sorridente eloquio, offre agli ascoltatori un intervento che, dobbiamo ammetterlo, "vola alto": centralità del paziente, prevenzione, rilevanza dell'ambiente ma anche intermediazione della spesa out of pocket. È indispensabile, afferma Lorenzin, adeguare le risorse umane, su cui si basa il Servizio sanitario (medici e infermieri) sia sotto il profilo numerico che stipendiale. Per fare ciò è necessaria una continuità di impegno politico!

Non vi è traccia, non tanto di qualche pudore, ma di una riflessione critica che spieghi, da parte di chi è stata Ministro della sanità per 1858 giorni (la più lunga continuità al vertice di tale Dicastero, maggiore della somma dei Dicasteri Bindi e Turco) come sia stato possibile aver attuato una riduzione progressiva del finanziamento del SSN, pari, in relazione alla crescita dell'inflazione, a 36 mld in un decennio. Non si capisce come mai si sia mantenuto il vincolo all'assunzione di personale e una totale assenza di programmazione della formazione di medici e infermieri!

L'importanza di questo incontro è di aver offerto una visione sulle strategie aziendali del sistema assicurativo in ambito sanitario.

Sono rimaste tuttavia sottintesi, o sottaciuti, alcuni importanti aspetti.

In particolare due:

- La progressiva estensione di un sistema assicurativo tramite il welfare aziendale si accompagna al permanere di agevolazioni fiscali? Pertanto questa ulteriore riduzione del gettito fiscale (tax expenditures), che si aggiunge ad altre caratteristiche distorsive del nostro sistema fiscale non è in netta contraddizione con la necessità, proclamata anche dai relatori, di trovare maggiori risorse per il sistema sanitario pubblico?

- I sistemi assicurativi su base professionale o occupazionale, in particolare nelle condizioni del nostro paese (diversità territoriali, lavoro flessibile, occupazione saltuaria ecc.) accentueranno le disegualianze, come dimostra il fatto che il welfare aziendale si concentra in alcune aree del paese (Nord- Ovest 38,1%; Meridione 14,5%) e in particolare trasferisce al quintile di reddito più alto il 58,5% delle risorse, mentre al quintile di reddito più basso destina solo il 2,5%?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=118938

Covid. Studio Oms sottolinea il ruolo della sanità privata in Lombardia in lotta pandemia

Realizzato da Oms-Euro ed European Observatory on Health Systems and Policies, lo studio ha analizzato il ruolo positivo svolto dal settore privato in Lombardia, Ad esempio, nel giro di 17 giorni ha messo a disposizione 4.975 posti letto dedicati a pazienti Covid (il 40% del totale regionale) e ha portato i propri letti di terapia intensiva da 270 a 484. Rilevante anche l'apporto nei tamponi e nella somministrazione dei vaccini anti-Covid. [LO STUDIO](#)

06 DIC - Uno studio dell'Organizzazione mondiale della Sanità sottolinea il valore del comparto sanitario in Italia. In particolare, la ricerca "Engaging the private Sector in Delivering Health care and goods. Governance lessons from the COVID-19 pandemic", realizzata da OMS-EURO ed European Observatory on Health Systems and Policies, ha analizzato i dati relativi alla performance sanitarie durante il periodo pandemico e tra gli esempi positivi cita il ruolo svolto dal settore privato in Lombardia.

L'apporto del comparto sanitario privato in Lombardia durante il Covid è stato presentato tra i casi studio alla 16esima Conferenza Europea di Sanità Pubblica, svoltasi recentemente a Dublino. Nella sessione di presentazione del volume sono stati illustrati i numeri e le percentuali a partire da un dato fondamentale: "La Lombardia – si legge nel documento a partire da pagina 14 – è stata una delle prime regioni in Europa a essere fortemente impattata dall'emergenza Covid19. Gli ospedali hanno giocato un ruolo centrale nell'offrire servizi durante le varie fasi della pandemia, che hanno richiesto una urgente capacità di reperimento di letti di terapia intensiva".

"Dal 17 marzo al 30 marzo 2020 gli ospedali privati accreditati hanno messo a disposizione 4975 posti letto dedicati a pazienti COVID-19 (il 40% del totale regionale) e hanno portato i loro letti di terapia intensiva da 270 a 484, contribuendo a quell'incredibile incremento del 95% in soli 17 giorni, che ha fatto della Lombardia un esempio di sistema sanitario efficiente e resiliente".

Sempre la pubblicazione OMS evidenzia come "l'apporto delle strutture di diritto privato è stato molto rilevante nei test per SARS-CoV-2; dei 46.901.043 tamponi eseguiti dall'inizio della pandemia a oggi, ben 27.600.010 (58,8%) sono stati eseguiti da laboratori e ospedali accreditati e dalle farmacie. Anche nell'efficacissima campagna vaccinale 2021 l'apporto del settore privato è stato indispensabile, grazie soprattutto ai due grandi Hub vaccinali privati (Gruppo San Donato e Humanitas), che assieme hanno somministrato oltre 1,1milioni di dosi"

A tal proposito, si legge documento, "una vera e propria novità è stato proprio il coinvolgimento delle farmacie per prestazioni di sanità pubblica, prima con i test e poi con le vaccinazioni. Sperimentazione destinata a continuare, grazie all'importante accordo dell'agosto 2022 e al nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2023-2025".

Tra i passaggi chiave della pubblicazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità c'è l'indicazione che, in tutta Europa, "le esperienze del periodo pandemico non devono essere abbandonate e il dialogo tra istituzioni sanitarie pubbliche e quelle private è fondamentale per rispondere alle esigenze dei sistemi sanitari". L'obiettivo è garantire la Universal Health Coverage (UHC), una copertura trasversale che viene da sempre professata e perseguita dall'OMS.

https://www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=118868

HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS

POLICY BRIEF 56

Engaging the private sector in delivering health care and goods

Governance lessons from the COVID-19 pandemic

Anna Maresso
Ruth Waitzberg
Florian Tille
Yulia Litvinova
Gabriele Pastorino
Naomi Nathan
David Clarke



<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373902/Policy-brief-56-1997-8073-eng.pdf?sequence=1>

Dai farmaci alle visite fino al dentista. Gli italiani si pagano le cure di tasca propria. In 6 anni la spesa out of pocket è cresciuta del 43% di L.F.

La metà della torta è rappresentata dalle le spese per visite specialistiche ed interventi. Le spese odontoiatriche la fanno da padrone ma sono alte anche quelle per farmaci, ottico e psicologo senza dimenticare i 3 mld di ticket. È la cosiddetta spesa out of pocket che secondo la Ragioneria generale dello Stato nel 2022 ha raggiunto la cifra monstre di 40,26 mld. Una cifra che rappresenta ormai un quarto della spesa sanitaria totale.

21 DIC -

La visita medica sia in intramoenia che dal privato, il dentista, gli esami specialistici ma anche farmaci e dispositivi medici senza dimenticare il ticket. Tutte prestazioni cui il cittadino sempre di più è costretto a mettere mano al portafoglio. È la cosiddetta spesa out of pocket che secondo la [Ragioneria generale dello Stato](#) nel 2022 ha raggiunto la cifra monstre di 40,26 mld, ben il 43% in più rispetto a 6 anni prima. Una cifra che rappresenta ormai un quarto della spesa sanitaria totale.

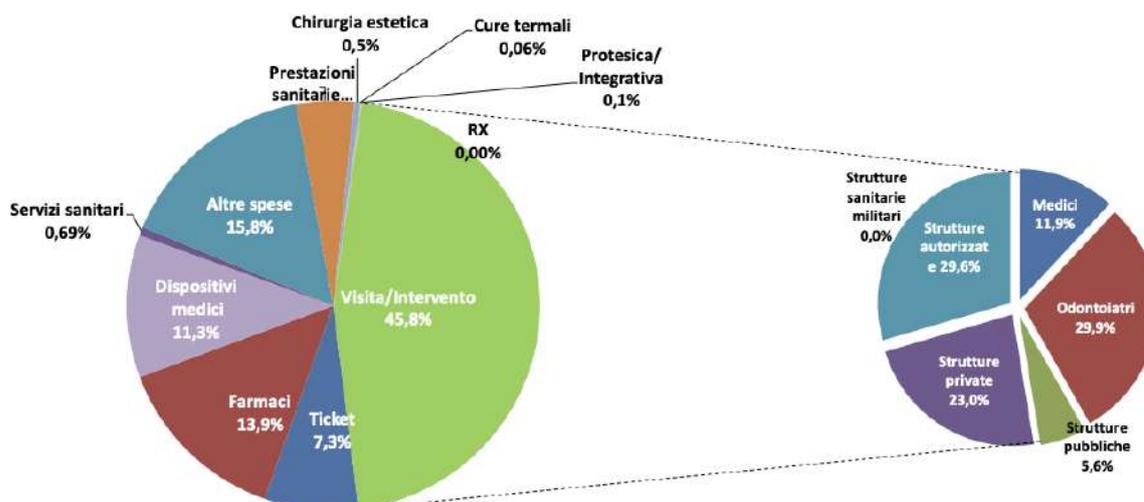
Tab. 3.8: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2022 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)

Soggetti inianti	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	10,24	10,98	11,97	9,0%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	2,28	1,47	1,84	2,04	10,7%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	6,35	5,82	6,70	7,00	4,6%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	7,86	5,90	7,65	8,04	5,0%
- Medici	2,56	2,58	2,65	2,38	1,55	2,20	2,39	9,0%
- Odontoiatri	4,62	4,72	4,84	5,47	4,35	5,46	5,65	3,5%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	3,93	5,55	6,29	13,4%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	3,01	3,75	4,13	10,2%
- Parafarmacie	0,29	0,35	0,40	0,45	0,50	0,55	0,67	21,7%
- Ottici	1,45	1,83	1,95	2,06	1,92	2,29	2,43	5,8%
- Psicologi	0,47	0,49	0,53	0,61	0,58	0,88	1,07	14,9%
- Tecnici radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,3%
- Infermieri	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,3%
- Ostetrici	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	8,4%
Soggetti presenti dal 2016	28,13	30,48	32,29	34,35	30,37	36,47	39,48	8,2%
Strutture sanitarie militari				0,00	0,00	0,00	0,00	11,3%
Esercenti professioni sanitarie				0,49	0,42	0,66	0,74	11,9%
Soggetti presenti dal 2019				0,49	0,42	0,66	0,74	11,9%
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento (DM 9/8/2019)						0,03	0,04	24,2%
Soggetti presenti dal 2021						0,03	0,04	24,2%
Totale	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	40,26	8,3%
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	

La metà della torta è rappresentata dalle le spese per visite specialistiche ed interventi che continuano ad avere un peso prevalente (45,8%) sul totale della spesa a carico dei privati. Anche per questo anno, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici proviene prevalentemente da medici odontoiatri (pari a circa il 30%).

Ma non solo gli italiani spendono anche 12 mld per i farmaci, 2,4 mld dall'ottico e 1 mld per lo psicologo senza dimenticare i 3 mld di ticket.

Fig. 3.11: spesa sanitaria privata 2022– distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione



Rispetto al 2021 la spesa è cresciuta dell'8,3%. Un'impennata che si è sentita di più nella Pa di Bolzano dove si è registrato un +17,5% in un anno, segue il Molise (+14,1%) e la Pa di Trento (+12,8%).

Tab. 3.9: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2022 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	2,96	3,20	8,1%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	0,08	8,4%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	8,52	9,32	9,4%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	0,37	0,44	17,5%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	0,38	0,43	12,8%
Veneto	2,92	3,10	3,26	3,52	3,14	3,68	3,83	4,1%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	0,76	0,81	6,6%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	1,07	1,17	8,6%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	3,50	3,77	7,6%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,30	2,07	2,50	2,73	9,2%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,44	0,39	0,47	0,51	9,3%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,80	0,71	0,89	0,95	6,9%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	4,20	4,57	8,8%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,54	0,47	0,58	0,63	9,6%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,11	0,09	0,11	0,13	14,1%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	2,08	2,25	8,1%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	1,67	1,80	7,7%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	0,19	0,19	4,7%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,60	0,53	0,66	0,71	8,5%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	1,62	1,46	1,79	1,94	8,6%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,65	0,56	0,71	0,79	10,9%
ITALIA	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	40,26	8,3%
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119213



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 32

Monitoraggio Fase 3

(Circolare del Ministero della Salute n. 14253 del 5 maggio 2023)

Acquisizione dati: 13 dicembre 2023

Punti chiave del monitoraggio

Impatto

- Al 13/12/2023 l'occupazione dei posti letto in area medica è pari al 11,9% (7.426 ricoverati), in aumento rispetto alla settimana precedente (10,7% al 06/12/2023) (tab.1, fig.1). In aumento anche l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva, pari a 2,7% (240 ricoverati) rispetto alla settimana precedente (2,5% al 06/12/2023) (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 05/12/2023 è pari a 0,80 (0,77 – 0,83), sotto la soglia epidemica e in diminuzione rispetto alla settimana precedente ($R_t=0,98$ (0,95 - 1,02) al 28/11/2023) (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 07/12/2023-13/12/2023 è pari a 94 casi per 100.000 abitanti, in diminuzione rispetto alla settimana precedente (101 casi per 100.000 abitanti nella settimana 30/11/2023-06/12/2023) (tab.3).

- L'incidenza settimanale (07/12/2023-13/12/2023) dei casi diagnosticati e segnalati presenta variazioni in quasi tutte le Regioni/PPAA rispetto alla settimana precedente. L'incidenza più elevata è stata riportata nella Regione Lazio (148 casi per 100.000 abitanti) e la più bassa in Sicilia (2 casi per 100.000 abitanti) (tab.3).

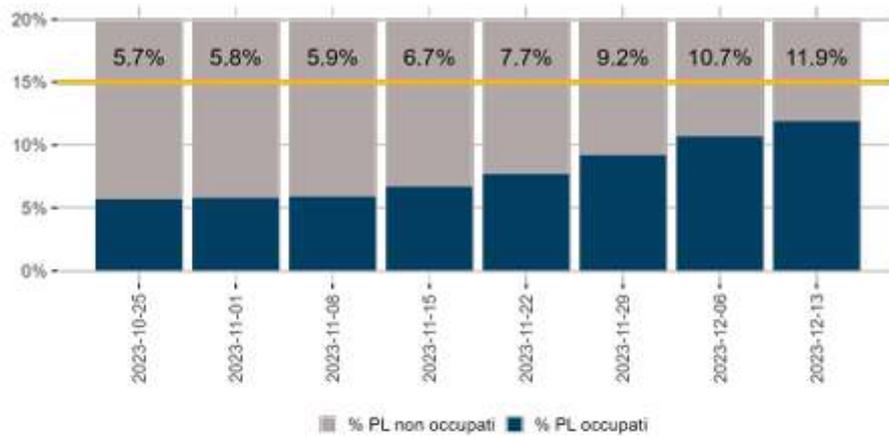
- La fascia di età che registra il più alto tasso di incidenza settimanale è la fascia 90+ anni. L'incidenza settimanale è sostanzialmente stabile in tutte le fasce d'età (fig.7). L'età mediana alla diagnosi è di 59 anni, stabile rispetto alle settimane precedenti.

- La percentuale di reinfezioni è circa il 45%, 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 4 dicembre 2023), si continua ad osservare una predominanza di ceppi virali ricombinanti riconducibili a XBB. Tra questi, la variante d'interesse EG.5, con diversi sotto-lignaggi, si conferma maggioritaria. In crescita la proporzione di sequenziamenti attribuibili alla variante d'interesse BA.2.86, ed in particolare al suo sotto-lignaggio JN.1 (fig.9, fig.10).

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

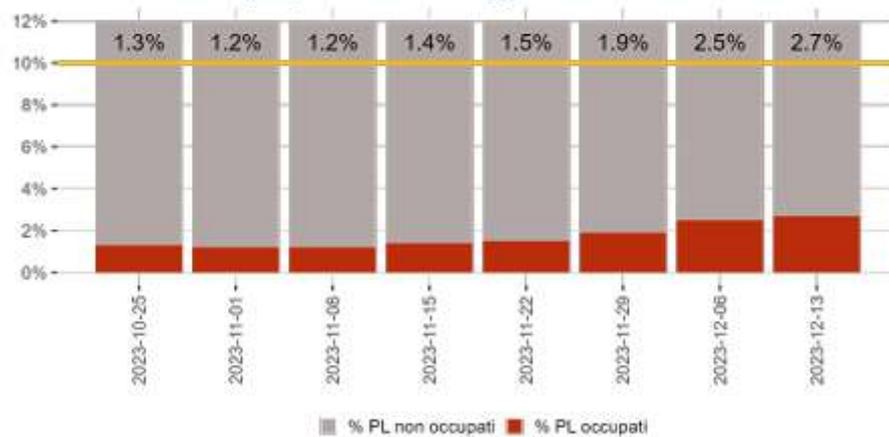
Regione/PA	Posti letto occupati area medica 13/12/2023 (A)	Posti letto totali area medica 13/12/2023 (B)	Occupazione (%) area medica 13/12/2023 (C=A/B*100)	Occupazione (%) area medica 06/12/2023
Abruzzo	259	1 382	18.7	16.4
Basilicata	28	333	8.4	7.2
Calabria	96	886	10.8	9.1
Campania	156	3 720	4.2	3.6
ER	1 391	9 001	15.5	15.8
FVG	228	1 277	17.9	19.4
Lazio	632	6 421	9.8	8.7
Liguria	349	1 251	27.9	23.9
Lombardia	1 031	10 457	9.9	6.2
Marche	280	973	28.8	25.0
Molise	10	176	5.7	7.4
Piemonte	672	6 794	9.9	8.8
PA Bolzano	60	500	12.0	7.6
PA Trento	82	517	15.9	17.0
Puglia	153	2 241	6.8	6.6
Sardegna	182	1 602	11.4	9.7
Sicilia	179	3 026	5.9	6.5
Toscana	592	5 033	11.8	10.3
Umbria	219	662	33.1	32.3
Valle d'Aosta	27	67	40.3	25.4
Veneto	800	6 000	13.3	13.3
ITALIA	7 426	62 319	11.9	10.7

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



Denominatore: Posti letto totali

Figura 1 - Tasso di occupazione dei posti letto in Area Medica da pazienti con COVID-19 per giorno del monitoraggio settimanale



Denominatore: Posti letto totali

Figura 2 - Tasso di occupazione dei posti letto in Terapia Intensiva da pazienti con COVID-19 per giorno del monitoraggio settimanale

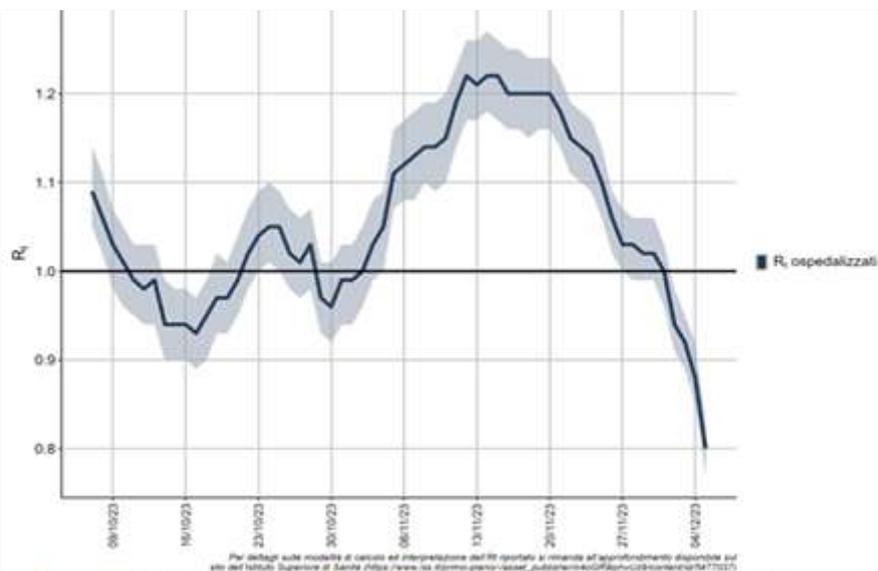


Figura 6 - Andamento giornaliero di Rt ospedalizzazioni nazionale, calcolato con dati estratti il 13 dicembre 2023

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 07/12/2023 - 13/12/2023	Incidenza* 07/12/2023 - 13/12/2023	Incidenza 30/11/2023 - 06/12/2023	Incidenza 23/11/2023 - 29/11/2023	Variazione relativa rispetto settimana precedente
Abruzzo	2 815	222	220	151	0.9
Basilicata	107	20	18	15	11.1
Calabria	902	49	37	23	32.4
Campania	4 928	88	64	45	37.5
ER	3 073	69	84	87	-17.9
FVG	1 382	116	108	92	7.4
Lazio	8 437	148	127	91	16.5
Liguria	1 667	111	104	86	6.7
Lombardia	11 341	114	130	141	-12.3
Marche	1 536	104	102	81	2
Molise	306	106	68	32	55.9
Piemonte	4 637	109	116	128	-6
PA Bolzano	215	40	43	57	-7
PA Trento	426	79	104	106	-24
Puglia	3 607	92	68	53	35.3
Sardegna	308	20	12	9	66.7
Sicilia	100	2	2	1	0
Toscana	3 196	88	86	68	2.3
Umbria	1 189	139	159	56	-12.6
Valle d'Aosta	73	59	73	58	-19.2
Veneto	5 297	109	221	183	-50.7
ITALIA	55 542	94	101	89	-6.9

*Incidenza calcolata come numero di casi diagnosticati e notificati settimanalmente dal giovedì al mercoledì/100.000 abitanti.



Covid, +32% di ricoveri nell'ultima settimana

lunedì 27 Novembre 2023

La rilevazione degli ospedali sentinella della Fiaso fa rilevare questa crescita improvvisa rispetto ai dati dell'ultimo mese. L'età media dei pazienti con infezione da Sars Cov-2 in reparto è 77 anni e i soggetti presentano nel 76% dei casi altre patologie.

Il presidente Fiaso Migliore: "Ci attendiamo un aumento della circolazione dei virus respiratori, non abbassiamo la guardia e proteggiamo anziani e fragili con i vaccini"

Una crescita rapida e improvvisa. In una sola settimana il numero dei pazienti Covid ricoverati è salito del 32%. La ripresa del monitoraggio negli ospedali sentinella aderenti a Fiaso aveva segnato per cinque settimane consecutive numeri bassi e costanti con lievi oscillazioni del 2-3%. Nel periodo che va dal 14 al 21 novembre, invece, si è assistito a un balzo a due cifre. Si tratta esclusivamente di pazienti ricoverati nei reparti Covid ordinari; le terapie intensive, infatti, non registrano un aumento e sono stabili con numeri bassi.

Il monitoraggio ha consentito di accertare come solo il 24% dei casi si riferisca a ricoveri Per Covid, ovvero con sindromi respiratorie tipiche del virus, mentre il restante 76% dei ricoveri riguarda pazienti Con Covid ovvero ricoverati per altre patologie e risultati positivi al tampone. Il Covid dunque ha aggravato le condizioni di salute di pazienti con altre patologie ma non è stata la causa principale dell'ospedalizzazione.

"I dati sui ricoveri registrati negli ospedali sentinella sono in linea con l'incremento dei contagi pari al 30% indicato dal Ministero della Salute: è il segnale che non bisogna abbassare la guardia. L'età media dei pazienti che arrivano in ospedale è di 77 anni e la campagna di somministrazione della dose stagionale di vaccino anti Covid tra gli ultra sessantenni è ferma al 4%. Nelle prossime settimane ci attendiamo una maggiore circolazione dei virus respiratori, occorre ancora una volta rinnovare, soprattutto ad anziani e fragili, l'invito alla vaccinazione con la chiamata attiva da parte dei medici di medicina generale".

<https://www.fiaso.it/covid-32-di-ricoveri-nellultima-settimana/>

nature immunology

La vaccinazione ripetuta con mRNA potenzia sequenzialmente i CD8 specifici per SARS-CoV-2+ cellule T in persone con precedente COVID-19

Emily S. Ford, Koshlan Mayer-Blackwell, Lichene Jing, Kerry J. Laing, Anton M. Sholukh, Russell St. Germain, Emily L. Bossard, ... David M. Koelle

Astratto

L'immunità ibrida per la sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) è più protettiva della sola vaccinazione o di una precedente infezione.

Per studiare la cinetica delle cellule T (T_s) reattive al picco dell'infezione da SARS-CoV-2 attraverso la vaccinazione con RNA messaggero in persone con immunità ibrida, abbiamo identificato le sequenze del recettore delle cellule T (TCR) di migliaia di cellule T_s dell'indice e monitorato la loro frequenza in repertori di TCRβ sfusi campionati longitudinalmente dal sangue periferico di persone che erano guarite dalla malattia da coronavirus 2019 (COVID-19).

Le vaccinazioni hanno portato a grandi espansioni nella memoria dei clonotipi di cellule T_s, la maggior parte dei quali erano CD8⁺ cellule T, suscitando anche diversi clonotipi di cellule T_s non osservati prima della vaccinazione. Il clustering di somiglianza della sequenza TCR ha identificato i motivi TCR pubblici CD8⁺ e CD4⁺ associati con specificità del picco (S).

La sintesi di repertori longitudinali di TCRβ a catena singola ex vivo e di sequenze di TCRαβ a catena accoppiata dal sequenziamento di goccioline di cellule T_s fornisce una tabella di marcia per la rapida valutazione di Risposte delle cellule T ai vaccini e agli agenti patogeni emergenti.

<https://www.nature.com/articles/s41590-023-01692-x>

Covid. Su Nature scienziati americani aprono la strada verso vaccini più efficaci: saranno somministrati direttamente nelle vie respiratorie

I ricercatori testano le strategie di immunizzazione contro il COVID-19 di prossima generazione: il richiamo del vaccino potrebbe essere somministrato a livello del sito di ingresso del virus, migliorando le possibilità di evitare il contagio e non solo di prevenire la malattia grave. Lo studio effettuato sui primati

15 DIC - Si stima che la campagna globale di vaccinazione contro il Covid-19 abbia consentito di salvare circa 20 milioni di vite. Ma sebbene gli attuali vaccini forniscano protezione contro lo sviluppo di malattie gravi, riescono ancora a fare poco per prevenire l'infezione e la sua trasmissione.

Nuovi dati pubblicati sulla rivista Nature da scienziati del Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC) suggeriscono che potrebbe essere possibile migliorare la protezione contro Covid-19 somministrando il vaccino **direttamente a livello delle vie respiratorie**, la principale porta di ingresso del virus nell'organismo umano.

"L'incapacità dell'attuale generazione di vaccini contro il virus SARS-CoV-2 somministrati per via intramuscolare (IM) nel bloccare l'infezione è probabilmente legato alla mancata produzione di robuste risposte immunitarie della mucosa a livello della porta di ingresso del virus", spiega l'autore **Dan H. Barouch**, direttore del Centro per la ricerca sui vaccini e sulla virologia presso il BIDMC.

"In questo studio, effettuato sui primati, abbiamo dimostrato che nuove strategie di immunizzazione potrebbero aumentare notevolmente l'immunità della mucosa e migliorare l'efficacia protettiva dell'immunizzazione".

Barouch e colleghi hanno vaccinato 40 macachi rhesus adulti con il vaccino Ad26 COVID-19 (Janssen/Johnson & Johnson) somministrato per via intramuscolare: l'iniezione nel braccio che tipicamente ricevono gli adulti. Circa un anno dopo, gli animali hanno ricevuto un richiamo.

Tre gruppi hanno ricevuto una dose del vaccino Ad26 sempre per via intramuscolare, oppure per via intranasale (somministrata tramite spray nasale) o per via intratracheale (somministrata tramite nebulizzatore o inalatore). Un quarto gruppo ha ricevuto una dose del vaccino a mRNA (Pfizer-BioNTech) per via intranasale. Un gruppo di controllo non ha ricevuto booster.

Successivamente, i macachi sono stati infettati con Sars-Cov-2 e i ricercatori hanno campionato il sangue, i fluidi nasali e polmonari degli animali per monitorare le loro risposte immunitarie.

Hanno scoperto che il richiamo di Ad26 somministrato tramite via intratracheale forniva una protezione quasi completa contro il virus e induceva una maggiore immunità della mucosa rispetto alla via intranasale o intramuscolare.

Al contrario, il booster con il vaccino mRNA intranasale si è rivelato inefficace, suggerendo che saranno probabilmente necessarie formulazioni migliorate per un'efficace somministrazione alle mucose di questo tipo di prodotti. "Questi dati suggeriscono la fattibilità dello sviluppo di vaccini che blocchino le infezioni virali a livello delle vie respiratorie", assicurano gli autori.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=119088

THE LANCET Regional Health
Europe

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI | VOLUME 36, 100809, GENNAIO 2024

Effetto delle seconde vaccinazioni di richiamo e della precedente infezione contro SARS-CoV-2 nella coorte di operatori sanitari SIREN del Regno Unito

Peter D. Kirwan   • Victoria J. Hall   • Sarah Foulkes • Ashley D. Lontra • Katie Munro • Domenico Sparkes • et al. [Mostra tutti gli autori](#) • [Mostra le note a piè di pagina](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 13 dicembre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2023.100809>

Riepilogo

Sfondo

La protezione della vaccinazione con mRNA della quarta dose contro SARS-CoV-2 è rilevante per le attuali decisioni politiche globali relative al lancio dei richiami in corso. L'obiettivo era stimare l'effetto della vaccinazione della quarta dose, dell'infezione precedente e della durata della positività alla PCR in una coorte di operatori sanitari del Regno Unito altamente vaccinati e in gran parte precedentemente infetti da COVID-19.

Metodi

I partecipanti sono stati sottoposti a PCR quindicinale e a test anticorpali regolari per SARS-CoV-2 e hanno completato questionari sui sintomi. È stato utilizzato un modello multistato per stimare l'efficacia del vaccino (VE) contro l'infezione da una quarta dose rispetto a una terza dose ridotta, stimando congiuntamente la protezione dall'infezione precedente e la durata della positività alla PCR.

Risultati

Sono state rilevate 1.298 infezioni tra 9.560 individui sottoposti a follow-up attivo tra settembre 2022 e marzo 2023. Rispetto a una terza dose diminuita, il VE della quarta dose è stato complessivamente del 13,1% (IC 95% da 0,9 a 23,8); 24,0% (IC 95% da 8,5 a 36,8) nei primi 2 mesi post-vaccinazione, riducendosi al 10,3% (IC 95% da -11,4 a 27,8) e 1,7% (IC 95% da -17,0 a 17,4) a 2-4 e 4-6 mesi, rispettivamente. Rispetto a un'infezione >2 anni fa e controllando la vaccinazione, è stata stimata una maggiore protezione contro l'infezione nel 63,6% (IC 95% da 46,9 a 75,0) e nel 29,1% (IC 95% da 3,8 a 43,1) per un'infezione avvenuta negli ultimi 0-6 anni e 6-12 mesi rispettivamente. Una quarta dose è stata associata a una maggiore protezione contro l'infezione asintomatica rispetto all'infezione sintomatica, mentre un'infezione precedente ha fornito indipendentemente una maggiore protezione contro l'infezione sintomatica, in particolare se l'infezione si era verificata nei 6 mesi precedenti. La durata della positività alla PCR è stata significativamente inferiore per le infezioni asintomatiche rispetto a quelle sintomatiche.

Interpretazione

Nonostante il rapido declino della protezione, i richiami vaccinali rimangono uno strumento importante per rispondere al panorama dinamico del COVID-19; rafforzare l'immunità della popolazione in anticipo rispetto ai periodi di pressione prevista, come l'aumento dei tassi di infezione o le varianti emergenti di preoccupazione.

Finanziamento

Agenzia per la sicurezza sanitaria del Regno Unito, Consiglio per la ricerca medica, NIHR HPRU Oxford, Bristol e altri.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato su Ovid Embase e MEDLINE gli articoli in inglese pubblicati tra il 1° gennaio 2022 e il 22 settembre 2023 utilizzando le parole chiave (vaccin* OR immunis* OR immuniz* OR mRNA OR spikevax OR comirnaty) AND (coronavirus OR sars-cov-2 OR sarscov2 OR sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 O COVID O COVID-19) E (efficacia O efficacia del vaccino O VE) E (omicron O BA.4 O BA.5 O XBB), limitato a studi "sull'uomo". Abbiamo selezionato articoli che includevano l'efficacia vaccinale dei booster della quarta dose di mRNA contro l'infezione nel periodo di circolazione del sottolignaggio Omicron BA.4/5 e/o XBB. Relativamente pochi studi hanno studiato l'efficacia nel mondo reale delle dosi di richiamo e i disegni degli studi variano, senza che nessuno raccolga dati sull'infezione asintomatica. Uno studio in stile test negativo condotto nelle farmacie statunitensi ha stimato l'efficacia del quarto vaccino di richiamo (VE) contro l'infezione sintomatica BA.5 e XBB/XBB.1.5 SARS-CoV-2 di circa il 50% durante il periodo iniziale post-vaccinazione, con qualche diminuzione di protezione da 2 mesi dopo la vaccinazione tra i partecipanti più anziani allo studio. Queste stime non erano corrette per la storia delle infezioni e gli autori riconoscono diversi altri errori nel disegno dello studio che non potevano essere presi in considerazione. Nel frattempo, uno studio di coorte olandese sull'infezione da SARS-CoV-2 auto-riferita ha stimato che il quarto VE di richiamo tra i 60 e gli 85 anni era del 14% (IC 95% da 1 a 25%), con una maggiore protezione da una precedente infezione recente rispetto al richiamo vaccinazione e prove minime di diminuzione della protezione vaccinale nel periodo limitato di follow-up post-vaccinazione.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio utilizza una coorte consolidata di operatori sanitari del Servizio sanitario nazionale (NHS) del Regno Unito con un denso campionamento di PCR e stato degli anticorpi, combinato con informazioni regolari sui sintomi auto-riferiti. Controllando l'infezione precedente, stimiamo l'efficacia di una quarta dose di vaccino mRNA contro l'infezione (sia sintomatica che asintomatica) nel periodo da settembre 2022 a marzo 2023 del 24% nei primi 2 mesi post-vaccinazione, con un significativo calo della protezione successivamente. Si stima che la protezione da una precedente infezione

recente sia maggiore e più duratura rispetto alla vaccinazione di richiamo. La nostra metodologia ci consente di stimare congiuntamente la durata della positività alla PCR, che differisce per l'infezione sintomatica e asintomatica.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Le prove disponibili mostrano che la vaccinazione di richiamo offre una protezione modesta, ma tangibile, contro l'infezione da SARS-CoV-2 nel breve termine, mentre l'infezione precedente conferisce una protezione più solida e duratura. Questo studio, e gli altri a cui si fa riferimento, evidenziano come i vaccini continuino ad avere un ruolo nella risposta in corso al COVID-19; rafforzare l'immunità della popolazione prima dei periodi previsti di alta prevalenza. Attraverso regolari test asintomatici, lo studio SIREN offre approfondimenti unici sulle attuali tendenze delle infezioni e sulla protezione nel mondo reale conferita dalla vaccinazione di richiamo e dall'infezione precedente per una popolazione in età lavorativa.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(23\)00228-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(23)00228-4/fulltext)

THE LANCET
Infectious Diseases

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO | PRIMA IN LINEA

Sinbiotici nella sindrome post-acuta da COVID-19: un potenziale nuovo quadro terapeutico?

Betty Ramann ✉ • Maheshi N Ramasamy

Pubblicato: 07 dicembre 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00735-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00735-1) • [Check for updates](#)

Mentre il mondo continua a riprendersi dall'impatto della pandemia di COVID-19, è emersa una nuova sfida sotto forma di sindrome post-acuta da COVID-19 (PACS), nota anche come COVID lungo. Caratterizzato da un coinvolgimento multisistemico, il PACS può portare a un sostanziale declino della qualità della vita, presentando un quadro clinico complesso che comprende sintomi cardiopolmonari, gastrointestinali e neuropsichiatrici persistenti e debilitanti, oltre a un profondo affaticamento. Si stima che circa 65 milioni di persone in tutto il mondo siano affette da PACS, con un conseguente effetto sulla forza lavoro globale.

Nessun trattamento efficace è stato ancora identificato.

Prove emergenti sottolineano l'importanza del microbioma intestinale nella fisiopatologia del COVID lungo, con una notevole interruzione dell'equilibrio microbico, chiamata disbiosi intestinale, identificata in alcuni individui.

La logica per esplorare il microbioma intestinale è fondata sul suo ruolo ben consolidato nella modulazione immunitaria, una connessione pertinente data la crescente evidenza che collega i sintomi prolungati del PACS a una risposta immunitaria disregolata persistente dopo l'infezione.

Nei pazienti con COVID-19, soprattutto quelli con sintomi persistenti, sono state verificate alterazioni della flora intestinale attraverso il sequenziamento metagenomico di campioni fecali.

È stato anche scoperto che questa disbiosi intestinale è correlata ad un aumento dell'infiammazione intestinale, alla compromissione dell'integrità della parete intestinale e alla disfunzione infiammatoria sistemica.

Ora ci sono diversi studi che dimostrano che i probiotici, costituiti da batteri benefici come le specie *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, potrebbero migliorare la salute dell'intestino, modulare l'infiammazione e migliorare la funzione immunitaria.

Nel contesto del COVID-19, questi effetti sono particolarmente promettenti, con alcuni studi che suggeriscono un potenziale ruolo dei probiotici nel recupero dall'infezione virale acuta.

La logica alla base dell'uso dei simbiotici, una combinazione di probiotici e prebiotici, si basa sulla premessa che è necessario un approccio più completo per affrontare la natura multifattoriale dei PACS. SIM01 rappresenta un nuovo approccio alla terapia simbiotica con una formulazione basata sulla sinergia di ceppi selezionati di *Bifidobacterium* (ad esempio, *Bifidobacterium adolescentis*, *Bifidobacterium bifidum* e *Bifidobacterium longum*) e prebiotici specifici (ad esempio, galattoligosaccaridi, xilo-oligosaccaridi e batteri resistenti destrina).

In The Lancet Infectious Diseases, Raphaella Lau e colleghi hanno condotto il primo studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo per studiare gli effetti terapeutici della modulazione intestinale con SIM01 in pazienti affetti da PACS presso un centro di riferimento terziario a Hong Kong. Adulti di età pari o superiore a 18 anni con precedente diagnosi di SARS-CoV-2 e che soddisfacevano i criteri PACS del Centro statunitense per il controllo e la prevenzione delle malattie sono stati assegnati in modo casuale a ricevere SIM01 orale (10 miliardi di unità formanti colonie) o placebo due volte al giorno per 6 mesi. La popolazione Intention to Treat era composta da 463 partecipanti che hanno ricevuto SIM01 (n=232) o placebo (n=231). L'outcome primario era la riduzione della gravità dei sintomi, misurata utilizzando una scala del questionario a 14 punti (PACSQ-14).

Gli individui che hanno ricevuto SIM01 hanno avuto tassi più elevati di attenuazione di alcuni sintomi dopo 6 mesi, tra cui affaticamento (OR 2.273, IC 95% 1.520–3.397, p=0.0001), malessere generale (2.360, 1.428–3.900, p=0.0008), perdita di memoria (1.967, 1.271–3.044, p=0.0024), disturbi gastrointestinali (1.995, 1.304–3.051, p=0.0014) e difficoltà di concentrazione (2.644, 1.687–4.143, p<0.0001). Le analisi metagenomiche fecali hanno identificato un aumento della diversità del microbioma intestinale rispetto al basale, con un arricchimento delle vie metaboliche degli acidi grassi a catena corta nei soggetti trattati con SIM01 ma non nei soggetti trattati con placebo. I tassi di eventi avversi erano simili tra il gruppo di trattamento e quello con placebo e nessuno è stato giudicato correlato agli interventi dello studio. L'uso di antibiotici, la compliance al farmaco in studio e le comorbidità al basale erano simili tra i bracci SIM01 e placebo. Nel complesso, lo studio ha molti punti di forza degni di nota, tra cui la valutazione dell'esito primario utilizzando un questionario standardizzato, la randomizzazione utilizzando blocchi permutati casuali e il mascheramento dei partecipanti, degli operatori sanitari e dei ricercatori rispetto alle assegnazioni di gruppo. L'80% (369 su 463) dei partecipanti presentava sintomi della durata di 3 mesi o più al momento dell'arruolamento, in linea con la definizione di PACS dell'OMS. Questo è anche il primo studio randomizzato e controllato in doppio cieco per valutare gli effetti della modulazione del microbioma intestinale sui PACS.

Sebbene i risultati dello studio siano promettenti, le sue conclusioni vengono tratte nel contesto di alcune limitazioni. La dipendenza da segnalazioni soggettive di sintomi PACS e l'assenza di uno strumento di valutazione approvato a livello globale per le manifestazioni post-COVID complica l'interpretazione della popolazione studiata e dell'efficacia del trattamento. Sebbene sia stata osservata un'attenuazione di alcuni sintomi del PACS, questa attenuazione non corrispondeva a miglioramenti misurabili nella qualità della vita o nell'attività fisica dopo 6 mesi, suggerendo che i benefici reali del trattamento sulla percezione generale della salute e sulla capacità funzionale potrebbero essere bassi. Inoltre, dato il disegno monocentrico dello studio e il fatto che la composizione di SIM01 si basa sulla flora intestinale di popolazioni cinesi sane, la rilevanza dei risultati per coorti etnicamente e geograficamente diverse in tutto il mondo merita ulteriori indagini. Il meccanismo proposto per il miglioramento dei sintomi – attraverso una riduzione dell'infiammazione sistemica attraverso una maggiore diversità microbica intestinale – è intrigante ma rimane speculativo senza prove dirette di questo meccanismo, dato che non sono state osservate differenze nei profili delle citochine plasmatiche tra i gruppi placebo e SIM01 a 6 mesi. Come si confronta l'efficacia di SIM01 con altre miscele probiotiche e prebiotiche contenenti specie *Lactobacillus*, come quelle menzionate in uno studio in aperto di Thomas e colleghi,

inoltre non è chiaro, il che evidenzia la necessità di ulteriori ricerche comparative. Da notare che i partecipanti che hanno ricevuto il placebo hanno avuto anche un'attenuazione dei sintomi, il che significa che sarebbe stato utile studiare l'effetto placebo includendo un gruppo di controllo, che non ha ricevuto alcun intervento. Tuttavia, i punti di forza metodologici dello studio, inclusa la dimensione sostanziale del campione, l'encomiabile tasso di completamento del follow-up e l'uso strategico dell'analisi seriale del microbioma delle feci, forniscono una solida base per le sue conclusioni, fornendo preziose informazioni sui potenziali meccanismi terapeutici.

Lo studio di Lau e colleghi suggerisce che i preparati simbiotici come SIM01 offrono un trattamento sicuro e promettente per i pazienti affetti da PACS. Sebbene siano necessari studi multicentrici più ampi, pragmatici per convalidare questi risultati ed esaminare i benefici a lungo termine di tali terapie, questo studio costituisce un passo fondamentale verso un potenziale nuovo quadro di trattamento nella gestione dei PACS.

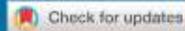
[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(23\)00735-1/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(23)00735-1/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

EDITORIALE | PRIMA IN LINEA

Modelli di infezioni respiratorie dopo COVID-19

La medicina respiratoria Lancet

Pubblicato: 12 dicembre 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00472-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00472-1)



Nel 2024 si è osservato nuovamente un cambiamento nei modelli di infezioni respiratorie. L'incidenza della malattia è cambiata durante la pandemia di COVID-19 a causa dei lockdown e del distanziamento sociale, che hanno rallentato la circolazione degli agenti patogeni e lo sviluppo dell'immunità a livello di popolazione. Quest'anno [l'influenza e l'RSV si sono stabilizzati su un modello più tradizionale, ma l'incidenza della tubercolosi e della polmonite rimane insolita.](#)

Dopo numerosi anni di aumento delle notifiche di tubercolosi, [l'OMS ha stimato](#) un calo globale da 7 milioni di nuovi casi nel 2019 a circa 5 milioni nel 2020. I servizi sanitari e il personale antitubercolare con esperienza nel tracciamento dei contatti sono stati dirottati come parte della risposta al COVID-19, con conseguente riduzione dei servizi per la tubercolosi. Dal momento che venivano diagnosticate e curate meno persone, il peso della tubercolosi non diagnosticata aumentava, seguito dalla mortalità. I blocchi hanno ridotto la trasmissione e l'incidenza della tubercolosi solo a breve termine e, con l'aumento del numero dei casi, sono emerse maggiori opportunità di trasmissione e infezione.

Alla recente Conferenza mondiale sulla salute polmonare, gli esperti hanno discusso i metodi dell'OMS per stimare il peso globale della tubercolosi. Nel 2022, la tubercolosi ha causato circa 1,3 milioni di morti – una riduzione del 19% rispetto al 2015 – con un'incidenza di 133 ogni 100.000 persone. La strategia dell'OMS per porre fine alla tubercolosi mira a ridurre del 75% la mortalità dovuta alla tubercolosi e una riduzione del 50% del tasso di incidenza entro il 2025. Le tendenze variano da regione a regione, ma molti paesi in Africa ed Europa hanno raggiunto gli obiettivi fissati per il 2020, quindi si spera che questo il progresso continuerà.

[La stima dell'incidenza della tubercolosi](#) durante la pandemia di COVID-19 è stata impegnativa, soprattutto in contesti ad alto carico, e i metodi hanno dovuto cambiare per tenere conto delle gravi interruzioni dei servizi. Sono stati sviluppati modelli matematici dinamici per i paesi con un calo del 10% delle notifiche di tubercolosi nel 2020. Una volta migliorato il rilevamento dei casi, le notifiche hanno iniziato ad aumentare nuovamente nel 2021-2022. La mortalità per tubercolosi è diminuita per prima, rispondendo più rapidamente dopo il trattamento dell'arretrato di pazienti, mentre gli effetti sull'incidenza sono stati ritardati in parte a causa della tubercolosi subclinica non rilevata. La Task Force globale dell'OMS si riunirà di nuovo nel 2024 e discuterà questi modelli con i leader nazionali per migliorarne la solidità. Nel frattempo, i programmi nazionali sulla tubercolosi continueranno a misurare l'andamento temporale dell'incidenza utilizzando sistemi di sorveglianza.

Recentemente, il CDC statunitense ha dichiarato un'epidemia [di influenza](#), con numeri finora inferiori in questa stagione rispetto a novembre 2022 dopo un picco precedente (17.000 ricoveri e 1.100 decessi contro 78.000 e 4.500). Attualmente, l'influenza A(H1N1) è predominante, causando meno ricoveri ospedalieri negli anziani rispetto al ceppo influenzale A(H3N2) del 2022. Nel 2021 e nel 2022, anche le infezioni da virus respiratorio sinciziale ([RSV](#)) sono iniziate prima, intorno a luglio invece del consueto picco di gennaio, con quattro volte più bambini ricoverati in ospedale nell'estate del 2022 rispetto alle stagioni precedenti in Europa e Nord America. Quest'anno, i ricoveri per RSV stanno già aumentando negli Stati Uniti, ma a un tasso inferiore rispetto al 2022 (12 contro 29 ricoveri ogni 100.000 persone). C'è anche una carenza di nirsevimab, nonostante la recente approvazione della FDA statunitense, e si prevede che presto verranno rilasciate dosi extra. Nel complesso, i tassi di vaccinazione negli Stati Uniti per l'influenza sembrano essere più alti di quelli per RSV e COVID-19.

Un'ondata insolita di [polmonite](#) infantile con sintomi atipici è emersa in Cina a maggio, causando preoccupazione a livello mondiale. Il CDC cinese ha affermato che non esistono nuovi agenti patogeni, attribuendo questo aumento a quelli di RSV, influenza e *Mycoplasma pneumoniae*. Questo è il primo inverno dopo il lockdown in Cina, dove le restrizioni pandemiche più severe hanno portato a un indebolimento dell'immunità della popolazione, una tendenza osservata anche nel Regno Unito e negli Stati Uniti nel 2022. L'OMS ha attribuito questi casi di polmonite a un gap immunitario in un gruppo di bambini isolati, con conseguenti grandi epidemie una volta ritornata l'esposizione agli agenti patogeni.

Le malattie respiratorie sono riemerse in modi imprevedibili dopo la pandemia, mentre i casi di COVID-19 sembrano aver raggiunto un plateau negli Stati Uniti. Gli scienziati non sono sicuri se il COVID-19 diventerà un virus invernale poiché non sembra esserci ancora un modello chiaro, ma le capacità che sono state aumentate durante il COVID-19 devono essere sostenute per altre malattie infettive. L'immunità a livello di popolazione in seguito alla vaccinazione e all'infezione diminuisce nel tempo e l'esitazione vaccinale rimane un grosso problema che richiede una risposta mirata. Migliori modelli matematici per tracciare i modelli delle malattie infettive e una migliore comprensione dei fattori che guidano questi cambiamenti potrebbero aiutare a migliorare i programmi di sorveglianza e gli sforzi di controllo delle malattie, nonché a modellare la risposta alle future minacce pandemiche.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00472-1/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00472-1/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

Simvastatina in pazienti critici con Covid-19

Gli investigatori REMAP-CAP

21 dicembre 2023

N Engl J Med 2023; 389:2341-2354

DOI: 1.1056/NEJMoa2309995

Astratto

Sfondo

L'efficacia della simvastatina nei pazienti critici con malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) non è chiara.

Metodi

In uno studio internazionale, multifattoriale, adattivo, randomizzato e controllato in corso, abbiamo valutato la simvastatina (80 mg al giorno) rispetto all'assenza di statine (controllo) in pazienti critici con Covid-19 che non ricevevano statine al basale. L'esito primario erano i giorni liberi da supporto d'organo respiratorio e cardiovascolare, valutati su una scala ordinale che combinava la morte intraospedaliera (assegnato un valore pari a -1) e i giorni liberi da supporto d'organo fino al giorno 21 nei sopravvissuti; l'analisi ha utilizzato un modello ordinale gerarchico bayesiano. Il disegno adattivo includeva criteri statistici di interruzione prespecificati per superiorità (probabilità a posteriori >99% che l'odds ratio fosse >1) e futilità (probabilità a posteriori >95% che l'odds ratio fosse <1,2).

Risultati

L'iscrizione è iniziata il 28 ottobre 2020. L'8 gennaio 2023, l'iscrizione è stata chiusa sulla base di una bassa probabilità prevista che i criteri di interruzione prespecificati sarebbero stati soddisfatti con la diminuzione dei casi di Covid-19. L'analisi finale ha incluso 2.684 pazienti critici. Il numero mediano di giorni liberi da supporto d'organo è stato 11 (intervallo interquartile, da -1 a 17) nel gruppo simvastatina e 7 (intervallo interquartile, da -1 a 16) nel gruppo di controllo; l'odds ratio aggiustato mediano posteriore era 1,15 (intervallo di credibilità al 95%, da 0,98 a 1,34) per la simvastatina rispetto al controllo, ottenendo una probabilità a posteriori di superiorità del 95,9%. A 90 giorni, l'hazard ratio per la sopravvivenza era 1,12 (intervallo di credibilità al 95%, da 0,95 a 1,32), con una probabilità a posteriori di superiorità della simvastatina del 91,9%. I risultati delle analisi secondarie erano coerenti con quelli dell'analisi primaria. Eventi avversi gravi, come livelli elevati di enzimi epatici e creatina chinasi, sono stati segnalati più frequentemente con la simvastatina rispetto al controllo.

Conclusioni

Sebbene il reclutamento sia stato interrotto perché i casi erano diminuiti, tra i pazienti critici con Covid-19, la simvastatina non ha soddisfatto i criteri prespecificati di superiorità rispetto al controllo. (Numero REMAP-CAP ClinicalTrials.gov, [NCT02735707](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02735707))

RESEARCH SUMMARY

Simvastatin in Critically Ill Patients with Covid-19

The REMAP-CAP Investigators DOI: 10.1056/NEJMoa2309995

CLINICAL PROBLEM

In addition to its lipid-lowering and cardioprotective effects, simvastatin has been shown to reduce pulmonary and systemic inflammation in murine and human models of lung injury. Whether simvastatin therapy might improve outcomes in patients with Covid-19 is unclear.

CLINICAL TRIAL

Design: An international, multifactorial, adaptive-platform, open-label, randomized, controlled trial assessed the effect of initiation of simvastatin therapy on survival and organ support in critically ill adults with Covid-19.

Intervention: 2739 critically ill patients who were not receiving statins at baseline were assigned to receive simvastatin (80 mg once daily) or no statin (control) until the time of discharge from the intensive care unit or day 28, whichever came first. The primary outcome was organ support-free days, as assessed on an ordinal scale that combined in-hospital death (assigned a value of -1) and days free of organ support among survivors through day 21.

RESULTS

Efficacy: There were more organ support-free days through day 21 in the simvastatin group, but the trial was stopped when cases of Covid-19 declined, and simvastatin did not meet the prespecified criteria for superiority to control.

Safety: Serious adverse events, including elevated liver-enzyme and creatine kinase levels, occurred more often in the simvastatin group.

LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

- The open-label design of the trial is a potential limitation.
- Enrollment was stopped early because Covid-19 rates decreased, which resulted in a low anticipated likelihood that the prespecified stopping criteria (for superiority or futility) would be reached.
- Response-adaptive randomization led to more patients being assigned to the simvastatin group; lower enrollment in the control group may have reduced the ability to detect a significant between-group difference in the primary outcome.

Links: [Full Article](#) | [NEJM Quick Take](#) | [Editorial](#)

Organ Support-free Days

	Simvastatin (N = 1843)	Control (N = 841)
Median no. of days (IQR)	11 (-1 to 17)	7 (-1 to 16)

Median adjusted OR, 1.15 (95% credible interval, 0.98 to 1.34)
Posterior probability of superiority to control, 95.9% (prespecified superiority threshold, 99%)

Cumulative Proportion of Organ Support-free Days



Serious Adverse Events



CONCLUSIONS

In critically ill patients with Covid-19, daily simvastatin therapy did not meet prespecified criteria for superiority to control through day 21 of follow-up.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2309995?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX1%2FE3DUv8MFGkn3u4Yehrc%2Bly7JtPjEkCkXDZWTLaVOppH5eHTY%2BnGx2OVomPWtniARzNT%2BGTCnfdDH%2F185GVZIZni8BGSBdq3894qO%2FqGdwDCwvb%2BsSjfhfSyzmIsP3mGtvLr4qEsA2MN27rUyzA6omZD%2BQlo0FK11I%2F%2B0XncRslv1Y03nslW1Q770huWxwNjdf6mQzHGSHg%3D%3D&cid=NEJM%20Weekend%20Briefing,%20December%202023,%202023%20DM2312182_NEJM_Non_Subscriber&bid=2004817959

Covid: meccanismo Covax per accesso ai vaccini "chiude" il 31 dicembre. Forniti 2 mld dosi vaccino ed evitati 2,7 mln morti nei Pvs

di Radiocor Plus



Covax, il meccanismo multilaterale per un equo accesso globale ai vaccini contro il Covid-19 lanciato nel 2020 in pandemia, si concluderà il 31 dicembre.

Lo annuncia l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Guidato congiuntamente dalla Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (Cepi), Gavi, Vaccine Alliance (Gavi), Unicef e Organizzazione mondiale della sanità (Oms), Covax ha finora fornito quasi 2 miliardi di dosi di vaccino contro il Covid e dispositivi di iniezione sicuri a 146 economie.

Si stima che i suoi sforzi abbiano contribuito a evitare la morte di almeno 2,7 milioni di persone nelle economie a reddito basso e medio-basso partecipanti al Covax Advance Market Commitment (Amc) (economie a basso reddito) che hanno ricevuto dosi gratuite attraverso il meccanismo, insieme a quasi 2 miliardi di dollari di sostegno fondamentale per trasformare i vaccini in vaccinazioni.

Queste 92 economie a basso reddito, ritenute idonee a partecipare al programma con il sostegno del meccanismo di finanziamento noto come Gavi Covax Advance Market Commitment (Covax Amx) continueranno ad avere la possibilità di ricevere dosi di vaccino Covid-19 e supporto per la consegna attraverso il programma di Gavi.

Fino a oggi, 58 economie a basso reddito hanno richiesto un totale di 83 milioni di dosi nel 2024, con l'intenzione di concentrarsi sulla protezione continua dei gruppi prioritari, tra cui gli operatori sanitari, gli operatori comunitari e gli anziani.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2023-12-19/covid-meccanismo-covax-accesso-vaccini-chiude-31-dicembre-forniti-2-mld-dosi-vaccino-ed-evitati-27-mln-morti-pvs-152656.php?uid=AFudNd7B&cmpid=nlqf>

la Repubblica

Pnrr, l'Upb: ritardi gare, specie al Sud. Spesa al 14,7%. Dalla rimodulazione, rischio di dover ricorrere ai prestiti sul mercato

a cura della redazione Economia

L'Autorità dei conti pubblici: nella missione Salute i ritardi di spesa più significativi. Cabina di regia, Fitto: "Decreto per

Un Pnrr rimodulato che potrebbe richiedere all'Italia maggior ricorso al mercato, cioè soldi in prestito agli investitori, visto che gli incassi dei fondi sono stati spostati in là nel tempo. Un Pnrr che soffre di ritardi nell'avvio delle gare, su tutto il territorio nazionale ma con maggiore rilievo nel Mezzogiorno.

Forbice che si allarga ancor di più quando si viene a conteggiare le risorse assegnate con le gare: nel Mezzogiorno risulta aggiudicato il 9,4 per cento dei progetti finanziati, contro il 14,1 per cento del Nord e il 15,2 per cento del Centro.

Un Pnrr che, al 26 novembre, vedeva una spesa complessiva di 28,1 miliardi, pari a circa il 14,7 per cento del totale delle risorse europee, [numero che già aveva messo in evidenza A&F](#): 1,3 miliardi nel 2020 (tutto il programmato per l'anno), 6,2 miliardi nel 2021 (leggermente più di quanto programmato), 18,1 miliardi nel 2022 (leggermente più di quanto programmato) e 2,5 miliardi nel 2023 (il 7,4 per cento del programmato).

Ecco i rilievi che l'Ufficio parlamentare di bilancio, l'Autortà indipendente dei conti pubblici, ha scritto in una memoria alle commissioni parlamentari. Per altro, dice l'Upb all'indomani dello [sciopero dei medici](#), la Missione Salute è quella che sembra soffrire di ritardi di spesa più significativi.

https://www.repubblica.it/economia/2023/12/06/news/pnrr_lupb_ritardi_gare_specie_al_sud_spesa_al_147_dalla_rimodulazione_rischio_di_dover_ricorrere_ai_prestiti_sul_me-421586361/?ref=RHVS-BG-P3-S1-T1

JAMA Network

Cambiamenti negli eventi avversi ospedalieri e negli esiti dei pazienti associati all'acquisizione di private equity

Sneha Kannan, Joseph Dov Bruch, Zirui Song.

JAMA. 2023;330(24):2365-2375. doi:10.1001/jama.2023.23147

Punti chiave

Domanda Come cambiano la qualità dell'assistenza e i risultati dei pazienti dopo l'acquisizione di ospedali da parte di private equity?

Risultati In un esame delle differenze nelle differenze di 662.095 ricoveri presso 51 ospedali acquisiti da private equity e 4.160.720 ricoveri presso 259 ospedali di controllo abbinati utilizzando dati sulle richieste di risarcimento Medicare Parte A al 100%, l'acquisizione di private equity è stata associata a un aumento del 25,4% condizioni acquisite in ospedale, causate da cadute e infezioni del flusso sanguigno associate alla linea centrale.

I beneficiari di Medicare negli ospedali di private equity erano modestamente più giovani, avevano meno probabilità di avere la doppia idoneità per Medicare e Medicaid e si trasferivano di più in altri ospedali per acuti rispetto al controllo, probabilmente riflettendo una popolazione di beneficiari ammessi a basso rischio.

Ciò potrebbe spiegare una piccola riduzione relativa della mortalità ospedaliera che si è dissipata entro 30 giorni dalla dimissione dall'ospedale.

Ciò significa che l'acquisizione da parte di private equity di ospedali, in media, è stata associata ad un aumento degli eventi avversi acquisiti in ospedale nonostante un probabile gruppo a rischio inferiore di beneficiari Medicare ammessi, suggerendo una minore qualità delle cure ospedaliere.

Astratto

Importanza Gli effetti delle acquisizioni di private equity degli ospedali statunitensi sulla qualità clinica delle cure ospedaliere e sui risultati dei pazienti rimangono in gran parte sconosciuti.

Obiettivo Esaminare i cambiamenti negli eventi avversi acquisiti in ospedale e negli esiti di ospedalizzazione associati alle acquisizioni di private equity di ospedali statunitensi.

Progettazione, contesto e partecipanti I dati provenienti dalle richieste di risarcimento 100% Medicare Parte A per 662.095 ricoveri presso 51 ospedali acquisiti da private equity sono stati confrontati con i dati per 4.160.720 ricoveri presso 259 ospedali di controllo abbinati (non acquisiti da private equity) per ricoveri ospedalieri tra 2009 e 2019.

Uno studio sugli eventi, un disegno della differenza nelle differenze, è stato utilizzato per valutare i ricoveri ospedalieri da 3 anni prima a 3 anni dopo l'acquisizione di private equity utilizzando un modello lineare adattato per le caratteristiche del paziente e dell'ospedale.

Principali risultati e misure Eventi avversi acquisiti in ospedale (sinonimo di condizioni acquisite in ospedale; le condizioni individuali sono state definite dai Centri statunitensi per i servizi Medicare e Medicaid come cadute, infezioni e altri eventi avversi), mix di pazienti ed esiti di ospedalizzazione (inclusi mortalità, disposizione alle dimissioni, durata della degenza e riammissioni).

Risultati Eventi avversi (o condizioni) acquisiti in ospedale sono stati osservati in 10.091 ricoveri. Dopo l'acquisizione di private equity, i beneficiari di Medicare ricoverati negli ospedali di private equity hanno sperimentato un aumento del 25,4% delle condizioni contratte in ospedale rispetto a quelli trattati negli ospedali di controllo (4,6 [IC al 95%, 2,0-7,2] ulteriori condizioni contratte in ospedale per 10.000 ricoveri, $P = .004$).

Questo aumento delle patologie acquisite in ospedale è stato determinato da un aumento del 27,3% delle cadute ($P = 0,02$) e da un aumento del 37,7% delle infezioni del flusso sanguigno associate alla linea centrale ($P = 0,04$) negli ospedali di private equity, nonostante il 16,2% in meno di collocazioni linee centrali.

Le infezioni del sito chirurgico sono raddoppiate da 10,8 a 21,6 per 10.000 ricoveri presso ospedali di private equity, nonostante una riduzione dell'8,1% del volume chirurgico; nel frattempo, tali infezioni sono diminuite negli ospedali di controllo, sebbene la precisione statistica del confronto tra gruppi fosse limitata dalla dimensione più piccola del campione di ricoveri chirurgici.

Rispetto ai beneficiari di Medicare trattati negli ospedali di controllo, quelli trattati negli ospedali di private equity erano modestamente più giovani, avevano meno probabilità di avere la doppia idoneità per Medicare e Medicaid e più spesso venivano trasferiti ad altri ospedali per acuti dopo degenze più brevi.

La mortalità intraospedaliera (n = 162.652 nella popolazione o in media il 3,4%) è leggermente diminuita negli ospedali di private equity rispetto agli ospedali di controllo; non è stato riscontrato alcun cambiamento differenziale nella mortalità entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera.

Conclusioni e rilevanza L'acquisizione di private equity è stata associata a un aumento degli eventi avversi acquisiti in ospedale, tra cui cadute e infezioni del flusso sanguigno associate alla linea centrale, insieme a un aumento maggiore ma meno statisticamente preciso delle infezioni del sito chirurgico.

Gli spostamenti nel mix di pazienti verso beneficiari più giovani e con un minor numero di beneficiari doppiamente idonei ammessi e l'aumento dei trasferimenti ad altri ospedali possono spiegare la piccola diminuzione della mortalità intraospedaliera negli ospedali di private equity rispetto agli ospedali di controllo, che non era più evidente 30 giorni dopo la dimissione.

Questi risultati aumentano le preoccupazioni circa le implicazioni del private equity sull'erogazione dell'assistenza sanitaria.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2813379>

quotidianosanita.it

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.

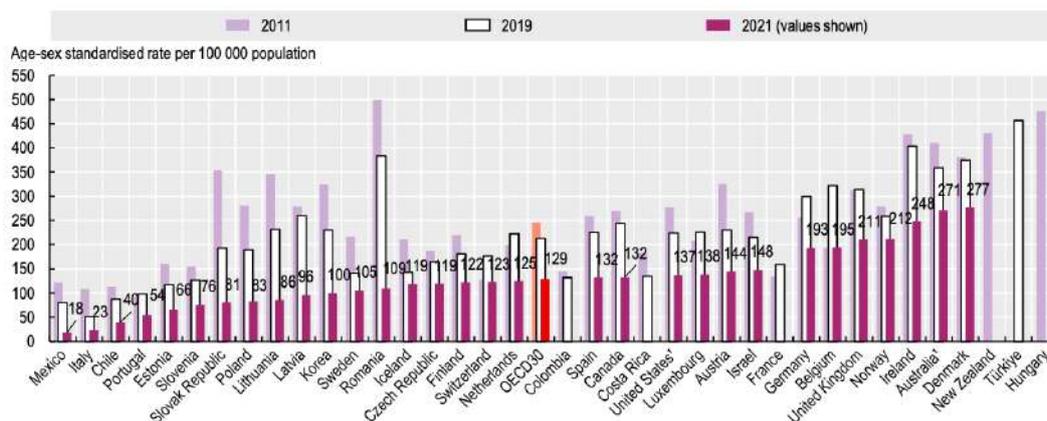
Un sistema di cure primarie efficiente, in cui vengono forniti servizi accessibili e di alta qualità, può quindi ridurre il deterioramento delle condizioni di salute nelle persone affette da asma, Bpco o insufficienza cardiaca.

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.

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.

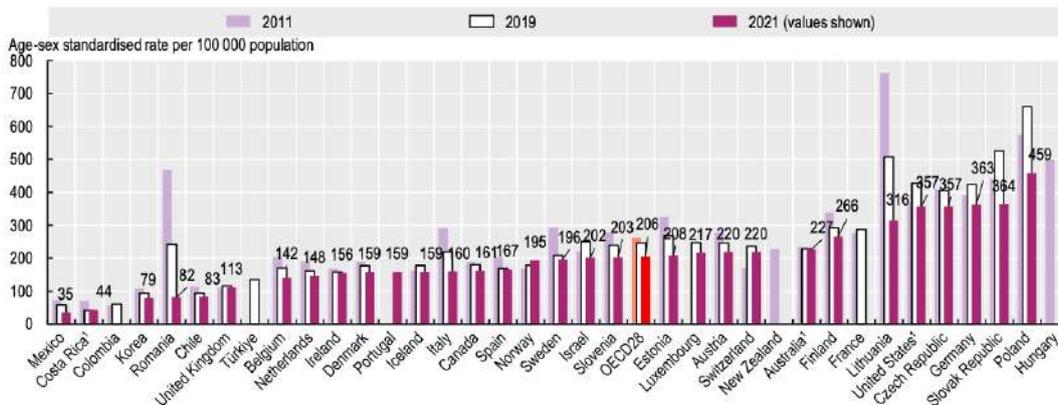
Durante la pandemia, il calo è stato più significativo, con una diminuzione media nei Paesi Ocse di circa il 40% tra il 2019 e il 2021, ma questo probabilmente riflette in parte un accesso più limitato alle cure ospedaliere in questo periodo. **L'Italia, dal 2011 al 2021, ha sempre registrato tassi di ospedalizzazione inferiori rispetto alla media Ocse.**

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)



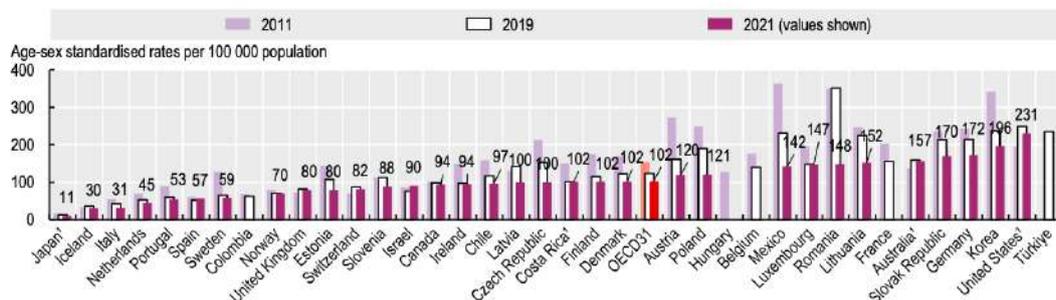
1. Latest data refer to 2020 (and 2022 for Costa Rica) instead of 2021.
Source: OECD Health Statistics 2023.

A conferma di quanto detto fino ad ora, prendiamo in esame i dati relativi ai ricoveri 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

quotidianosanita.it

Mobilità sanitaria. Un giro d'affari di circa 3 miliardi che vede sempre un pellegrinaggio da Sud a Nord

La maglia iridata la conquista Lombardia seguita da Emilia-Romagna e Veneto che si confermano le regioni più attrattive. Maglia nera invece alla Campania accompagnata nel saldo negativo da Calabria e Sicilia. Le strutture con maggiore appeal sono quelle private accreditate, per ¾ del totale per le prestazioni di alta complessità. La nuova indagine di Agenas

05 DIC -

Un trend di mobilità dei ricoveri, dal 2017 al 2022, costante, con un valore di poco meno di 3mld di euro e con saldi estremamente variabili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. La maglia iridata la conquista Lombardia seguita da Emilia-Romagna e Veneto. Maglia nera invece alla Campania accompagnata nel saldo negativo da Calabria e Sicilia. Le strutture con maggiore appeal sono quelle private accreditate, per ¾ del totale per le prestazioni di alta complessità.

Una tendenza di mobilità della specialistica ambulatoriale degli ultimi 5 anni (2019-2023), al netto del valore nel 2020, con un trend in crescita nel primo semestre del 2023: il valore più alto della serie temporale considerata (330 mln). Le regioni più attrattive sono capitanate ancora una volta dalla Lombardia (la regione con il saldo positivo maggiore, tra mobilità attiva e passiva, e un valore di circa 103 mln), seguita da Veneto, Toscana, mentre quelle di fuga sono Campania, Calabria e Sicilia.

È questa l'istantanea scattata da **Agenas** che ha presentato per il secondo anno consecutivo una dettagliata [analisi sulle principali dinamiche della mobilità sanitaria interregionale](#) nel nostro Paese, sia delle prestazioni di ricovero che di specialistica ambulatoriale. Gli analisti hanno messo sotto la lente tre tipologie di mobilità: quella apparente costituita dai ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando quest'ultima non coincide con la regione di residenza; la mobilità casuale relativa ai ricoveri effettuati in urgenza e la mobilità effettiva determinata dalla scelta del cittadino/paziente.

Ma vediamo quali sono i principali dati emersi.

Mobilità interregionale dei ricoveri.

Dai dati emerge un trend dei ricoveri costante nei sei anni considerati (2017-2022), con un andamento chiaramente variabile a causa della pandemia: stasi nel 2020, ripresa della tendenza nel 2021 e crescita nel 2022, con un valore di 2,7 mld di euro. Le componenti di mobilità casuale ed apparente mostrano un andamento invariato negli anni così come la fuga per prestazioni di ricovero di alta complessità; mentre per la componente di media/bassa complessità si evidenzia una riduzione del 18%.

ANDAMENTO DEL SALDO ECONOMICO MOBILITA' OSPEDALIERA ANNI 2017-2022



Le principali Regioni attrattive, come abbiamo visto, sono in ordine Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, mentre quelle di fuga sono Campania, Calabria e Sicilia. Nel 2022 la regione Emilia-Romagna e la regione Lombardia registrano valori equiparabili di saldo positivo (tra mobilità attiva e passiva) rispettivamente 337 mln e 362 mln. Segna un importante incremento rispetto al periodo pre pandemico l'Emilia-Romagna.

Il flusso migratorio è quindi tendenzialmente diretto da Sud a Nord, tuttavia, emerge anche una mobilità tra le regioni del Centro-Nord soprattutto tra quelle più vicine, ossia con una distanza di 100 Km e/o 60 min di percorrenza dal comune di residenza del paziente alla struttura ospedaliera di ricovero; la migrazione di prossimità, rispetto al totale, al Nord è del 24%, del 12,6% al Centro e al Sud del 5,7%. Le strutture maggiormente attrattive per la mobilità dei ricoveri sono di natura giuridica private accreditate, per 3/4 del totale per le prestazioni di alta complessità.

Se si considera solo la componente di mobilità effettuata per scelta dell'utente, si assiste ad un miglioramento, con inversione di tendenza nei trend, nella regione Piemonte (da -7,2 mln a +21 mln) e la PA di Trento (da -6,5 mln a +2,6 mln).

Entrando nel dettaglio delle singole regioni, la Lombardia riduce moderatamente il valore di saldo per effetto di maggiore fuga, ma migliora notevolmente il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici e muscolo-scheletrici per i propri residenti.

CONFRONTO SALDO ECONOMICO DELLA MOBILITA' ANNI 2022 - 2019



La regione Lazio riduce notevolmente il suo saldo negativo per effetto della riduzione della fuga dei suoi residenti per alta complessità dei ricoveri; anche la Campania mostra qualche piccolo segno di miglioramento: riduce moderatamente il valore di saldo negativo e aumenta la sua capacità attrattiva sull'alta complessità dei ricoveri.

La pandemia, sottolinea infine Agenas, non ha modificato i flussi di mobilità di attrazione e fuga per patologie tumorali, malgrado la contrazione nel numero di interventi. Ci si sposta soprattutto per curare i tumori di esofago e pancreas migrando in particolare verso le strutture della regione Veneto come le principali aree di richiamo per l'intero Paese.

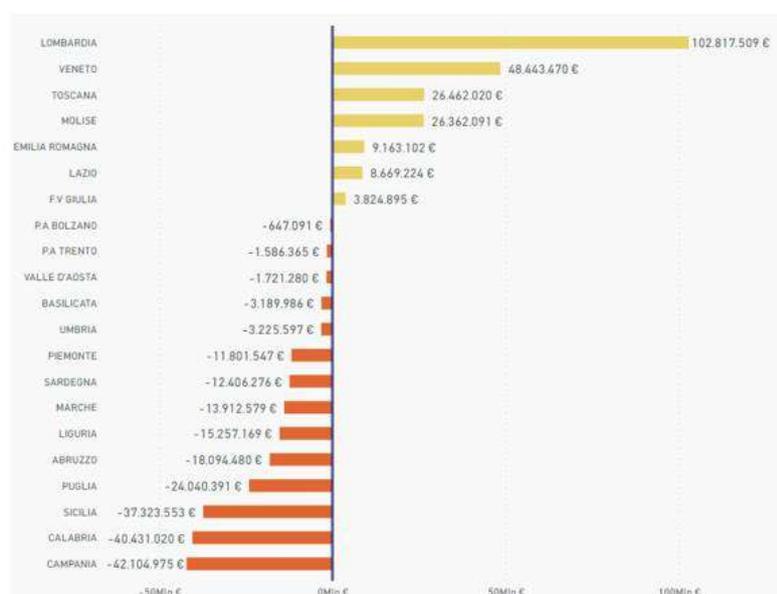
Mobilità della specialistica ambulatoriale

Come abbiamo visto per quanto riguarda la mobilità della specialistica ambulatoriale dal 2019 al 2023, al netto del valore registrato nel 2020, il trend è in crescita con un picco nel primo semestre del 2023, il valore più alto nel quinquennio (330 mln).

ANDAMENTO DEL SALDO ECONOMICO DELLA MOBILITA' DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER SEMESTRI ANNI 2019-2023 (I SEMESTRE)



SALDO ECONOMICO DELLA MOBILITA' DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER REGIONE ANNO 2022



La regioni che richiamano più cittadini extra regione sono in ordine Lombardia, Veneto, Toscana, mentre quelle di fuga sono Campania, Calabria e Sicilia. La regione con il saldo positivo maggiore (tra mobilità attiva e passiva) è in assoluto la Lombardia con un valore di circa 103 mln.

La mobilità di prossimità nella specialistica ambulatoriale ha una prevalenza maggiore rispetto alla ospedaliera: la migrazione di prossimità, rispetto al totale, risulta essere pari al Nord al 33%, al Centro 20% e al Sud 12%. La domanda di prestazioni di specialistica è tendenzialmente costante nel tempo, con maggiore richiesta di diagnostica strumentale e di prestazioni terapeutiche (circa 65%).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118831



In burnout 6 infermieri su 10: qualità delle cure e sicurezza dei pazienti a rischio

Il 59% degli infermieri in servizio negli ospedali italiani è molto stressato e il 36% sente di non avere il controllo sul proprio carico di lavoro. Il 47,3% si percepisce "privo di energia" e nel 40,2% dei casi si ravvisa un esaurimento emotivo elevato. Il 45,4% ritiene che l'impegno professionale non lasci abbastanza tempo per la propria vita personale e familiare. Il 45,2% si dichiara pronto a lasciare l'ospedale per "insoddisfazione lavorativa" dovuta a basse retribuzioni, mancanza di carriera e carenza di personale. Lo Studio dell'Università di Genova e di FNOPI sul benessere dei professionisti.

di Redazione

L'analisi del reale grado di stress dei professionisti e dei suoi principali motivi, rapportandolo con le possibili ricadute sull'assistenza, è raccolta nello **Studio BENE (Benessere degli Infermieri e staffing sicuro negli ospedali)** realizzato dall'Università di Genova con il sostegno dalla Federazione nazionale degli infermieri (FNOPI), appena pubblicato sulla rivista istituzionale della Federazione "L'Infermiere"

Gli infermieri che lavorano in ambito ospedaliero in Italia sono oltre 165mila. Lo studio ha coinvolto un campione statisticamente valido di età media pari a 42.1 anni, 73% di genere femminile, presenti nei reparti di degenza di 38 presidi ospedalieri del Paese e si è svolto tra giugno 2022 e luglio 2023 con l'obiettivo di indagare le principali variabili che impattano sul benessere dei professionisti e la sicurezza delle cure, in particolare dopo l'emergenza Covid-19. Perché il burnout degli infermieri si traduce in maggiori rischi per i pazienti.

L'esposizione a pazienti Covid-19 ha determinato un elevato livello di stress nel 46.4% degli infermieri. Il 38.3% ha dichiarato insoddisfazione lavorativa per svariati motivi: principalmente, a causa dello stipendio (77.9%) e della mancanza di opportunità di avanzamento professionale (65.2%). Il 43.4% ha descritto il proprio ambiente di lavoro come frenetico e caotico. Solo il 3.2% percepisce come "eccellente" la sicurezza del paziente nel proprio ospedale.

La carenza di personale è il motivo prevalente delle cure mancate (50%). Il 59% ha riferito di discutere, con il team, strategie per evitare che gli errori si ripetano. Solo il 27,7% ha affermato che le azioni della direzione dimostrano la sicurezza del paziente come massima priorità.

Indipendentemente dal turno di lavoro, ogni infermiere assiste mediamente 8.1 pazienti contro uno standard indicato come ottimale di non più di 6.

In Europa, il personale infermieristico varia da 3.4 a 17.9 pazienti per infermiere e studi europei indicano che ogni paziente aggiuntivo per infermiere è associato a un aumento del 7% della mortalità a 30 giorni in ospedale e che i costi risparmiati superano il doppio del costo aggiuntivo per il personale infermieristico. Lo studio italiano RN4CAST@IT del 2015 aveva rilevato pre-pandemia che negli ospedali italiani l'organico medio era di 9.5 pazienti per infermiere, determinando un rischio maggiore di mortalità del 21% rispetto al rapporto un infermiere per 6 pazienti.

Tra le azioni per ridurre il burnout e migliorare il benessere, gli infermieri coinvolti nello studio hanno indicato l'aumento dei livelli di organico infermieristico, permettere agli operatori sanitari di lavorare al massimo delle loro competenze professionali, migliorare la comunicazione del team.

Le principali cinque 'cure mancate' sono state la mobilitazione del paziente (51.6%); lo sviluppo/aggiornamento dei piani assistenziali (51.4%); educazione al paziente/famiglia (50.6%); igiene orale (50.2%); comfort per il paziente (49%) e le cure mancate, intese come qualsiasi aspetto dell'assistenza richiesta al paziente che viene omesso o ritardato, sono strettamente correlate alla sicurezza dei pazienti e alla qualità dell'assistenza. Questo problema è stato identificato, inoltre come un fattore che impatta sulla relazione tra il personale infermieristico e gli esiti per i pazienti: il Codice deontologico delle professioni infermieristiche parla chiaro: "il tempo di relazione è tempo di cura".

Bagnasco: "La sicurezza del paziente è garantita anche dalla stabilità degli staff di personale"

"Dopo 8 anni, non mi aspettavo la sovrapposizione così marcata dei dati – in termini di personale dello staff, ambiente di lavoro e cure mancate, quindi sicurezza dei pazienti – specialmente rispetto agli interventi organizzativi messi in atto con la pandemia nella riorganizzazione del lavoro", afferma **Annamaria Bagnasco, dipartimento di scienze della salute Università di Genova, coordinatrice dello studio BENE**. "Una situazione – continua – che ha ripercussioni in cure mancate ed esiti clinici e ha un impatto sull'intenzione di lasciare il lavoro entro un anno che, nonostante le integrazioni di personale dovute alla pandemia non è migliorato. La sicurezza del paziente è garantita anche dalla stabilità degli staff con un malessere che si ripercuote sullo stato emotivo e burnout. Inoltre, c'è una correlazione anche sull'attrattività lavorativa. Il motivo che viene dichiarato è il personale insufficiente e la mancanza di tempo per erogare queste attività, ma il 98% degli intervistati dichiara di voler lavorare al massimo delle proprie competenze: è un elemento di consapevolezza, di desiderio di specializzare le competenze, di formazione".

Mangiacavalli: "Lo studio dimostra che quello dell'infermiere è un lavoro usurante e su questa linea la riforma delle pensioni nella manovra 2024 rappresenta un rischio"

"È uno studio dirompente – commenta **Barbara Mangiacavalli, presidente della FNOPI** – perché mette nero su bianco, con la forza dei numeri e delle analisi statistiche, quelle percezioni che la Federazione da molti anni sta facendo pervenire nelle opportune sedi istituzionali. **E spiega anche le ragioni per cui la modifica al sistema pensionistico prevista dal Governo nella legge di Bilancio è apprezzabile, ma è rischiosa in relazione all'obiettivo del riconoscimento della professione infermieristica come lavoro usurante.** Proprio per la storica carenza di organici, gli infermieri si trovano quotidianamente a dover andare oltre i normali di turni di lavoro. Certamente non è la stessa situazione riscontrabile tra i dipendenti amministrativi, scolastici o informatici. Quello che chiediamo – chiarisce la presidente Fnopi – è che vengano adottate soluzioni strutturali che, ovviamente, non ci portano alla soluzione domani, ma che possono costruire, nel tempo, nell'arco temporale di 5-8 anni, una professione infermieristica 2.0 capace di invertire la tendenza".

"Lo studio chiarisce bene – aggiunge – anche perché ogni anno circa 20mila giovani scelgono la laurea in Infermieristica, ma durante i primi 3 anni di formazione abbiamo già una perdita importante di candidati. Evidentemente – spiega – gli studenti iniziano a frequentare gli ambienti di tirocinio e si rendono conto di una serie di dinamiche che sono quelle che poi sono state messe in luce dallo studio. Se il 40% dopo di chi presta servizio in ospedale dopo un anno di lavoro manifesta l'intenzione di lasciarlo, a fonte di alternative, ci rendiamo conto che bisogna agire su elementi profondi: la poca attrattività legata agli aspetti stipendiali, di crescita, di sviluppo di carriera, di avanzamento professionale, piuttosto che i modelli organizzativi che rendono l'attività caotica, esasperante, che genera burnout, insicurezza nelle prestazioni perché ci si rende conto di lavorare in condizioni non sicure e adeguate. Non dimentichiamo – conclude – che l'Italia è il secondo Paese più vecchio al mondo, dopo il Giappone: la prospettiva è di avere di fronte decenni di lunghe stagioni assistenziali che non sono gestibili in ospedale, ma sul territorio, a domicilio, con infermieri specializzati". Per questo, per la FNOPI "è necessario un impegno politico e manageriale urgente per migliorare la soddisfazione e garantire un'assistenza sanitaria sicura e di qualità".

https://www.sanitainformazione.it/lavoro/in-burnout-6-infermieri-su-10-qualita-delle-cure-e-sicurezza-dei-pazienti-a-rischio/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl15122023&utm_content=sif



Medici in fuga all'estero/ Io, "expat" in Germania in fuga dalla burocrazia, bassi stipendi e aggressioni

Gian Marco Rizzuti

Egregio Direttore,

ho avuto modo di leggere sul suo quotidiano l'[intervista al dottor Piracci](#) e l'[articolo della dottoressa Gobbi](#) a proposito dei medici che vogliono andare a lavorare all'estero. Sono anch'io "medico ed expat" e vorrei aggiungere alla discussione la mia esperienza di medico italiano in Germania.

Concordo pienamente con il mio collega quando afferma che dal punto di vista qualitativo, il sistema sanitario italiano è uno dei migliori al mondo. Tuttavia, il motivo principale che spinge molti di noi medici a cercare opportunità all'estero è la presenza di una burocrazia obsoleta, retribuzioni insufficienti e prospettive di carriera limitate.

Ogni volta che torno in Sicilia per le vacanze, mi viene detto: "Quando tornerai? In ospedale qui da noi abbiamo un disperato bisogno di medici!"

Queste parole toccano il cuore, e l'istinto a dare una mano alla propria terra natale prevale.

Tuttavia, quando cerco di capire come fare per rientrare, m'imbatto in una realtà frustrante. Ad esempio, nel mio caso ad Agrigento, per avviare un bando di concorso sono necessari diversi anni. Poi, altrettanti anni sono richiesti per valutare le domande e selezionare il candidato vincente, tutto questo per un contratto a tempo determinato. Senza contare i problemi legati all'aggressione al personale sanitario, per i quali ancora mancano i provvedimenti legislativi adeguati.

In Germania, invece, i bandi vengono emessi in pochi giorni, la selezione avviene attraverso colloqui, valutazione dei titoli e del catalogo operatorio. Inoltre, in Germania si offre spesso un contratto a tempo indeterminato, con uno stipendio triplo rispetto agli standard italiani e un elevato livello di sicurezza sul lavoro, che in Italia possiamo solo sognare.

È stato recentemente riportato che nell'ospedale di Sciacca, la mia città natale, le attività d'urgenza nel reparto di Ortopedia sono state sospese, costringendo i pazienti a essere trasferiti nel nosocomio del capoluogo di provincia. Tuttavia, considerando che il primario è responsabile di due strutture, è costretto a lavorare tre giorni alla settimana a Agrigento, esponendosi a rischi come cantieri stradali, incidenti e stress, senza alcuna indennità aggiuntiva.

È importante notare che il territorio del Libero Consorzio di Agrigento conta circa 434.870 abitanti, inclusi i territori di Lampedusa e Linosa, e che l'ospedale di Sciacca è tra i primi dieci ospedali italiani per la sua eccellenza nel trattamento delle fratture del femore, secondo dati Agenas, l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali. Tutto ciò rende la situazione ancora più paradossale.

La situazione si fa ancora più surreale quando apprendo che la stessa Asp ha assunto medici stranieri a tempo determinato. Senza mettere in discussione le loro competenze professionali, mi chiedo se abbiano dovuto affrontare lo stesso percorso burocratico e linguistico che noi medici expat abbiamo dovuto superare per ottenere l'abilitazione medica.

In Germania, per ottenere la "Deutsche Approbation" (l'abilitazione medica tedesca), è necessario possedere una certificazione linguistica di livello C1 e superare un esame di tedesco medico presso l'ordine dei medici competente. Solo in seguito si può richiedere un colloquio di assunzione in un ospedale tedesco, e per i medici specialisti si parla sempre di contratti a tempo indeterminato.

Inoltre, nuove opportunità si stanno aprendo in paesi come Bahrain, Kuwait, Arabia Saudita ed Emirati Arabi Uniti, che offrono compensi molto allettanti per i medici. Indubbiamente, tali offerte sono strettamente legate alla qualità della vita offerta in quei paesi.

Ciò mette ulteriormente in pericolo il nostro già impoverito Sistema sanitario nazionale poiché potrebbe continuare a perdere preziosi professionisti di fronte a queste allettanti prospettive.

Ritengo che garantire una giusta retribuzione e la sicurezza dei professionisti sanitari sul posto di lavoro, riconoscendo il loro ruolo fondamentale nella società odierna, sia fondamentale per cercare di contrastare questa emorragia di talenti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-12-04/medici-fuga-estero-io-espatri-germania-fuga-burocrazia-bassi-stipendi-e-aggressioni-181008.php?uuid=AFsY3yuB&cmpid=nlqf>



Manovra: così cambia l'articolo 33 sulle pensioni dei medici. Che potranno restare al lavoro fino ai 70 anni

di Red. San.

Pensioni di vecchiaia e diritti acquisiti salvati fino al 31 dicembre di quest'anno per medici e infermieri (oltre che per ufficiali giudiziari e maestri) e "stretta" limitata solo ai pensionamenti anticipati (al di là dell'età anagrafica). E un nuovo meccanismo per ritardare l'accesso alla pensione da un mese a sei per tutti.

Lo prevede uno degli emendamenti alla manovra, nel pacchetto del governo depositato in Commissione Bilancio al Senato nella tarda serata del 7 dicembre: nel complesso interventi su pensioni, enti locali e sicurezza.

In sintesi, sono preservate le pensioni di vecchiaia e penalizzate le anticipate. Le pensioni di vecchiaia saranno escluse dalla stretta prevista in manovra per medici, dipendenti di enti locali, maestri e ufficiali giudiziari ma saranno invece penalizzate quelle anticipate. In ogni caso non rientreranno nelle nuove disposizioni tutte le pensioni di coloro che maturano i requisiti entro il 2023.

I medici vedono operare una stretta più soft sulle pensioni anticipate: si conferma la stretta per tutte le pensioni anticipate ma per i sanitari si prevede infatti una riduzione di un trentaseiesimo del taglio per ogni mese in più di permanenza al lavoro. È prevista inoltre per tutte le pensioni anticipate una revisione delle finestre d'uscita che - secondo la relazione tecnica - prevede un posticipo della decorrenza di un mese se si maturano i requisiti nel 2025, di 2 mesi se si maturano nel 2026, di 4 mesi per chi li matura nel 2027 e di 6 mesi a partire dal 2028.

Queste modifiche all'articolo 33 della manovra relative alle pensioni dei dipendenti pubblici, tra cui i medici, garantiscono "un sostanziale e complessivo equilibrio" dei conti, secondo la relazione tecnica allegata all'emendamento del governo, depositato in commissione Bilancio al Senato.

La relazione si sofferma sul rapporto debito/Pil spiegando che "il complessivo intervento conferma gli andamenti a legislazione vigente in merito al grado di sostenibilità delle finanze pubbliche e del debito pubblico e dei relativi indicatori".

I dirigenti medici e gli infermieri potranno, se vorranno, rimanere al lavoro fino ai 70 anni. Nell'emendamento, come riportato dall'Ansa, si legge che "i dirigenti medici e sanitari del Ssn nonché gli infermieri possono presentare domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo e comunque non oltre il settantesimo anno di età". Anche Inps e Inail possono autorizzare i propri medici al trattenimento in servizio fino ai 70 anni di età.

Gli altri emendamenti. *Un ristoro di 105,6 milioni per il 2024 alle regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia-Giulia e Sardegna e alle Province autonome di Trento e Bolzano per gli effetti dell'attuazione del primo modulo di riforma dell'Irpef. Questa un'altra previsione contenuta nel mini-pacchetto di emendamenti del governo alla manovra depositato in commissione Bilancio. Per le regioni ordinarie è invece previsto un ristoro di 100 milioni per il 2024 per coprire i maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche del 2022 e 2023. Ma allo stesso tempo si prevede per le regioni a statuto ordinario una riduzione di 250 milioni di una parte degli stanziamenti per investimenti previsti in un arco di tempo che arriva al*

2033. Viene estesa anche al 2025 e 2026 la cumulabilità delle agevolazioni fiscali per interventi di risparmio energetico con i contributi regionali, già prevista per il 2023 e 2024.

Infine, i Comuni potranno stabilizzare, con contratto a tempo indeterminato, il personale non dirigenziale assunto con contratto determinato: la misura vale per i comuni sede di capoluogo di città metropolitana che si trovano in una procedura di riequilibrio finanziario pluriennale con disavanzo pro capite superiore a 700 euro, destinatari del previsto contributo e che abbiano sottoscritto un accordo per il potenziamento dell'attività di accertamento e riscossione dei tributi.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2023-12-08/manovra-cosi-cambia-articolo-33-pensioni-medici-che-potranno-restare-lavoro-fino-70-anni-082658.php?uuid=AFHDNpxB&cmpid=nlqf>



Agenas: sull'attuazione delle reti oncologiche le Regioni viaggiano a due velocità

L'assistenza oncologica in rete è efficace ed efficiente ai migliori livelli in 5 Regioni italiane: Toscana, Piemonte/Valle D'Aosta, Emilia Romagna e Veneto, seguiti dalla Liguria dove i risultati sono molto buoni anche se non ottimi.

Ancora elevato il gap Nord-Sud con 4 Regioni fanalino di coda: Basilicata, Calabria, Molise, Abruzzo che hanno necessità di un costante supporto per garantire livelli di assistenza accettabili.

E' il quadro illustrato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) nel rapporto sugli 'Esiti della quinta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle reti oncologiche regionali,' condotta nel 2023 analizzando i risultati del monitoraggio rispetto all'anno precedente.

Il monitoraggio è stato eseguito sulla base di un questionario e di una serie di indicatori riguardanti le sette patologie oncologiche maggiori (mammella, colon, retto, polmone, prostata, ovaio ed utero) riferiti all'anno 2022 e relativi alla presa in carico da strutture della Rete, all'indice di fuga fuori Regione (ovvero la percentuale di ricoveri di pazienti presso struttura della Ror fuori dalla rispettiva Regione di residenza), ai tempi di attesa (percentuale di ricoveri in strutture della Ror entro 30 giorni dalla data di prenotazione).

L'analisi dei singoli indicatori, rileva Agenas, sottolinea dunque come siano presenti Regioni "totalmente performanti (Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto e Liguria) ed altre in cui il raggiungimento della performance di esito è legato maggiormente alla produttività di singoli centri che avocano a sé elevata capacità produttiva e soddisfacimento della domanda interna ed esterna alla rete ma, dunque, con la necessità di implementare un'efficace sistema di rete (Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Lazio)".

Da osservare, inoltre, rileva l'indagine, il progresso di alcune Regioni/PA (Campania, Puglia, Sicilia, Marche, PA di Trento e PA di Bolzano) che essendo partite da una riorganizzazione della rete, stanno mostrando un crescente impatto favorevole sugli esiti.

Infine, "rimangono da supportare nella definizione della rete e nella sua successiva crescita le Regioni (Calabria, Molise, Sardegna, Umbria, Basilicata e Abruzzo) in cui appare evidente dalla mobilità, dall'indice di fuga e dalla scarsa risposta al soddisfacimento della domanda dei pazienti residenti in Regione, l'inefficacia dei processi di base della rete". L'Agenas, inoltre, attraverso il questionario e gli indicatori, ha definito un Indice sintetico complessivo di valutazione (Isco).

"La rete - spiega Manuela Tamburo De Bella, coordinatrice dell'Osservatorio per le reti oncologiche regionali Agenas - è un'organizzazione su cui si basa l'erogazione dei servizi sanitari. Nello specifico la rete oncologica serve a ottimizzare il percorso del paziente attraverso i vari step assistenziali, sia quello chirurgico, chemioterapico o radioterapico".

Passaggi "ad alto impatto, sia economico che di erogazione di servizi: quindi, in sintesi, la rete garantisce efficienza e sostenibilità".

In questo quadro le "Regioni che hanno messo in atto un processo di programmazione sanitaria oncologica storicamente organizzato in rete - dove questo sistema funziona - e hanno degli esiti migliori in termini di presa in carico, basso indice di fuga, aderenza alle liste d'attesa, capacità produttiva della rete, sono la Toscana, il Piemonte-Valle D'Aosta (unica rete), l'Emilia Romagna e il Veneto". Poi abbiamo "un gruppo di Regioni in cui si nota uno sforzo di ottimizzazione della governance.

E queste sono la Campania, la Puglia, Provincia autonoma di Trento e Bolzano.

Abbiamo anche Regioni altamente performanti in termini di esiti legati a singoli centri come per esempio la Lombardia e il Lazio che non hanno una rete formalizzata organizzata, ma grazie a centri ad elevato impatto assistenziale salgono in graduatoria.

Poi abbiamo un'altra regione importante che ha fatto un'opera di ottimizzazione, il Friuli-Venezia-Giulia dove gli esiti sono elevati. La governance ancora è da migliorare ma i risultati sono molto performanti, tali da avere quasi i livelli delle prime 4 reti. Infine, i fanalini di coda: Basilicata, Calabria, Molise, Abruzzo che necessitano di un costante affiancamento, cosa che già stiamo facendo perché siamo nei piani di affiancamento organizzativi di queste Regioni, che non hanno una struttura di rete e questo si riflette sugli esiti: non hanno una buona presa in carico, hanno un indice di fuga molto elevato, non ottimizzano i servizi di rete".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-13/agenas-attuazione-reti-oncologiche-regioni-viaggiano-due-velocita-111915.php?uuid=AFI0E71B&cmpid=nlqf>



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

***Quinta Indagine Nazionale sullo stato di
attuazione delle Reti Oncologiche Regionali***

Rapporto 2023

13/12/2023

1. Introduzione.....	4
2. Materiali e Metodi	5
2.1 <i>Indicatore Sintetico Complessivo di Valutazione (ISCO)</i>	6
2.1.1 Questionario di rilevazione e valutazione – Indice Sintetico Questionario ISQ.....	6
2.1.2 Indicatore Composito - Indice Sintetico SDO (ISSDO).....	9
2.2 <i>Ulteriori Approfondimenti</i>	14
2.2.1 Indicatore Capacità Produttiva delle Strutture della Rete	14
2.2.2 Mobilità sanitaria oncologica	15
2.2.3 Approfondimento attività ambulatoriale (prestazioni chemioterapia e radioterapia).....	17
3. Risultati	18
3.1 <i>Livello Nazionale/Analisi valutativa</i>	18
3.1.1 Analisi delle aree tematiche – Indice Sintetico Questionario (ISQ).....	33
3.1.2 Indicatore Composito – Indice Sintetico SDO (ISSDO)	34
3.1.2.1 Presa in Carico da Strutture della Rete	34
3.1.2.2 Indice di Fuga Fuori Regione /P.A.....	36
3.1.2.3 Tempi di Attesa in Strutture della Rete	39
3.1.3 Indicatore Sintetico Complessivo di Valutazione (ISCO)	40
3.1.4 Indicatori non compresi nell'ISCO	41
3.1.4.1 Capacità Produttiva delle Strutture della Rete	41
3.1.4.2 Mobilità dei pazienti nella ROR.....	45
3.1.4.3 Indice di Bacino (prestazioni ambulatoriali chemioterapia e radioterapia).....	49
3.1.5 Esiti PNE relativi all'attività per alcune forme tumorali suddivisi per Regione/P.A.	50
3.1.6 Approfondimento Radioterapia.....	61
3.1.7 Approfondimento sulle <i>Breast Unit</i>	63
3.1.8 Approfondimento sulla Farmacologia e Farmacia ospedaliera oncologica	63
4. Conclusioni valutazione nazionale sullo stato di attuazione delle ROR.....	66

5. Livello Regionale	66
<i>ABRUZZO</i>	67
<i>BASILICATA</i>	86
<i>CALABRIA</i>	99
<i>CAMPANIA</i>	119
<i>EMILIA-ROMAGNA</i>	152
<i>FRIULI-VENEZIA GIULIA</i>	182
<i>LAZIO</i>	197
<i>LIGURIA</i>	230
<i>LOMBARDIA</i>	249
<i>MARCHE</i>	279
<i>MOLISE</i>	296
<i>PIEMONTE</i>	310
<i>P.A. BOLZANO</i>	331
<i>P.A. TRENTO</i>	344
<i>PUGLIA</i>	357
<i>SARDEGNA</i>	378
<i>SICILIA</i>	398
<i>TOSCANA</i>	425
<i>UMBRIA</i>	448
<i>VALLE D'AOSTA</i>	463
<i>VENETO</i>	474

Rapida crescita degli ospedali privati in Cina: sfide emergenti e opportunità per la gestione del settore sanitario

Xiaoxi Zhang ¹ • Armand Zimmermann ² • Yanyan Zhang • Osondu Ogbuonji ³ • Shenglan Tang ⁴  

[Mostra le note a piè di pagina](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 19 dicembre 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100991>

Riepilogo

Il mercato ospedaliero privato cinese ha registrato una rapida crescita negli ultimi dieci anni, con gli ospedali privati che ora superano di due volte il numero degli ospedali pubblici.

Questa analisi politica utilizza i dati disponibili e la letteratura esistente per analizzare il mercato ospedaliero cinese in rapida evoluzione, identificare le principali sfide derivanti dalla rapida crescita degli ospedali privati e presentare raccomandazioni per garantire il futuro sviluppo sostenibile degli ospedali privati nel Paese.

La nostra analisi mostra che, sebbene gli ospedali privati siano più numerosi di quelli pubblici, le visite ambulatoriali e i ricoveri rimangono più elevati tra gli ospedali pubblici, mentre la spesa per paziente rimane più elevata tra gli ospedali privati.

Le sfide principali per lo sviluppo degli ospedali privati includono il limitato sostegno finanziario del governo, gli elevati oneri fiscali, la difficoltà nel reclutamento e nel mantenimento della forza lavoro, la scarsa regolamentazione e supervisione del governo e la dissipazione della fiducia pubblica.

Le raccomandazioni per affrontare queste sfide includono l'apertura delle gare d'appalto governative agli ospedali privati, la creazione di un sistema che consenta agli ospedali privati di aderire ai regimi di assicurazione sanitaria nazionale, la riduzione della pressione fiscale sugli ospedali privati, la definizione di un sistema legale per l'ingresso e l'uscita dal mercato degli ospedali privati, il miglioramento di un sistema di supervisione, monitoraggio e valutazione del funzionamento e delle prestazioni degli ospedali privati.

Introduzione

Il settore sanitario privato può essere definito come l'insieme degli attori coinvolti nella fornitura di assistenza sanitaria che non sono né posseduti né controllati direttamente da enti governativi.

Negli ultimi decenni, le dimensioni e il ruolo del settore sanitario privato sono cresciuti sostanzialmente nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) per includere la fornitura diretta di servizi sanitari, l'accesso ai farmaci, alle infrastrutture, alla tecnologia e alla formazione della forza lavoro.

Di conseguenza, il settore sanitario privato è diventato sempre più importante per raggiungere la copertura sanitaria universale (UHC), soprattutto perché sempre più consumatori di servizi sanitari si rivolgono al settore privato per le loro esigenze, e i governi hanno dovuto formulare e integrare nuove politiche che definiscano un ruolo per i servizi sanitari privati. settore sanitario privato nel raggiungimento degli obiettivi UHC.

Mentre numerosi paesi a basso e medio reddito hanno visto il loro settore sanitario privato crescere costantemente nel corso di molti decenni, dando così ai loro governi il tempo di sviluppare e adottare nuove politiche necessarie per regolamentare e gestire un sistema sanitario misto, il settore sanitario privato cinese ha registrato una rapida crescita in un tempo relativamente breve. Il settore sanitario privato cinese ha registrato uno sviluppo significativo a seguito di una nuova fase di riforma sanitaria iniziata nel 2009.

Queste riforme, oltre a una crescente domanda di assistenza sanitaria, hanno portato il numero di ospedali privati nel paese a superare il numero di ospedali pubblici entro il 2015 e la percentuale di letti ospedalieri privati a livello nazionale è aumentata dal 12,4% nel 2011 al 21,4% nel 2015. 2016.

Il panorama in rapida evoluzione del settore sanitario in Cina ha implicazioni significative per la fornitura di servizi sanitari, la qualità delle cure e la regolamentazione e gestione ospedaliera.

L'obiettivo di questa analisi politica è utilizzare i dati disponibili e la letteratura esistente per analizzare il settore sanitario in rapida evoluzione in Cina. Nello specifico, miriamo a descrivere il panorama in evoluzione del mercato ospedaliero cinese durante il decennio che va dal 2011 al 2021, presentare le implicazioni di questo panorama in evoluzione, identificare le sfide chiave associate allo sviluppo, alla gestione e alla regolamentazione degli ospedali privati nel paese e proporre raccomandazioni politiche basate sui risultati chiave e sulle lezioni apprese da altri paesi. Tali informazioni potrebbero rivelarsi utili ai politici che tentano di massimizzare l'efficacia e la sostenibilità dello sviluppo del settore ospedaliero privato in Cina. Come accennato in precedenza, il 2009 ha segnato l'inizio di nuove riforme sanitarie in Cina. Dall'attuazione della riforma sanitaria, la Cina ha visto molti progressi nel raggiungimento dei suoi obiettivi politici, come una maggiore copertura dell'assicurazione sanitaria per la popolazione e un migliore accesso ai servizi sanitari pubblici e ai farmaci essenziali. Tuttavia, la riforma degli ospedali pubblici, come uno degli importanti obiettivi politici stabiliti nel 2009, non è stata soddisfacente per molte ragioni, tra cui alcuni interessi investiti

delle principali parti interessate. Si è visto che lo sviluppo di ospedali privati, come complementare ai servizi ospedalieri pubblici, colma le lacune nel soddisfare le esigenze e le richieste di assistenza sanitaria della popolazione cinese. Questo documento si concentra sul periodo di dieci anni che va dal 2011 al 2021 perché tali riforme probabilmente hanno richiesto un po' di tempo iniziale per attuare il cambiamento. Tuttavia, come riportato da altri, la crescita degli ospedali privati si è verificata in Cina tra il 2009 e il 2011, anche se a un ritmo più lento rispetto al periodo dal 2011 al 2021.

È importante sottolineare che riconosciamo che l'assistenza sanitaria privata online è in rapida crescita in Cina, ma tale assistenza va oltre lo scopo di questo studio.

Il panorama ospedaliero in evoluzione in Cina

L'adattamento della cosiddetta mercatizzazione socialista in Cina ha portato a un funzionamento degli ospedali guidato dal mercato, per cui gli ospedali pubblici operano secondo un sistema de facto a scopo di lucro che può essere fatto risalire alle riforme economiche attuate nei primi anni '80.

In quel periodo, il governo centrale ridusse sostanzialmente gli investimenti nella sanità pubblica: la percentuale della spesa sanitaria totale finanziata dal governo centrale scese dal 32% nel 1978 al 14% nel 2000.

– e ha reso la fornitura e il finanziamento dei servizi sanitari responsabilità dei governi locali e dei singoli individui.

Di conseguenza, le strutture sanitarie sono diventate dipendenti principalmente dalla vendita di servizi sanitari e medicinali per la generazione di entrate.

Tuttavia, mentre le cliniche sanitarie private iniziarono a sorgere durante gli anni '80 e '90, la crescita su larga scala non iniziò fino all'inizio degli anni 2000, quando il governo centrale attuò una serie di politiche concertate, come i pareri sull'approfondimento della riforma del sistema medico e sanitario e Pareri su come incoraggiare e guidare ulteriormente il capitale sociale verso la creazione di istituzioni mediche, per promuovere gli investimenti privati nel settore sanitario. La crescita degli ospedali privati è stata ulteriormente stimolata nel 2009, quando il governo centrale ha approvato una riforma da 125 miliardi di dollari per aumentare l'accesso e l'accessibilità economica dell'assistenza sanitaria di base in tutto il paese.

La maggior parte di questi investimenti sono stati destinati a sovvenzionare le persone che vivono nelle zone rurali della Cina affinché partecipassero all'assicurazione sanitaria, a sostenere la fornitura di servizi sanitari pubblici essenziali e ad aumentare lo sviluppo e il funzionamento delle strutture sanitarie di base a livello di contea e municipalità.

Questa riforma ha incoraggiato l'ingresso degli ospedali privati nel mercato sanitario per creare una concorrenza intesa a stimolare un aumento di efficienza e qualità tra gli ospedali pubblici.

Le riforme attuate dal governo centrale cinese negli ultimi due decenni hanno avuto un chiaro impatto sulla crescita degli ospedali privati nel Paese. [La tabella 1](#) mostra come è cambiato il numero di ospedali, personale e posti letto nel settore sanitario privato e pubblico tra il 2011 e il 2021. Dal 2011 al 2021, il numero di ospedali privati è aumentato del 193,4%, il personale ospedaliero privato impiegato è aumentato del 140,4%, e i posti letto negli ospedali privati sono aumentati del 378,2%.

Al contrario, il numero degli ospedali pubblici è diminuito del 12,8%, il personale impiegato negli ospedali pubblici è aumentato del 4,6% e i posti letto negli ospedali pubblici sono aumentati del 60,6%. Il declino degli ospedali pubblici in Cina negli ultimi dieci anni è in gran parte dovuto a due ragioni: 1) alcuni ospedali primari e secondari sono stati fusi in ospedali terziari per formare gruppi medici; e 2) alcuni ospedali pubblici che erano di proprietà di imprese statali sono stati raggruppati come ospedali non pubblici.

Nel 2011 gli ospedali privati e pubblici rappresentavano rispettivamente il 38,4% e il 61,6% di tutti gli ospedali in Cina ([Tabella 1](#)). Entro il 2021, questi numeri si sono quasi invertiti, con gli ospedali privati che hanno superato quelli pubblici con un rapporto di 2,1–1,0 ([Tabella 1](#)).

Tabella 1 Numero di ospedali, personale e posti letto negli ospedali privati e pubblici in Cina (2011–2021).

Anno UN	Numero			Personale			Letti		
	Pubblico	Privato	Rapporto pubblico: privato	Pubblico	Privato	Rapporto pubblico: privato	Pubblico	Privato	Rapporto pubblico: privato
2011	13.539	8440	1,60	5.284.427	661.050	7,99	3.243.658	461.460	7.03
2012	13.384	9786	1.37	3.555.279	502.361	7.08	3.579.309	582.177	6.15
2013	13.396	11.313	1.18	6.060.885	831.599	7.29	3.865.385	713.216	5.42
2014	13.314	12.546	1.06	4.080.345	661.332	6.17	4.125.715	835.446	4.94
2015	13.069	14.518	0,90	4.276.938	794.213	5.39	4.296.401	1.034.179	4.15
2016	12.708	16.432	0,77	4.491.172	923.894	4.86	4.455.238	1.233.637	3.61
2017	12.297	18.759	0,66	4.684.677	1.100.035	4.26	4.631.146	1.489.338	3.11
2018	12.032	20.977	0,57	1.823.722	859.261	2.12	4.802.171	1.717.578	2.80
2019	11.930	22.424	0,53	5.098.390	1.389.107	3.67	4.975.633	1.890.913	2.63
2020	11.870	23.524	0,50	5.292.442	1.482.323	3.57	5.090.558	2.040.628	2.49
2021	11.804	24.766	0,48	5.526.526	1.588.939	3.48	5.207.727	2.206.501	2.36

a I dati per gli anni 2011–2012 e 2018–2021 provengono dal China Health Statistical Yearbook.

I dati per gli anni 2013-2017 provengono dal China Health Family Planning Statistics Yearbook.

Nonostante abbiano registrato una rapida crescita negli ultimi due decenni e nonostante siano più numerosi degli ospedali pubblici, gli ospedali privati non hanno ancora eguagliato il livello di capacità di utilizzo dei servizi sanitari osservato tra gli ospedali pubblici, probabilmente a causa di un numero complessivamente inferiore di personale e di posti letto.

[La tabella 2](#) mostra come è cambiato il volume dei servizi tra gli ospedali privati e pubblici tra il 2011 e il 2021. Dal 2011 al 2021, il numero di visite ambulatoriali negli ospedali privati è aumentato del 197,1% e il numero di ricoveri ospedalieri privati è aumentato del 257,7%.

Al contrario, il numero di visite negli ospedali pubblici è aumentato del 59,4% e il numero di ricoveri negli ospedali pubblici è aumentato del 69,0%. Tuttavia, nel 2021, gli ospedali pubblici rappresentavano ancora la maggior parte delle visite ambulatoriali (84,2%) e dei ricoveri (81,4%) nel paese ([Tabella 2](#)).

Tabella 2 Numero di visite ambulatoriali e numero di ricoveri negli ospedali privati e pubblici in Cina (2011-2021).

Anno <small>UN</small>	Numero di visite ambulatoriali (migliaia)				Numero di ricoveri (migliaia)			
	Pubblico		Privato		Pubblico		Privato	
	Numero	Proporzione (%)	Numero	Proporzione (%)	Numero	Proporzione (%)	Numero	Proporzione (%)
2011	205.254	90,9	20.629	9,1	9707	90,3	1047	9,7
2012	228.866	90,1	25.295	10,0	11.331	89,0	1396	11,0
2013	245.510	89,5	28.667	10,5	12.315	87,9	1692	12,1
2014	264.741	89,1	32.465	10,9	13.414	87,3	1960	12,8
2015	271.243	88,0	37.120	12,0	13.721	85,3	2365	14,7
2016	284.771	87,1	42.184	12,9	14.750	84,2	2777	15,8
2017	295.201	85,8	48.690	14,2	15.594	82,4	3320	17,6
2018	305.123	85,3	52.613	14,7	16.351	81,7	3665	18,3
2019	327.232	85,2	57.008	14,8	17.487	82,6	3695	17,5
2020	279.193	84,0	53.094	16,0	14.835	80,8	3516	19,2
2021	327.089	84,2	61.290	15,8	16.409	81,4	3745	18,6

a I dati per gli anni 2011–2012 e 2018–2021 provengono dal China Health Statistical Yearbook.

I dati per gli anni 2013-2017 provengono dal China Health Family Planning Statistics Yearbook.

È interessante notare che, poiché il numero del personale e dei letti è aumentato sia negli ospedali privati che in quelli pubblici, la durata media della degenza (LOS) è aumentata tra gli ospedali privati ma è diminuita tra gli ospedali pubblici. Tra gli ospedali privati, la LOS media è aumentata da 8,5 giorni nel 2011 a 10,5 giorni nel 2021 ([Fig. 1](#)).

Tra gli ospedali pubblici la LOS media è diminuita da 10,5 giorni nel 2011 a 9,0 giorni nel 2021 ([Fig. 1](#)). La tendenza al ribasso della LOS media tra gli ospedali pubblici può essere spiegata dalle valutazioni governative e dalle misure di controllo messe in atto dalle agenzie di gestione dell'assicurazione sanitaria.

L'efficienza del fatturato è uno dei tanti indicatori utilizzati dal governo per valutare e classificare gli ospedali pubblici e quindi determinare gli stanziamenti di finanziamento. Gli ospedali pubblici sono quindi incentivati ad avere tassi di turnover elevati e quindi una LOS inferiore per paziente.

Al contrario, gli ospedali privati, in larga misura, non affrontano questa pressione perché non sono finanziati principalmente dal governo e/o dall'assicurazione sanitaria sostenuta dal governo. Inoltre, le recenti politiche governative a partire dal 2009 inquadrano il settore sanitario privato come un supplemento al settore sanitario pubblico e promuovono quindi l'adozione da parte del settore privato di servizi non comunemente forniti dagli ospedali pubblici come la riabilitazione e l'assistenza in hospice.

Questi servizi richiedono degenze ospedaliere più lunghe, il che potrebbe spiegare la tendenza all'aumento della LOS media tra gli ospedali privati. Più in generale, alcuni ospedali privati forniscono servizi medici avanzati che tendono a richiedere degenze più lunghe rispetto ai servizi di assistenza primaria comuni alla maggior parte degli ospedali pubblici. Sfortunatamente, i dati presentati in questa analisi non sono sufficientemente granulari per commentare ulteriormente la relazione tra gravità dei casi ricoverati e LOS negli ospedali pubblici e privati.

Infine, il tasso medio di occupazione dei letti negli ospedali pubblici negli ultimi dieci anni è rimasto superiore del 20-30% rispetto al tasso medio di occupazione dei letti negli ospedali privati. Nel 2021, il tasso medio di occupazione dei letti negli ospedali pubblici e privati è stato rispettivamente dell'80,3% e del 59,9%, suggerendo che gli ospedali pubblici avevano un'efficienza maggiore rispetto a quelli privati.

Questa differenza suggerisce inoltre che gli ospedali pubblici sono incentivati da finanziamenti o valutazioni governative a mantenere un'elevata occupazione dei letti e un elevato turnover dei pazienti.

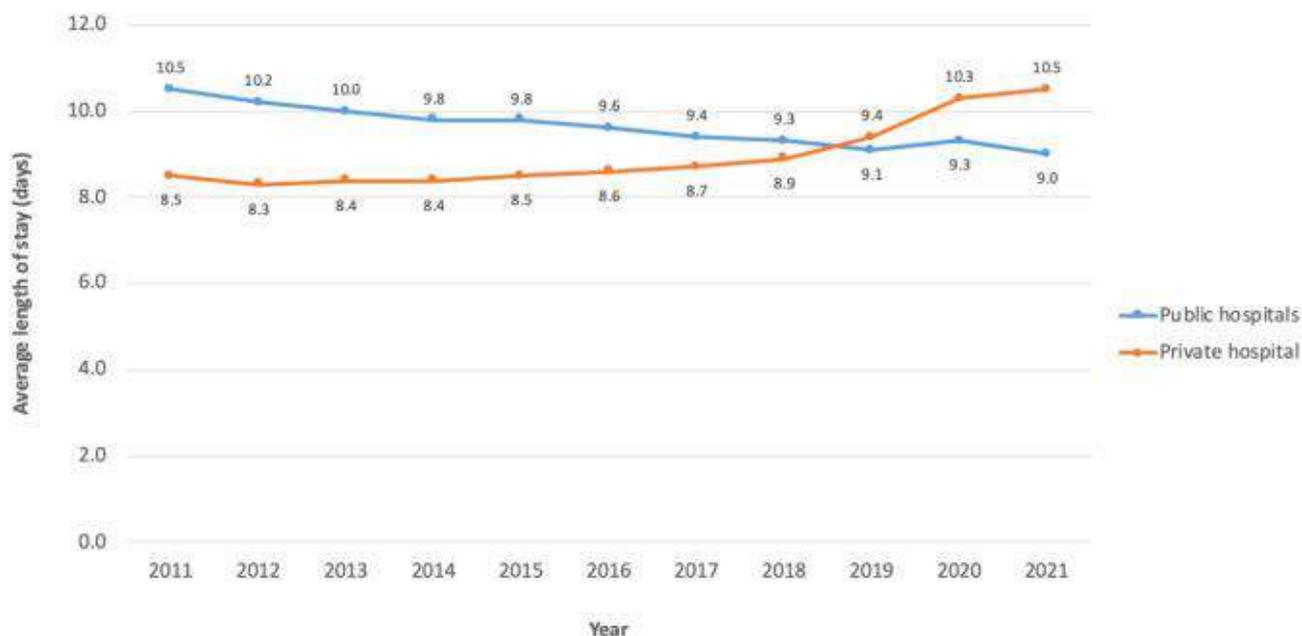


Fig. 1 Durata media della degenza negli ospedali privati e pubblici in Cina (2011–2021). I dati per gli anni 2011–2012 e 2018–2021 provengono dal China Health Statistical Yearbook.

[13](#)

I dati per gli anni 2013–2017 provengono dal China Health Family Planning Statistics Yearbook.

La crescita degli ospedali privati è stata accompagnata anche da un aumento della spesa. [La Fig. 2](#) mostra la spesa media per visita ambulatoriale negli ospedali privati e pubblici di Shanghai

Shanghai è attualmente pioniera nello sviluppo e nella riforma degli ospedali privati in Cina e funge quindi da caso di studio per quali potrebbero essere le tendenze future nella crescita e nella spesa degli ospedali privati, mentre altre parti del paese sperimentano una crescita economica locale.

La spesa ospedaliera privata per visita ambulatoriale è aumentata costantemente nell'ultimo decennio, passando da 52 dollari USA nel 2011 a 96 dollari USA nel 2022. Anche la spesa ospedaliera pubblica per visita ambulatoriale è aumentata, sebbene a un ritmo più lento, da 37 dollari USA nel 2011 a 51 dollari USA nel 2022.

La spesa per ricovero ha seguito un andamento simile. [La Fig. 3](#) mostra la spesa media per ricovero negli ospedali privati e pubblici di Shanghai. La spesa ospedaliera privata per ricovero è aumentata sostanzialmente da 1.944 dollari nel 2011 a 7.928 dollari nel 2022. La spesa ospedaliera pubblica per ricovero ha registrato un aumento molto inferiore, da 2.057 dollari nel 2011 a 3.691 dollari nel 2022. A livello nazionale, la spesa ospedaliera pubblica media per paziente ambulatoriale e ricovero è inferiore a quanto osservato a Shanghai. In tutta la Cina, la spesa media ospedaliera pubblica per paziente ambulatoriale è aumentata da 32 dollari nel 2011 a 41 dollari nel 2018.

Allo stesso modo, la spesa media ospedaliera pubblica per ricovero è aumentata da 1.232 dollari nel 2011 a 1.505 dollari nel 2018.

Si prevede inoltre che la spesa media ospedaliera privata per paziente ambulatoriale e ricovero sarà inferiore a livello nazionale rispetto a Shanghai, dato che Shanghai è una delle municipalità più ricche della Cina.

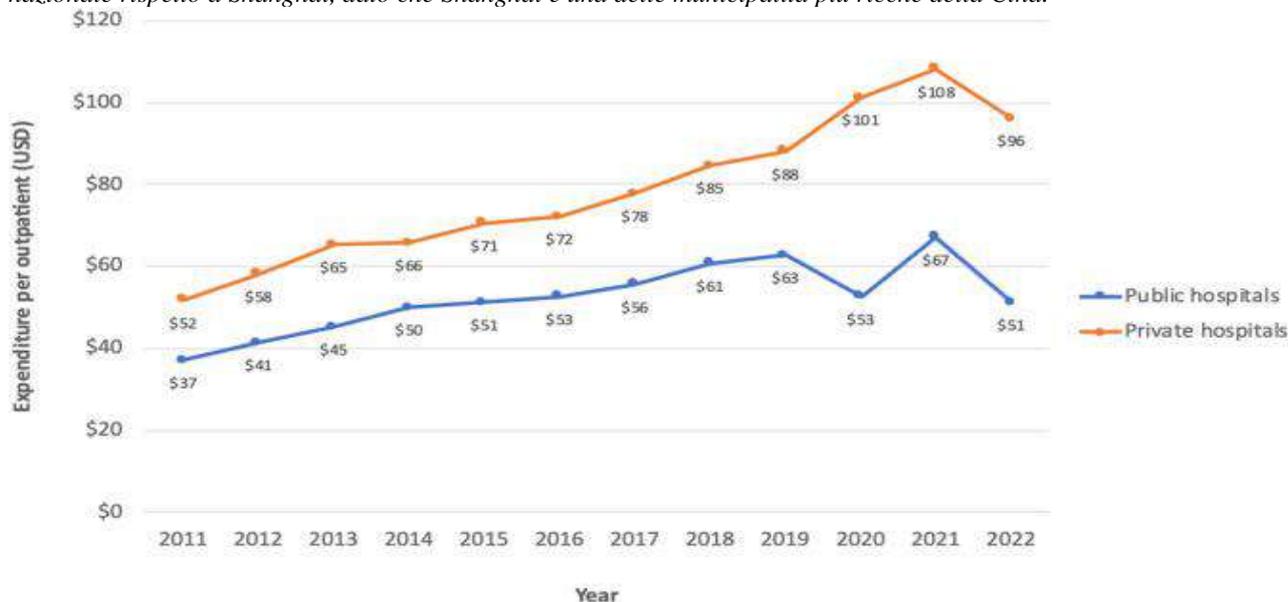


Fig. 2 Spesa per paziente ambulatoriale negli ospedali privati e pubblici a Shanghai (2011–2022). I dati provengono dal Bollettino statistico sanitario di Shanghai.

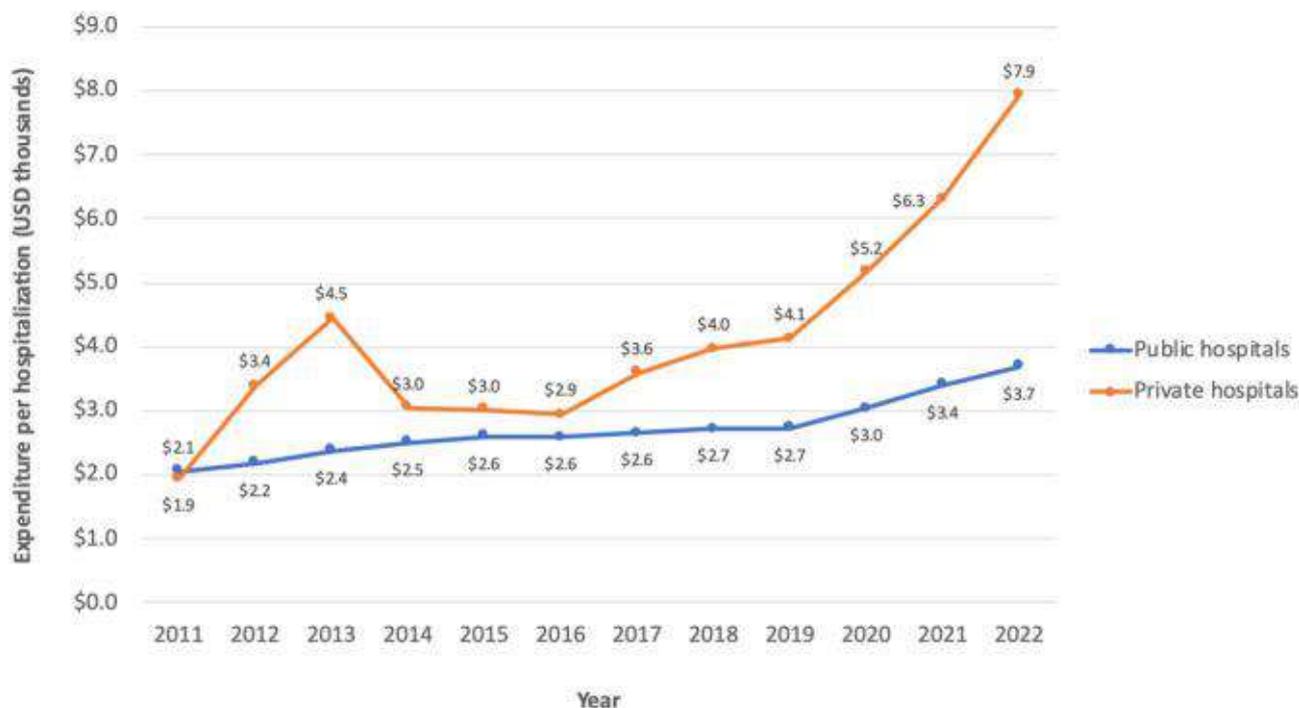


Fig. 3 Spesa per ricovero negli ospedali privati e pubblici a Shanghai (2011–2022). I dati provengono dal Bollettino statistico sanitario di Shanghai.

È importante notare che la nostra analisi del mutevole panorama ospedaliero cinese si concentra su fattori dal lato dell'offerta come il numero degli ospedali, il personale e i letti e non include fattori dal lato della domanda. I fattori dal lato della domanda includono, ad esempio, l'impatto negativo del COVID-19 sull'economia locale per cui il pubblico in generale potrebbe spostare l'uso del sistema sanitario lontano dagli ospedali privati che hanno costi per paziente più elevati rispetto agli ospedali pubblici.

Inoltre, il COVID-19 potrebbe aumentare ulteriormente la preferenza delle persone per le cure ambulatoriali, che sono più disponibili negli ospedali pubblici rispetto a quelli privati. Al contrario, un maggiore accesso all'assicurazione sanitaria e l'eliminazione delle restrizioni sull'uso dell'assicurazione pubblica per l'assistenza sanitaria privata potrebbero stimolare un ulteriore utilizzo degli ospedali privati e la crescita del settore. Riconosciamo l'esclusione dei fattori dal lato della domanda come una limitazione della nostra analisi.

Sfide chiave per lo sviluppo degli ospedali privati in Cina

In questa sezione utilizziamo Roberts et al., Health System Performance Framework del 2003, per identificare e analizzare le principali sfide associate agli ospedali privati in Cina. Il quadro proposto da Roberts et al., 2003 si concentra su cinque "manopole di controllo" come mezzo per ottenere i risultati desiderati in termini di prestazioni del sistema sanitario, quali efficienza, qualità e accesso, nonché obiettivi desiderati a lungo termine, inclusa la riduzione del carico di malattie nel sistema sanitario. popolazione target, maggiore soddisfazione del cliente e migliore protezione dai rischi.

Le cinque "manopole di controllo" sono finanziamento, pagamento, organizzazione, regolamentazione e comportamento. Una sintesi di queste sfide principali è riportata nel [riquadro 1](#).

[Casella di testo 1](#)

Sintesi delle principali sfide per lo sviluppo degli ospedali privati.

- •
Finanziamento e pagamento: è più probabile che i finanziatori privati si rivolgano alle popolazioni a reddito più elevato nelle città più grandi grazie alla prospettiva di rendimenti sugli investimenti maggiori e più affidabili, i programmi di assicurazione sanitaria in Cina non coprono i servizi sanitari forniti dagli ospedali privati, e gli ospedali privati devono affrontare un carico fiscale più elevato rispetto agli ospedali pubblici.
- •
Organizzazione: costruire e mantenere una forza lavoro sanitaria – Gli elevati tassi di turnover del personale all'interno degli ospedali privati creano squilibri nelle competenze, nell'esperienza e nella coerenza all'interno dei team medici, riducendo così l'efficienza e la qualità delle cure.
- •
Regolamentazione e supervisione: l'assenza di meccanismi per far rispettare le politiche di regolamentazione e supervisione all'interno degli ospedali privati ha aumentato i tassi di domanda indotta dai fornitori e ha portato a criteri vaghi e alla mancanza di standard per guidare l'assunzione dei professionisti clinici.
- •

Comportamento: migliorare la fiducia del pubblico: la fiducia del pubblico nelle strutture sanitarie private rimane bassa ed è probabilmente determinata da esperienze negative, distanza di viaggio, tempi di attesa o costi vivi. Sono necessari sforzi per costruire la fiducia del pubblico negli ospedali privati.

Finanziamento e pagamento

Sebbene il mercato ospedaliero privato cinese abbia registrato un'espansione significativa negli ultimi dieci anni, la visione dell'assistenza sanitaria privata come supplemento all'assistenza sanitaria pubblica, come suggerito dalle politiche governative, potrebbe non realizzarsi pienamente a causa delle scarse prospettive finanziarie per gli investitori privati. Il governo centrale vuole aumentare gli investimenti privati, soprattutto nelle zone rurali, per fornire alle popolazioni svantaggiate un maggiore accesso all'assistenza sanitaria.

Tuttavia, gli investitori privati sono spesso più interessati a soddisfare le popolazioni a reddito più elevato nelle grandi città per la prospettiva di rendimenti sugli investimenti maggiori e più affidabili.

Potrebbe quindi essere necessario un sostegno finanziario da parte del governo sotto forma di sussidi per ridurre il rischio di investimento per incentivare e sostenere gli investimenti privati nelle aree rurali con comunità svantaggiate. Inoltre, i sistemi di assicurazione sanitaria pubblica in Cina spesso non coprono i servizi sanitari forniti da strutture private. I programmi di assicurazione sanitaria pubblica istituiti dalla fine degli anni '90 – l'assicurazione per i dipendenti urbani, l'assicurazione per i residenti di base urbani, il nuovo programma di cooperazione medica rurale e il programma di assistenza medica per i poveri – coprivano collettivamente il 95% della popolazione nazionale entro il 2011.

Tuttavia, questi programmi sono raggruppati a livello di contea o comune e, di conseguenza, offrono pacchetti di benefici sanitari e protezione dai rischi finanziari che variano a seconda del tipo di assicurazione e della regione.

I piani per raggiungere un'equa copertura sanitaria in tutta la Cina, e che si avvalgono del settore privato, potrebbero quindi richiedere il consolidamento dei pool di finanziamento degli attuali schemi assicurativi pubblici e l'esplorazione di mezzi per assicurare l'assistenza ricevuta da strutture private.

Anche gli ospedali privati in Cina devono far fronte a un carico fiscale più elevato rispetto agli ospedali pubblici. Mentre gli ospedali pubblici in Cina ricevono ancora finanziamenti governativi, anche se a livelli inferiori rispetto agli ultimi decenni, gli ospedali privati non ricevono sussidi governativi e devono pagare le tasse in base alle politiche governative. Queste politiche fiscali variano sostanzialmente a seconda del tipo di ospedale privato. Gli ospedali privati senza scopo di lucro devono utilizzare i prezzi dei servizi sanitari stabiliti dal governo, mentre gli ospedali privati a scopo di lucro possono fissare i propri prezzi ma devono pagare le tasse come stabilito dal governo.

Queste tasse includono l'imposta sul valore aggiunto, l'imposta sul reddito delle società e l'imposta sul valore aggiunto sulle apparecchiature importate. Gli ospedali pubblici, invece, hanno diritto a esenzioni fiscali per attrezzature, medicinali e altri prodotti importati. Molti ospedali privati si trovano quindi in una posizione di svantaggio nel competitivo mercato sanitario. Molti ospedali privati in Cina, ad esempio, non sono stati in grado di generare profitti sufficienti per rimanere a galla durante le fasi iniziali delle loro operazioni.

Anche la mancanza di norme chiare in materia di imposta sul reddito degli ospedali a proprietà mista (ad esempio, partenariato pubblico-privato) ostacola gli investimenti privati nel mercato sanitario.

Nel complesso, le politiche fiscali sviluppate dal governo cinese prevedono che tutte le entrate generate dai servizi sanitari siano imponibili per gli ospedali privati a scopo di lucro. Per gli ospedali privati senza scopo di lucro, le entrate generate dai servizi sanitari con prezzi fissati dall'ufficio governativo dei prezzi non sono imponibili. Sono imponibili solo i ricavi generati dai servizi fissati dai prezzi degli stessi ospedali senza scopo di lucro. Gli ospedali privati senza scopo di lucro godono anche di politiche fiscali vantaggiose, tra cui l'assenza di tasse sugli acquisti di terreni e proprietà, sull'importazione di attrezzature ad alta tecnologia dall'estero o sulla vendita di medicinali fatti in casa approvati dalle agenzie governative. Gli ospedali privati a scopo di lucro possono richiedere le stesse esenzioni fiscali durante i primi tre anni di attività. Tuttavia, dopo il periodo di grazia di tre anni, gli ospedali privati a scopo di lucro devono pagare le tasse su quasi ogni flusso di entrate e transazione. Per alleviare l'elevato carico fiscale, alcuni ospedali privati a scopo di lucro scelgono di passare a ospedali senza scopo di lucro dopo il periodo di esenzione fiscale di tre anni.

Altri ospedali a scopo di lucro si registrano come entità senza scopo di lucro per evitare la tassazione e quindi dirottare i profitti attraverso transazioni con parti correlate o distribuendo direttamente dividendi agli investitori, portando alla nascita di pseudo ospedali senza scopo di lucro.

Questi comportamenti scorretti hanno creato sfide all'amministrazione, alla regolamentazione e alla gestione dell'ospedale. Nel 2016 è stato attuato un ampio programma pilota per sostituire l'imposta sulle imprese con l'imposta sul valore aggiunto in Cina e trasferire elementi precedentemente imponibili ai sensi dell'imposta sulle imprese al regime dell'imposta sul valore aggiunto, prevenendo così la doppia imposizione e riducendo il carico fiscale complessivo sulle imprese ospedali private a scopo di lucro.

Organizzazione: costruire e mantenere una forza lavoro sanitaria

Un'ulteriore sfida alla continua crescita dell'assistenza sanitaria privata in Cina è rappresentata dalla forza lavoro sanitaria privata. È stato dimostrato che gli ospedali pubblici e privati in Cina hanno un numero medio simile di dipendenti per letto di paziente.

Tuttavia, la composizione sociodemografica del personale sanitario pubblico e privato varia sostanzialmente. In un sondaggio condotto su 376 ospedali cinesi pubblici e privati, che ha coinvolto 83.413 operatori sanitari, gli ospedali privati avevano proporzionalmente meno personale con dottorati, master e titoli universitari.

Inoltre, gli ospedali privati avevano una percentuale significativamente più alta di medici di età superiore ai 60 anni e una percentuale significativamente più alta di infermieri di età inferiore ai 30 anni rispetto agli ospedali pubblici.

La distribuzione distorta dell'istruzione e dell'età della forza lavoro ospedaliera privata rispetto a quella degli ospedali pubblici suggerisce la possibilità di squilibri nelle competenze, nell'esperienza e nella coerenza all'interno delle équipe mediche, nonché di elevati tassi di turnover del personale. Sebbene un tale squilibrio non ridurrebbe necessariamente la qualità dell'assistenza o avrebbe un impatto sui risultati sanitari, potrebbe contribuire a una percezione pubblica sfavorevole della qualità dell'assistenza sanitaria ospedaliera privata. Inoltre, gli elevati tassi di turnover del personale possono essere determinati dalla mancanza di opportunità di sviluppo tecnico e professionale offerte all'interno della struttura gestionale dell'ospedale pubblico.

I giovani operatori sanitari che stanno appena entrando nel mercato, ad esempio, potrebbero non essere incentivati a costruire la propria carriera all'interno di un sistema ospedaliero privato con limitate opportunità di crescita. In definitiva, il sistema di gestione degli ospedali privati potrebbe aver bisogno di prendere in prestito strutture di gestione delle prestazioni, di gestione del personale e di controllo della qualità medica dal settore pubblico per costruire e mantenere una forza lavoro solida e affidabile.

Regolazione e supervisione

Dal 2018 sono state implementate una serie di politiche per accelerare il processo di accreditamento per la creazione di ospedali privati in Cina. Le politiche relative alla regolamentazione e alla supervisione degli ospedali privati, tuttavia, rimangono scarse. Inoltre, le politiche di regolamentazione e supervisione sviluppate per gli ospedali privati non sono state applicate in modo efficace.

La mancanza di applicazione della normativa ha portato ad alti tassi di domanda indotta dai fornitori all'interno degli ospedali privati, nonché a criteri vaghi e standard indefiniti per guidare l'assunzione dei professionisti clinici. Di conseguenza, c'è un urgente bisogno di una regolamentazione e di una supervisione rigorose per governare la futura espansione del mercato ospedaliero privato cinese.

Attualmente, gli ospedali privati in Cina sono regolamentati sia come imprese che come istituzioni mediche.

Secondo le normative aziendali, gli ospedali privati sono soggetti alla supervisione di dipartimenti governativi come l'industria e il commercio, la tassazione, i prezzi e la pubblica sicurezza. Secondo i regolamenti degli istituti medici, gli ospedali privati sono soggetti alla supervisione delle autorità amministrative sanitarie. La classificazione giuridica degli ospedali privati sia come imprese che come istituzioni mediche crea quindi ambiguità per quanto riguarda la responsabilità e la responsabilità delle diverse agenzie di regolamentazione che sovrintendono allo sviluppo e alle operazioni degli ospedali privati.

Tale ambiguità ha impedito la creazione di un meccanismo di supervisione ospedaliera privata sostenibile a lungo termine. Piuttosto, l'attuale regolamentazione e supervisione degli ospedali privati si concentra principalmente sul processo di accreditamento con poca enfasi sulla supervisione e sul monitoraggio di routine.

In base all'attuale regolamentazione e ai meccanismi di supervisione degli ospedali privati, le autorità governative utilizzano un sistema di punteggio di demerito per la supervisione in situ e la supervisione semestrale. Tuttavia, ciò ha consentito ad alcuni ospedali privati di prevedere e pianificare le ispezioni future senza implementare cambiamenti duraturi.

Ad esempio, alcuni ospedali privati svolgono attività che esulano dal loro ambito di attività registrato e impiegano persone non autorizzate a svolgere tali attività. Durante le ispezioni delle autorità sanitarie, questi ospedali potrebbero prendere in prestito licenze mediche da dipendenti autorizzati di altri ospedali e utilizzarle come prova della propria capacità di svolgere tali attività. Inoltre, i sistemi contabili degli ospedali privati non sono unificati e i sistemi di divulgazione delle informazioni rimangono sottosviluppati, il che complica ulteriormente la capacità del governo di verificare le operazioni finanziarie degli ospedali privati.

Infine, per quanto riguarda il controllo dell'assicurazione sanitaria, alcuni ospedali privati adottano pratiche fraudolente per trarre vantaggio dai fondi assicurativi.

Queste pratiche fraudolente includono trattamenti falsi (utilizzando cartelle cliniche, certificati di diagnosi e rapporti di esami falsificati), l'ammissione di pazienti che non hanno una vera ragione medica per essere ammessi e l'uso di tattiche di marketing ingannevoli (attirando i pazienti per frode assicurativa attraverso servizi come trasporto gratuito, pasti sussidi e controlli gratuiti).

L'attuale sistema di regolamentazione dell'assicurazione sanitaria presenta i suoi limiti, con misure e metodi di regolamentazione insufficienti, e le capacità normative necessitano ancora di miglioramenti. Inoltre, vi è una diffusa corruzione nel settore sanitario cinese in cui medici e dirigenti ospedalieri di ospedali pubblici e privati ricevono tangenti illegali dall'industria farmaceutica e da altre industrie mediche.

Le autorità competenti hanno recentemente intrapreso l'applicazione delle normative pertinenti, le indagini e il perseguimento di questi comportamenti illegali.

Comportamento: migliorare la fiducia del pubblico

La continua crescita del mercato ospedaliero privato cinese potrebbe essere ostacolata anche dalla fiducia del pubblico nelle strutture sanitarie private. Studi precedenti suggeriscono che in Cina non esistono differenze significative nella mortalità ospedaliera per tutte le cause tra ospedali pubblici e privati di dimensioni e livelli di accreditamento comparabili.

Altri studi hanno dimostrato che gli ospedali privati hanno livelli significativamente più elevati di mortalità specifica per malattia rispetto agli ospedali pubblici.

In ogni caso, la fiducia del pubblico nell'assistenza sanitaria privata rimane bassa. In un sondaggio condotto su 4.156 partecipanti campionati dall'intera Cina continentale, solo il 6,1% ha mostrato una preferenza per gli ospedali privati, mentre il restante 93,9% ha mostrato una preferenza per gli ospedali pubblici generali, gli ospedali pubblici specializzati o gli ospedali comunitari.

Inoltre, un esperimento di scelta discreta condotto nella provincia del Fujian che ha coinvolto 507 intervistati ha rilevato che i residenti urbani mostrano un'elevata disponibilità nei confronti degli operatori sanitari pubblici, mentre i residenti rurali sono risultati indifferenti nella loro preferenza per gli operatori sanitari pubblici rispetto a quelli privati.

Allo stesso modo, in un questionario somministrato a 1500 partecipanti campionati da dieci distretti di Shenzhen, solo l'1,7% ha affermato che avrebbe cercato assistenza presso un istituto medico privato in caso di malessere, e nessun partecipante ha scelto istituti medici privati come prima scelta per le cure.

Sembra esserci una chiara preferenza tra i residenti in tutta la Cina per l'assistenza gestita dalle istituzioni pubbliche. Non è chiaro se questa preferenza sia in gran parte determinata da esperienze passate, distanza dall'ospedale, tempi di attesa o spese vive. Tuttavia, sono chiaramente necessari sforzi per rafforzare la fiducia delle persone nelle istituzioni private in modo che il settore sanitario privato possa essere in grado di fornire un contributo significativo alla copertura sanitaria universale in Cina.

Opzioni politiche per rendere gli ospedali privati più efficaci e sostenibili

Date le sfide presentate sopra, proponiamo soluzioni politiche che il governo cinese potrebbe prendere in considerazione per consentire agli ospedali privati di funzionare in modo più efficace e sostenibile. Inoltre, in linea con l'intenzione del governo di utilizzare l'assistenza sanitaria privata per integrare quella pubblica, queste soluzioni politiche mirano a rafforzare l'efficienza, il finanziamento, la regolamentazione e la qualità degli ospedali privati e quindi l'erogazione dei servizi sanitari al pubblico.

Il governo deve coinvolgere attivamente gli ospedali privati per rimodellare il panorama sanitario pubblico-privato. A livello globale, il modello tradizionale dominato dagli ospedali pubblici viene sostituito da un modello di appalti pubblici basato su acquisti sanitari strategici basati sul valore.

Secondo la Guida sui servizi di acquisto pubblico forniti dalle forze sociali dell'Ufficio generale del Consiglio di Stato, la Comunicazione sulle questioni di gestione del bilancio relative ai servizi di acquisto pubblico e la Decisione sull'approfondimento della riforma della gestione del bilancio da parte del Consiglio di Stato, i fondi necessari per l'acquisto di servizi sanitari pubblici dovrebbero essere incluso nel bilancio fiscale.

Il governo dovrebbe utilizzare queste risorse per avviare gare d'appalto e negoziazioni a parità di condizioni con gli ospedali pubblici e privati. Gli accordi dovrebbero coprire pacchetti di servizi medici, standard di servizio, qualità del servizio, allocazioni di budget, meccanismi di pagamento e valutazioni delle prestazioni.

I risultati della valutazione delle prestazioni dovrebbero determinare se mantenere o terminare i rapporti contrattuali e se fornire sussidi fiscali. Questo approccio incoraggia gli ospedali convenzionati a migliorare la trasparenza finanziaria, migliorare i servizi, controllare i costi e standardizzare le pratiche mediche.

Attraverso gli appalti di servizi pubblici, gli ospedali privati ammissibili avrebbero il supporto per offrire servizi sanitari pubblici locali e servizi medici di base, nonché le direttive definite dal governo.

Gli ospedali privati che rispettano le direttive governative dovrebbero ricevere una compensazione finanziaria alla pari degli ospedali pubblici oltre alle esenzioni fiscali già ricevute sulle entrate derivanti dai servizi a prezzo governativo.

Gli ospedali pubblici e privati competeranno per fornire servizi medici di base economicamente vantaggiosi e ricevere la corrispondente compensazione fiscale.

Sviluppare una politica fiscale adeguata per sostenere lo sviluppo sostenibile degli ospedali privati a scopo di lucro

La tassazione è un'importante leva economica per regolare l'allocazione delle risorse.

Le politiche fiscali non influiscono solo sulla competitività di un ospedale, ma influenzano anche i progetti di servizi medici che gli investitori scelgono di finanziare. Attualmente, la Cina classifica le istituzioni mediche come senza scopo di lucro o a scopo di lucro. Anche se gli ospedali privati a scopo di lucro cercano il profitto, hanno comunque la responsabilità sociale di fornire assistenza medica di base.

Nel determinare le aliquote fiscali, gli ospedali privati a scopo di lucro non dovrebbero quindi essere equiparati alle imprese generali a scopo di lucro. Le aliquote fiscali per gli ospedali privati a scopo di lucro dovrebbero essere preferenziali. Inoltre, per evitare che gli ospedali trasferiscano il carico fiscale ai regimi di assicurazione sanitaria e ai pazienti in base alle condizioni tariffarie e di compensazione fiscale esistenti, l'aliquota dell'imposta sul reddito delle società per gli ospedali privati a scopo di lucro dovrebbe essere ridotta.

L'ammortamento delle attrezzature mediche ad alta tecnologia dovrebbe essere incluso nei costi e le corrispondenti esenzioni fiscali dovrebbero essere applicate agli investimenti in tecnologia medica. Inoltre, l'attuale periodo di esenzione fiscale di tre anni non allevia efficacemente la pressione finanziaria sugli ospedali privati a scopo di lucro durante la loro fase di avvio.

Il periodo di esenzione fiscale per gli ospedali privati a scopo di lucro di nuova costituzione dovrebbe essere esteso, senza alcuna imposta sul reddito delle società nei primi anni seguita da un graduale aumento graduale delle aliquote fiscali. Questa leva fiscale incoraggerà gli investimenti di capitale sociale nel settore sanitario.

Adottare politiche flessibili ed efficaci in materia di risorse umane per incentivare gli operatori sanitari a lavorare per ospedali privati

Gli ospedali privati non sono tenuti a seguire le regole e le linee guida governative relative al reclutamento di operatori sanitari negli ospedali pubblici. Pertanto, gli ospedali privati possono adottare politiche più flessibili. Ad esempio, i medici e altri professionisti, soprattutto donne, in altri paesi spesso lavorano come dipendenti part-time, a causa della necessità di prendersi cura delle loro giovani famiglie.

Le politiche delle risorse umane all'interno degli ospedali pubblici cinesi spesso non consentono il lavoro part-time, tuttavia nessuna legge in Cina impedisce agli ospedali privati di farlo. In tal modo, gli ospedali privati potrebbero essere in grado di reclutare medici qualificati che altrimenti rimarrebbero a casa per prendersi cura delle loro giovani famiglie, o che non sarebbero in grado di lavorare come dipendenti a tempo pieno, a causa del loro stato di salute o in cerca di semi-pensionamento. , ecc.

Inoltre, gli ospedali privati dovrebbero anche creare opportunità di sviluppo professionale per i giovani professionisti sanitari (ad esempio, istituendo borse di sviluppo a metà carriera per consentire ai professionisti sanitari junior di trascorrere un po' di tempo presso ospedali universitari e/o ospedali terziari rispettati per migliorare le loro competenze e esperienze cliniche). In questo modo, gli ospedali privati possono attrarre e trattenere più giovani professionisti sanitari.

Rafforzare le norme di ingresso per gli ospedali privati e stabilire regole di uscita

Dovrebbe essere istituito tempestivamente un sistema legale per l'ingresso sul mercato degli ospedali privati.

Questo sistema dovrebbe definire l'ambito di lavoro, le condizioni di ingresso e le norme di uscita per gli ospedali privati sul mercato. Regolamentare l'ingresso degli ospedali privati nel mercato non solo incoraggerà e promuoverà l'ingresso nel mercato, ma standardizzerà anche il comportamento di ingresso nel mercato.

A livello macro, la legge dovrebbe elencare esplicitamente nella legislazione le condizioni di accesso al mercato per gli ospedali privati e integrare i termini elencati con disposizioni di rete di sicurezza per affrontare eventuali carenze nei termini elencati. A livello micro, dovrebbero essere formulate norme dettagliate per le condizioni di accesso al mercato a seconda che gli ospedali privati forniscano servizi sanitari pubblici o servizi medici privati e in base alla natura dei loro servizi medici

In definitiva, chiare condizioni di accesso al mercato favoriranno un ingresso agevole degli ospedali privati nel mercato e preverranno comportamenti fraudolenti che minacciano la sicurezza dei pazienti.

Dovrebbe inoltre essere rafforzata la legislazione per stabilire regole di uscita per gli ospedali privati dal mercato.

Tale legislazione dovrebbe specificare le condizioni di uscita, le procedure per l'uscita, le responsabilità legali per l'uscita e l'attribuzione della proprietà. Dovrebbe essere adottata una combinazione di uscita volontaria e uscita forzata per regolamentare ulteriormente le operazioni degli ospedali privati.

Migliorare la gestione della valutazione delle prestazioni per migliorare la credibilità degli ospedali privati

Lo sviluppo sostenibile degli ospedali privati richiede il rigoroso rispetto e il rispetto delle operazioni legali. Per raggiungere questo obiettivo, dovrebbe essere stabilito uno standard di integrità nella pratica medica.

Ad esempio, gli standard di base per la creazione di ospedali privati onesti a livello nazionale, formulati dal ramo di gestione degli ospedali privati dell'Associazione ospedaliera cinese nel 2016, includono "standard di ammissione all'istituzione" e "standard di valutazione e valutazione dell'istituzione". Gli "standard di ammissione all'establishment" sono costituiti da diciassette punti di valutazione che operano su un sistema di veto. Se un punto di valutazione non viene raggiunto, l'ospedale perde la qualifica per il ricovero.

I rating del credito dovrebbero essere utilizzati per costringere gli ospedali privati ad aderire alle pratiche del servizio medico e aumentare la loro credibilità agli occhi del grande pubblico. Allo stesso tempo, gli standard di rating del credito possono aiutare a identificare gli ospedali privati con una forte qualità tecnica, marchi influenti ed elevata credibilità sociale, stabilendo così parametri di riferimento del settore e promuovendo lo sviluppo sostenibile degli ospedali privati. I dipartimenti governativi competenti dovrebbero inoltre rafforzare la supervisione e l'ispezione delle pratiche mediche ospedaliere private e stabilire un meccanismo di ispezione a lungo termine che si concentri sull'aderenza all'ambito della pratica medica dell'ospedale, sull'impiego di personale medico qualificato, su un'adeguata pubblicità medica e su procedure di diagnosi e trattamento standardizzate.

Le ispezioni a lungo termine possono anche essere integrate da audit senza preavviso. Dovrebbe inoltre essere istituito un sistema di gestione dei punti negativi per assegnare punti per diversi livelli di violazioni da parte degli ospedali privati e dei loro dipendenti. La divulgazione pubblica di tali informazioni promuoverebbe ulteriormente il rispetto degli standard operativi pertinenti.

Politiche mirate per sostenere e guidare l'integrazione delle istituzioni mediche private nel sistema di assicurazione sanitaria nazionale

Ad oggi, la Cina ha registrato tassi di copertura assicurativa sanitaria nazionale fino al 95%. Tuttavia, molti ospedali privati non hanno uno status di assicurazione sanitaria designato, il che impedisce ai pazienti di ricevere rimborsi per i servizi medici. La mancanza di rimborsi finanziari ai pazienti può portare al logoramento dei pazienti e di conseguenza a perdite finanziarie per gli ospedali privati. Per combattere questo problema, i dipartimenti competenti dei sistemi di assicurazione sanitaria dovrebbero trattare equamente gli ospedali pubblici e privati quando stabiliscono le misure di valutazione e gestione per le istituzioni mediche designate.

Inoltre, dovrebbero essere sviluppate linee guida dettagliate e procedure di approvazione per includere gli ospedali privati nella rete nazionale di assicurazione sanitaria. Allo stesso modo, gli ospedali privati che soddisfano i criteri di inclusione nell'assicurazione sanitaria dovrebbero essere inclusi fin dall'inizio delle loro attività e avere diritto al rimborso dell'assicurazione sanitaria.

Qualsiasi motivo per cui un ospedale non soddisfa i criteri di inclusione dovrebbe essere divulgato insieme alle indicazioni su come soddisfare i criteri. Gli ospedali privati e pubblici che offrono la stessa gamma di servizi dovrebbero anche avere polizze di assicurazione sanitaria chiare ed eque. Per gli ospedali privati, il tempestivo recupero dei fondi di compensazione dell'assicurazione sanitaria influisce in modo significativo sul rischio finanziario.

Se il tasso di recupero del fondo di compensazione dell'assicurazione sanitaria è troppo lento, aumenta la pressione finanziaria sugli ospedali privati ostacolandone le operazioni.

I dipartimenti governativi dovrebbero quindi formulare piani di sviluppo per gli ospedali privati, migliorare le procedure di approvazione amministrativa e fornire indicazioni per i risarcimenti dell'assicurazione sanitaria.

La mancanza di sostegno finanziario da parte del governo per i numerosi ospedali privati a scopo di lucro in Cina può incentivare comportamenti fraudolenti. Per contrastare questo fenomeno, l'allocazione delle risorse mediche dovrebbe essere coordinata a livello nazionale e regionale, tenendo conto delle caratteristiche uniche e delle capacità mediche dei singoli ospedali privati.

Dovrebbero essere inoltre offerti orientamenti per aiutare gli ospedali privati a integrarsi nel sistema di assicurazione sanitaria nazionale. Allo stesso tempo, dovrebbe essere considerata la capacità della cassa di assicurazione sanitaria. L'approvazione rigorosa delle qualifiche di assicurazione sanitaria per gli ospedali privati dovrebbe essere implementata utilizzando un solido processo di revisione.

Inoltre, dovrebbero essere compiuti sforzi per accelerare il miglioramento del sistema di applicazione della legge sull'assicurazione sanitaria, rivedere le leggi e i regolamenti pertinenti come la legge sull'assicurazione sociale in base all'attuale situazione del mercato medico, chiarire i poteri esecutivi delle agenzie di assicurazione sanitaria sui medici designati istituzioni e perfezionare le relative disposizioni.

Infine, dovrebbero essere imposti diversi gradi di punizione per le violazioni dell'assicurazione sanitaria in base alle diverse circostanze della violazione. Per le violazioni gravi, ad esempio, dovrebbero essere applicate sanzioni più severe.

Conclusioni

Il mercato degli ospedali privati in Cina ha registrato una crescita chiara e rapida, soprattutto a partire dagli anni 2010, ma permangono sfide riguardanti il finanziamento, la regolamentazione e la supervisione degli ospedali privati, il mantenimento della forza lavoro e la fiducia del pubblico.

Per garantire che la crescita futura del mercato ospedaliero privato in Cina sia sostenibile, sono probabilmente necessarie ulteriori politiche che aprano le gare d'appalto governative agli ospedali privati, riducano la pressione fiscale sugli ospedali privati, definiscano un sistema legale per l'ingresso nel mercato degli ospedali privati con chiare condizioni di ingresso e uscita, migliorino la valutazione delle prestazioni degli ospedali privati e creino un sistema che consenta agli ospedali privati di aderire ai regimi di assicurazione sanitaria nazionale.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00309-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00309-7/fulltext)

quotidianosanita.it

Infermieri sull'orlo di una crisi di nervi: in burnout il 60%. Indagine Fnopi: "Qualità delle cure e sicurezza dei pazienti a rischio"

Studio Università di Genova-FNOPI sul benessere dei professionisti. Il 45,2% si dichiara pronto a lasciare l'ospedale per "insoddisfazione lavorativa" dovuta a basse retribuzioni, mancanza di carriera e carenza di personale. Il 38,3% ha dichiarato insoddisfazione lavorativa per svariati motivi: principalmente, a causa dello stipendio (77,9%) e della mancanza di opportunità di avanzamento professionale (65,2%). Il 43,4% ha descritto il proprio ambiente di lavoro come frenetico e caotico. Solo il 3,2% percepisce come "eccellente" la sicurezza del paziente nel proprio ospedale.

13 DIC -

Il 59% degli infermieri in servizio negli ospedali italiani è molto stressato e il 36% sente di non avere il controllo sul proprio carico di lavoro. Il 47,3% si percepisce "privo di energia" e nel 40,2% dei casi si ravvisa un esaurimento emotivo elevato. Il 45,4% ritiene che l'impegno professionale non lasci abbastanza tempo per la propria vita personale e familiare.

Alla domanda sulla possibilità di lasciare entro il prossimo anno l'ospedale a causa dell'insoddisfazione lavorativa, quasi la metà degli infermieri ha risposto in modo affermativo (45,2%).

L'analisi del reale grado di stress dei professionisti e dei suoi principali motivi, rapportandolo con le possibili ricadute sull'assistenza, è raccolta nello studio BENE (BENessere degli Infermieri e staffiNG sicuro negli ospEdali) realizzato dall'Università di Genova con il sostegno dalla Federazione nazionale degli infermieri (Fnopi), appena pubblicato sulla rivista istituzionale della Federazione "L'Infermiere".

Gli infermieri che lavorano in ambito ospedaliero in Italia sono oltre 165mila. Lo studio ha coinvolto un campione statisticamente valido di età media pari a 42,1 anni, 73% di genere femminile, presenti nei reparti di degenza di 38 presidi ospedalieri del Paese e si è svolto tra giugno 2022 e luglio 2023 con l'obiettivo di indagare le principali variabili che impattano sul benessere dei professionisti e la sicurezza delle cure, in particolare dopo l'emergenza Covid-19. Perché il burnout degli infermieri si traduce in maggiori rischi per i pazienti.

L'esposizione a pazienti Covid-19 ha determinato un elevato livello di stress nel 46,4% degli infermieri. Il 38,3% ha dichiarato insoddisfazione lavorativa per svariati motivi: principalmente, a causa dello stipendio (77,9%) e della mancanza di opportunità di avanzamento professionale (65,2%). Il 43,4% ha descritto il proprio ambiente di lavoro come frenetico e caotico. Solo il 3,2% percepisce come "eccellente" la sicurezza del paziente nel proprio ospedale.

La carenza di personale è il motivo prevalente delle cure mancate (50%). Il 59% ha riferito di discutere, con il team, strategie per evitare che gli errori si ripetano. Solo il 27,7% ha affermato che le azioni della direzione dimostrano la sicurezza del paziente come massima priorità. Indipendentemente dal turno di lavoro, ogni infermiere assiste mediamente 8,1 pazienti contro uno standard indicato come ottimale di non più di 6.

In Europa, il personale infermieristico varia da 3,4 a 17,9 pazienti per infermiere e studi europei indicano che ogni paziente aggiuntivo per infermiere è associato a un aumento del 7% della mortalità a 30 giorni in ospedale e che i costi risparmiati superano il doppio del costo aggiuntivo per il personale infermieristico. Lo studio italiano RN4CAST@IT del 2015 aveva rilevato pre-pandemia che negli ospedali italiani l'organico medio era di 9,5 pazienti per infermiere, determinando un rischio maggiore di mortalità del 21% rispetto al rapporto un infermiere per 6 pazienti.

Tra le azioni per ridurre il burnout e migliorare il benessere, gli infermieri coinvolti nello studio hanno indicato l'aumento dei livelli di organico infermieristico, permettere agli operatori sanitari di lavorare al massimo delle loro competenze professionali, migliorare la comunicazione del team.

Le principali cinque 'cure mancate' sono state la mobilitazione del paziente (51,6%); lo sviluppo/aggiornamento dei piani assistenziali (51,4%); educazione al paziente/famiglia (50,6%); igiene orale (50,2%); comfort per il

paziente (49%) e le cure mancate, intese come qualsiasi aspetto dell'assistenza richiesta al paziente che viene omesso o ritardato, sono strettamente correlate alla sicurezza dei pazienti e alla qualità dell'assistenza. Questo problema è stato identificato, inoltre come un fattore che impatta sulla relazione tra il personale infermieristico e gli esiti per i pazienti: il Codice deontologico delle professioni infermieristiche parla chiaro: "il tempo di relazione è tempo di cura".

Bagnasco: "La sicurezza del paziente è garantita anche dalla stabilità degli staff di personale"

"Dopo 8 anni, non mi aspettavo la sovrapposizione così marcata dei dati - in termini di personale dello staff, ambiente di lavoro e cure mancate, quindi sicurezza dei pazienti - specialmente rispetto agli interventi organizzativi messi in atto con la pandemia nella riorganizzazione del lavoro", afferma Annamaria Bagnasco, dipartimento di scienze della salute Università di Genova, coordinatrice dello studio BENE .

"Una situazione - continua - che ha ripercussioni in cure mancate ed esiti clinici e ha un impatto sull'intenzione di lasciare il lavoro entro un anno che, nonostante le integrazioni di personale dovute alla pandemia non è migliorato. La sicurezza del paziente è garantita anche dalla stabilità degli staff con un malessere che si ripercuote sullo stato emotivo e burnout. Inoltre, c'è una correlazione anche sull'attrattività lavorativa. Il motivo che viene dichiarato è il personale insufficiente e la mancanza di tempo per erogare queste attività, ma il 98% degli intervistati dichiara di voler lavorare al massimo delle proprie competenze: è un elemento di consapevolezza, di desiderio di specializzare le competenze, di formazione".

Mangiacavalli: "Lo studio dimostra che quello dell'infermiere è un lavoro usurante e su questa linea la riforma delle pensioni nella manovra 2024 rappresenta un rischio"

"È uno studio dirompente – commenta Barbara Mangiacavalli, presidente della FNOPI - perché mette nero su bianco, con la forza dei numeri e delle analisi statistiche, quelle percezioni che la Federazione da molti anni sta facendo pervenire nelle opportune sedi istituzionali. E spiega anche le ragioni per cui la modifica al sistema pensionistico prevista dal Governo nella legge di Bilancio è apprezzabile, ma è rischiosa in relazione all'obiettivo del riconoscimento della professione infermieristica come lavoro usurante. Proprio per la storica carenza di organici, gli infermieri si trovano quotidianamente a dover andare oltre i normali di turni di lavoro. Certamente non è la stessa situazione riscontrabile tra i dipendenti amministrativi, scolastici o informatici. Quello che chiediamo - chiarisce la presidente Fnopi - è che vengano adottate soluzioni strutturali che, ovviamente, non ci portano alla soluzione domani, ma che possono costruire, nel tempo, nell'arco temporale di 5-8 anni, una professione infermieristica 2.0 capace di invertire la tendenza".

"Lo studio chiarisce bene – aggiunge - anche perché ogni anno circa 20mila giovani scelgono la laurea in Infermieristica, ma durante i primi 3 anni di formazione abbiamo già una perdita importante di candidati. Evidentemente - spiega - gli studenti iniziano a frequentare gli ambienti di tirocinio e si rendono conto di una serie di dinamiche che sono quelle che poi sono state messe in luce dallo studio. Se il 40% dopo di chi presta servizio in ospedale dopo un anno di lavoro manifesta l'intenzione di lasciarlo, a fonte di alternative, ci rendiamo conto che bisogna agire su elementi profondi: la poca attrattività legata agli aspetti stipendiali, di crescita, di sviluppo di carriera, di avanzamento professionale, piuttosto che i modelli organizzativi che rendono l'attività caotica, esasperante, che genera burnout, insicurezza nelle prestazioni perché ci si rende conto di lavorare in condizioni non sicure e adeguate. Non dimentichiamo – conclude - che l'Italia è il secondo Paese più vecchio al mondo, dopo il Giappone: la prospettiva è di avere di fronte decenni di lunghe stagioni assistenziali che non sono gestibili in ospedale, ma sul territorio, a domicilio, con infermieri specializzati".

Per questo, per la FNOPI è necessario un impegno politico e manageriale urgente per migliorare la soddisfazione e garantire un'assistenza sanitaria sicura e di qualità.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119028

Cos'è la salute per ciascuno di noi?

Marina Vanzetta

Gentile Direttore,

i processi di cura non possono prescindere da una chiara rappresentazione del concetto di salute per riflettere davvero i valori dei cittadini. Ma qual è il concetto di salute e la percezione della stessa nella popolazione italiana? Che cosa si intende per salute? Quali bisogni di salute esprimono le persone oggi? La risposta, seppur non facile a questi interrogativi, è necessaria per poter mettere a terra in tutti i contesti di presa in carico di bisogni assistenziali risposte efficaci, mirate e personalizzate.

Come trovare le risposte? Già nel 2019 l'Accademia di Scienze Infermieristiche (ASI) con un [studio](#) sul significato di salute percepito dai cittadini ha provato a dare risposte a qualcuno di questi interrogativi. Gli elementi caratterizzanti il concetto di salute per le persone intervistate dagli autori sono risultati essere: assenza di malattia, autonomia, equilibrio, atteggiamenti e comportamenti proattivi, relazioni sociali positive, stili di vita, stati d'animo positivi, benessere socio-economico.

Costituenti che sottendono – queste le conclusioni degli autori dello studio – la salute come risultato sia di responsabilità individuali, negli atteggiamenti e comportamenti proattivi come nell'adozione di corretti stili di vita, sia di responsabilità collettive, dipendenti dal benessere sociale di un territorio e dalle scelte politiche ed economiche dei diversi attori che lo abitano; essa riguarda il corpo, i suoi disturbi e i suoi sintomi, ma soprattutto la persona nella sua interezza. Per sostanziare risposte concrete, mirate e rispettose del concetto di salute di ciascun cittadino e misurarne l'efficacia è necessario misurare ciascun elemento: ma come?

In continuità con i risultati dello studio citato, ASI ha recentemente condotto uno [studio](#) per strutturare e validare un Questionario sulla Percezione della Salute (QPS). Trentacinque gli item che lo compongono con quattro opzioni di risposta da per niente rilevante a molto rilevante:

la salute è voglia di vivere, una persona in salute si sente libera, una persona in salute è attiva, dormire bene favorisce la salute, una persona sana è capace di chiedere aiuto, fare movimento fa bene alla salute, se ho bisogno di cure costanti sono malato, una corretta alimentazione favorisce la salute, le persone in salute hanno una buona forma fisica, la salute è influenzata dalle relazioni sociali, le persone in salute seguono una dieta vegetariana, la persona sana è in armonia con se stessa e con gli altri, assumere farmaci è segno di malattia, l'assenza di preoccupazioni è salute, avere il sostegno della famiglia favorisce la salute, avere una vita sessuale soddisfacente è salute, avere difficoltà relazionali può influire sulla salute, essere in salute significa essere autonomi, la salute è influenzata dal benessere economico, la salute spirituale è importante, essere in salute significa essere senza pensieri, l'assenza di dolore è un segno di buona salute, l'attenzione al proprio ambiente favorisce la salute, i problemi psicologici sono segno di malattia, in assenza di segni o disturbi fisici sono in salute, una persona in salute previene le malattie, una persona in salute previene le malattie, una persona sana ha una vita sociale attiva, le persone in salute non hanno vizi (droghe, alcool, fumo, gioco d'azzardo), essere in salute significa assenza di malattia, avere un peso corretto vuol dire essere in salute, una persona in salute si prende cura di sé, avere un lavoro influisce sulla salute, la tranquillità è salute, essere depressi significa essere malati, la mancanza di salute rende vulnerabili. Lo strumento, risultato affidabile e capace di discriminare il concetto di salute potrà, dunque essere utile per comprendere qual è il concetto di salute nella popolazione e adeguare le cure di conseguenza.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119064

Benessere professionale dell'infermiere e sicurezza delle cure in epoca pandemica

Annamaria Bagnasco¹, Gianluca Catania², Milko Zanini³, Maria Emma Musio⁴,
Barbara Mangiacavalli⁵, Linda Aiken⁶, Loredana Sasso⁷

¹Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova – Genova, Italia

²Professore Associato Dipartimento Scienze della Salute – Università degli Studi di Genova, Italia

³Docente e Ricercatore Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova – Genova, Italia

⁴Studente Phd Nursing Dipartimento Scienze della Salute – Università degli Studi di Genova, Italia

⁵Presidente FNOPI, Presidente CERSI – FNOPI – Roma, Italia

⁶Professor of Nursing and Sociology, Founding Director Center for Health Outcomes and Policy Research – University of Pennsylvania – United States of America

⁷Direttore Scientifico CERSI-FNOPI, già Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova – Genova, Italia

on behalf of Gruppo Collaborativo Studio BENE

Corrispondenza: gianluca.catania@unige.it

RIASSUNTO

Introduzione La crisi finanziaria del 2008 e la pandemia da Covid-19 hanno influenzato negativamente la qualità degli ambienti di cura impattando sul benessere degli infermieri, sui risultati dei pazienti e sulla loro soddisfazione.

Obiettivi Indagare il benessere professionale degli infermieri, descrivere la prevalenza dei livelli di personale e la qualità degli ambienti di lavoro nelle strutture ospedaliere di ricovero.

Materiali e metodi Questo studio osservazionale trasversale multicentrico coinvolge 3209 infermieri afferenti ai reparti di degenza di 38 Presidi Ospedalieri. Una survey online appositamente sviluppata indagava le principali variabili che impattano sul benessere degli infermieri e la sicurezza delle cure.

Risultati Il 47.3% degli infermieri si sentiva stressato dal proprio lavoro e privo di energia. Nel 40.2% degli infermieri si evidenziava un esaurimento emotivo elevato. L'esposizione a pazienti COVID-19 determinava un elevato livello di stress nel 46.4% degli infermieri. Il 38.3% riferiva insoddisfazione lavorativa a causa dello stipendio (77.9%) e della mancanza di opportunità di avanzamento professionale (65.2%). Il 43.4% descriveva il proprio ambiente di lavoro come frenetico e caotico. Solamente il 3.2% percepiva come "eccellente" la sicurezza del paziente nel proprio ospedale e la carenza di personale era il motivo prevalente delle cure mancate (50%). Indipendentemente dal turno di lavoro, ogni infermiere assisteva mediamente 8.1 pazienti.

Discussione e conclusioni La pandemia ha evidenziato problemi preesistenti nell'assistenza sanitaria che inducono esaurimento emotivo negli infermieri, compromettendo la sicurezza e la qualità dell'assistenza. È necessario un impegno politico e manageriale urgente per migliorare la soddisfazione e garantire un'assistenza sanitaria sicura e di qualità.

Parole chiave: Infermieri ospedalieri, burnout professionale, soddisfazione lavorativa, condizioni di lavoro, valutazione dell'esito del paziente.

Nurses' professional well-being and safety of care in the pandemic era

ABSTRACT

Introduction The 2008 financial crisis and the Covid-19 pandemic negatively affected the quality of care environments by impacting on nurses' well-being, patient outcomes and patient satisfaction.

Objectives Investigate nurses' professional wellbeing, describe the prevalence of staffing levels and the

quality of working environments in inpatient hospital settings.

Materials and methods This multicentre cross-sectional observational study involved 3209 nurses attached to the inpatient wards of 38 hospital wards. A specially developed online survey investigated the main variables impacting on nurses' well-being and safety of care.

Results 47.3% of the nurses felt stressed by their work and lacking energy. High emotional exhaustion was evident in 40.2% of the nurses. Exposure to COVID-19 patients resulted in a high level of stress in 46.4% of the nurses. 38.3% reported job dissatisfaction due to salary (77.9%) and lack of opportunities for professional advancement (85.2%). 43.4% described their working environment as hectic and chaotic. Only 3.2% perceived patient safety in their hospital as 'excellent' and staff shortages were the predominant reason for missed care (50%). Regardless of shift, each nurse cared for an average of 8.1 patients.

Discussion and conclusions The pandemic has highlighted pre-existing problems in healthcare that induce emotional exhaustion in nurses, compromising safety and quality of care. Urgent political and managerial commitment is needed to improve satisfaction and ensure safe and quality healthcare.

Key words: Hospital nurses, professional burnout, job satisfaction, working conditions, patient outcome assessment.

INTRODUZIONE

Offrire cure sanitarie sicure, di alta qualità e di valore elevato, incentrate sul paziente, richiede una forza lavoro clinica altamente efficiente.

Tuttavia, i dirigenti del settore sanitario stanno sempre più prendendo consapevolezza del fatto che lo stress lavorativo sta compromettendo il benessere dei clinici, elemento essenziale per stabilire un'alleanza terapeutica efficace con i pazienti e le loro famiglie (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being, 2019).

Nel 2008, i governi, per affrontare la crisi finanziaria globale, hanno ridotto la spesa sanitaria (Stuckler et al., 2017) e ciò ha determinato un razionamento delle risorse sanitarie con conseguente aumento del *workload*, lo sviluppo di un ambiente di lavoro non favorevole e, come diretta conseguenza, risultati negativi per i pazienti (quali tassi di mortalità e riammissione più elevati, complicazioni e degenza ospedaliera più lunga) e la loro insoddisfazione riguardo all'assistenza ricevuta (Sasso et al., 2017; Aiken et al., 2014; Lasater et al., 2021).

Il benessere dei professionisti sanitari impatta sulla qualità e sicurezza delle cure che vengono erogate ai pazienti ed è strettamente correlato alla soddisfazione lavorativa degli operatori stessi, all'intenzione di abbandonare il lavoro, al burnout, ai livelli di staffing ed alla qualità dell'ambiente di lavoro. Sono diversi, infatti, gli studi che dimostrano come un alto livello di benessere degli operatori sia associato a una maggiore soddisfazione lavorativa, a un minore rischio di burnout, a una riduzione dell'assenteismo, a una miglior qualità delle cure fornite e, di conseguenza, ad una maggiore sicurezza del paziente (Halter et al., 2017; Havaei, MacPhee & Dahinten, 2019).

Il burnout, l'insoddisfazione lavorativa e l'intenzione di cambiare sede lavorativa, o

addirittura lasciare la professione, tra il personale sanitario sono, nel corso del tempo, progressivamente aumentanti andando a intaccare il benessere professionale degli operatori (Sasso et al., 2017; Aiken et al., 2008; Aiken et al., 2017; Lasater et al., 2020) e minacciando la qualità dell'assistenza (Aiken et al., 2008; Aiken et al., 2017; Lasater et al., 2020). La soddisfazione lavorativa del professionista sanitario è cruciale per la qualità delle cure, sicurezza e produttività, la fidelizzazione dei pazienti e la riduzione degli errori medici (Shanafelt et al., 2015; Shanafelt et al., 2016) e correla negativamente con l'assenteismo, il turnover e la sindrome da burnout (Shanafelt et al., 2015).

Già vent'anni fa, l'Institute of Medicine (IOM) sollecitò l'attenzione sul problema della sicurezza del paziente e sulla qualità generale delle cure sanitarie, ma ancora oggi, il National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, indica come il burnout nelle sue tre dimensioni (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, perdita di efficacia professionale), rappresenti una minaccia per la qualità dell'assistenza sanitaria (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being, 2019).

E' importante sottolineare però che il burnout, l'insoddisfazione lavorativa e il desiderio di cambiare posto di lavoro molto spesso rappresentano le conseguenze di una carenza nei livelli di staffing (cioè il numero di pazienti per infermiere) e di un ambiente di lavorativo negativo (Aiken et al., 2008; Aiken et al., 2017; Lasater et al., 2020).

Il personale infermieristico varia tra gli ospedali di ogni paese (Aiken et al., 2017). Kane et al. (2007) hanno dimostrato che un aumento del personale infermieristico riduce la mortalità nelle unità mediche, chirurgiche e di terapia intensiva. Ulteriori studi confermano che più ore di assistenza infermieristica sono correlate a

risultati migliori (Twigg et al., 2019). Tuttavia, un nurse-to-patient ratio più alto è associato a livelli più elevati di burnout e insoddisfazione tra gli infermieri (Shin et al., 2018).

In Europa, il personale infermieristico varia da 3.4 a 17.9 pazienti per infermiere. Aiken et al. indicano che ogni paziente aggiuntivo per infermiere è associato a un aumento del 7% della mortalità a 30 giorni in ospedale (Aiken et al., 2014). Nel 2016, il Queensland ha introdotto rapporti minimi infermiere-paziente con benefici evidenti: riduzioni della mortalità, delle riammissioni e della durata del ricovero. I costi risparmiati superano il doppio del costo aggiuntivo per il personale infermieristico (McHugh et al., 2021). Lo studio italiano RN4CAST@IT del 2015 ha rilevato che negli ospedali italiani l'organico medio era di 9.5 pazienti per infermiere, determinando un rischio maggiore di mortalità del 21% rispetto ai contesti ospedalieri in cui ogni singolo infermiere assiste 6 pazienti. Il 36% degli infermieri desiderava cambiare ospedale a causa dell'insoddisfazione sul lavoro (Sasso et al., 2019).

Negli Stati Uniti, appena prima della pandemia COVID-19, il rapporto paziente-infermiere variava da 3.3 a 9.7 e vi erano alti tassi di insoddisfazione lavorativa, burnout e intenzione di cambiare sede lavorativa tra gli infermieri (Lasater et al., 2020). Questi risultati indicano che i governi poco considerano i risultati degli studi sul personale e sull'ambiente di lavoro, fattori che hanno dimostrato il loro impatto sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza per i pazienti e gli infermieri.

Il report più recente della National Academy of Medicine, *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being* (National Academies of Sciences, Engineering, National Academy of Medicine, & Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being, 2019), ha sottolineato che la chiave per affrontare il burnout clinico è lo sviluppo di un ambiente di lavoro positivo. Il report ha evidenziato che i clinici devono ancora affrontare carichi di lavoro eccessivi, calo dell'autonomia, cattiva gestione, sistemi di documentazione elettronica mal implementati, guasti sistemici che richiedono soluzioni alternative ed eccessiva burocrazia.

Durante la pandemia di SARS-CoV-2, gli operatori sanitari delle unità di primo intervento hanno affrontato un notevole stress. Gli infermieri, in particolare, hanno sperimentato un carico psicologico senza precedenti dovuto all'uso di DPI per l'assistenza diretta ai pazienti COVID-19, alla flessibilità organizzativa richiesta per la riallocazione, all'aumento del carico di lavoro e all'alto tasso di mortalità dei propri assistiti (Jun et al., 2020; Bambi et al.,

2020). Analogamente all'epidemia di SARS nel 2003, la pandemia COVID-19 ha minacciato la salute globale, mettendo gli operatori sanitari a rischio di sintomi di salute mentale (Kang & Shin, 2020; Lai et al., 2020; Naser et al., 2020; Rajkumar, 2020; Spoorthy, 2020). Dati trasversali hanno portato alla luce un aumento di ansia tra gli operatori sanitari, potenzialmente legato non solo alle condizioni di lavoro, ma anche all'isolamento familiare (Hu et al., 2020), con il personale infermieristico tra i più colpiti, specialmente nelle unità operative con pazienti COVID-19 (Hu et al., 2020).

Alla luce di ciò, occuparsi del benessere degli operatori sanitari è un impegno politico e organizzativo che non può più essere rimandato e questo studio si propone di fornire una chiara e precisa connotazione e attualizzazione del fenomeno nel contesto ospedaliero italiano perché strategie efficaci possano essere messe in campo. Alle organizzazioni sanitarie, che hanno un ruolo chiave nella promozione di una cultura della salute, della prevenzione e della promozione del benessere degli operatori, è richiesto, quindi, un coinvolgimento attivo finalizzato ad implementare interventi strategici mirati al raggiungimento non solo del benessere degli operatori, ma anche della soddisfazione del paziente (Huang, Lei & Wang, 2019).

Perseguire il benessere professionale è oggi un passaggio obbligato per contrastare l'*intention to leave* che sta colpendo le professioni sanitarie e favorire *recruitment* e *retention* (reclutare e trattenere i professionisti) (Ulupinar & Erden, 2022; Sasso et al., 2019).

OBIETTIVI

Descrivere il benessere professionale dell'infermiere e la sicurezza delle cure indagando la prevalenza dei livelli di staffing (rapporto infermiere-pazienti) e la qualità dell'ambiente di lavoro in tutte le strutture semplici/complesse di degenza ospedaliera in cui viene erogata assistenza infermieristica diretta.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

Questo è uno studio osservazionale trasversale multicentrico. I dati presentati in questo articolo si riferiscono alla sola popolazione infermieristica. Lo studio era più ampio e indagava inoltre il benessere dei medici e la soddisfazione dei pazienti per le cure e l'assistenza ricevute i cui dati saranno presentati in successive pubblicazioni.

Partecipanti

La popolazione target per questo studio sono gli infermieri che lavorano in strutture semplici/complesse di degenza incluso il pronto soccorso di ospedali italiani.

Criteria di inclusione

- Infermieri coinvolti nell'assistenza clinica.
- Lavorare in Strutture semplici/complesse di degenza incluso il pronto soccorso di ospedali italiani e assistere i pazienti adulti ricoverati in area medica e chirurgica, incluse aree mediche o chirurgiche specialistiche e di area critica (ad esempio, terapia intensiva e pronto soccorso) presso l'ospedale partecipante.

Criteria di esclusione

- Non sono stati previsti criteri di esclusione relativi all'età, al sesso, all'etnia e alla razza o allo stato socioeconomico. Nessuna restrizione all'arruolamento in base allo stato fertile e alla gravidanza e/o ad altre caratteristiche degli infermieri.
- Infermieri che prestano servizio presso day hospital, day surgery piastre ambulatoriali, hospice e cure palliative, terapia intensiva neonatale, terapia intensiva pediatrica e pediatria, sala operatoria dell'ospedale partecipante.

La partecipazione allo studio della struttura ospedaliera come Centro Partecipante era subordinata all'accettazione della lettera di presentazione dello studio da parte del Direttore Generale dell'ospedale. Trentotto Ospedali italiani sono stati arruolati nello studio. Ciascun Centro Partecipante ha designato un Principal Investigator, nella figura professionale di infermiere, che si è occupato di identificare gli infermieri e i medici che hanno partecipato allo studio, e di fornire loro via e-mail, attraverso il coinvolgimento dei Coordinatori Infermieristici, il collegamento web del questionario elettronico predisposto dal Team di Ricerca dell'Università di Genova.

Raccolta dati

Agli infermieri è stata richiesta la compilazione di un questionario online composta di 59 domande che, dopo una sezione mirata all'acquisizione dei principali dati demografici, proseguiva esplorando alcune variabili correlate al benessere professionale. In particolare, i) Benessere e Burnout; ii) Intention to leave (intenzione a lasciare l'ospedale); iii) Job satisfaction (soddisfazione lavorativa); iv) Qualità del sonno; v) Ansia e Depressione; vi) Equilibrio tra lavoro e vita privata; vii) Caratteristiche dell'ambiente di lavoro; viii) Staffing e Workload (rapporto infermiere-pazienti e carico di lavoro); ix) Qualità e sicurezza delle cure; x) Cure mancate. La survey è stata costruita utilizzando items di strumenti validati per indagare le variabili di nostro interesse. Più specificatamente è stata utilizzata la sottoscala *Emotional Exhaustion* (esaurimento emotivo) del Maslach Burnout Inventory (9 items) (Maslach, & Jackson, 1988)

per investigare il *burnout*, la Utrecht Work Engagement Scale (3-domande) (Schaufeli et al., 2017) per indagare il *coinvolgimento lavorativo*, il PHQ-2 (2-domande) (Arroll et al., 2010) per indagare la variabile *depressione* e la GAD-2 (2-domande) (Kroenke et al., 2007) per la variabile *ansia*.

Lo strumento PES -NWI, nella sua versione validata in lingua italiana (Zanini et al., 2022) è stato utilizzato, invece, per valutare la *qualità degli ambienti di lavoro* mentre le *cure mancate* sono state investigate utilizzando il MISSCARE Survey (13-domande) (Sist et al., 2017; Kalisch & Williams, 2009). Con il Pittsburgh Sleep Quality Index (1 item) si è investigata la *qualità del sonno* (Buysse et al., 1989), mentre una valutazione complessiva dello *stato di salute* è stata fornita dallo strumento SF-8 (1-domanda) (Ware et al., 2001).

Altri studi pubblicati in letteratura scientifica, sono stati presi a riferimento per formulare gli items utili ad indagare le altre variabili in studio, quali la *sicurezza del paziente* e la *qualità delle cure erogate* (Aiken et al., 2018, Sloane, 2018), i *livelli di staffing* ed il *workload infermieristico* (Aiken et al., 2002) e medico (Shanafelt et al., 2012; Shanafelt et al., 2016).

La compilazione richiedeva circa 20 minuti.

La raccolta dati è avvenuta nel periodo compreso tra giugno 2022 e luglio 2023.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando il software statistico Jamovi (Version 2.3.21) (The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>).

L'analisi dei dati ha previsto l'utilizzo di una statistica descrittiva. Le variabili quantitative sono state sintetizzate con indici di centralità e relativi indici di dispersione, mentre le variabili qualitative sono state sintetizzate con frequenza assoluta e relativa.

Considerazioni etiche

Il protocollo dello studio è stato sottoposto al parere del Comitato Etico Regione Liguria con conseguente approvazione (CER Liguria n.356/2021 del 24/05/2021). Gli infermieri esprimevano il loro consenso informato alla partecipazione allo studio.

RISULTATI

Il campione si componeva di N=3209 infermieri ospedalieri che esercitavano la loro professione in reparti di degenza; il 58.6 % (n=1879) nel nord Italia (Liguria, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna), il 27.1 % (n=871) nel Centro Italia (Lazio, Toscana, Umbria), mentre il 14.4% (n=459) in *Sud Italia ed isole* (Calabria, Puglia, Sardegna) (Tabella 1).

Nel dettaglio il 48.1% (n=1544) dei rispondenti

prestava servizio in area medica, il 27.2% (n=872) in area chirurgica, il 21.8% (n=700) in area critica, l' 1.9% (n=61) in area materno infantile ed infine, l'1% (n=32) in area mista medico-chirurgica. (Tabella 1). L'età media degli infermieri era 42.1 anni \pm 11.3, il campione era in prevalenza costituito da

femmine 73% (n=1932) e da professionisti infermieri in possesso della laurea triennale 59.2% (n=1568). L'anzianità media di esperienza lavorativa era pari a 17.2 anni \pm 11.2 (Tabella 2).

Tabella 1 – Aree di rnterimento geografico e clinico.

Area geografica	N (%)
Tutta Italia	3209 (100)
Nord Italia	1879 (58.6)
Centro Italia	871 (27.1)
Sud Italia ed Isole	459 (14.4)

Area clinica	N (%)
Tutte le aree cliniche	3209 (100)
Area medica	1544 (48.1)
Area chirurgica	872 (27.2)
Area mista medico-chirurgica	32 (1)
Area critica	700 (21.8)
Area materno-infantile	61 (1.9)

Benessere e burnout

Il 59% (n=1657) dei rispondenti si sentiva molto stressato a causa del proprio lavoro ed il 36% (n=1009) sentiva di non avere il controllo sul proprio carico di lavoro.

Da più di un terzo (40.2%; n=562) dei rispondenti alle domande del Maslach Burnout Inventory emergeva un livello elevato di esaurimento emotivo: principale indicatore di burnout.

Inoltre, dalle domande che indagavano la percezione del proprio benessere professionale emergeva che il 47.3% (n=1328) degli infermieri si sentiva stressato dal proprio lavoro e privo di energia, sebbene riferisse di non sentirsi in burnout.

Il 38.2% (n=533) del campione ha asserito di sentirsi emotivamente sfinito dal proprio lavoro una o più volte a settimana. Il 54.3% (n=378) degli infermieri di area medica ha asserito di sentirsi sfinito alla fine di una giornata lavorativa una volta a settimana o più, così come il 49% (n=192) degli infermieri di area chirurgica, il 42.7% (n=118) degli infermieri di area critica e il 68% (n= 17) degli infermieri di area materno-infantile.

Il 44.8% (n=825) del campione riferiva di

provare una volta a settimana o più, stanchezza al risveglio prima di affrontare un'altra giornata di lavoro.

Il 43.6% (n=1397) degli infermieri percepiva la presenza di burnout in alcuni colleghi, il 36.2% (n=1162) in molti.

Tra le possibili azioni importanti da mettere in campo per ridurre il burnout e migliorare il benessere degli operatori sanitari, i rispondenti indicavano l'aumento dei livelli di organico infermieristico (98.8%, n=2663), permettere agli operatori sanitari di lavorare al massimo delle loro competenze professionali (98.9%, n=2612), migliorare la comunicazione del team (98.6%, n=2655).

Rispetto al COVID-19, l'esposizione o la potenziale esposizione a pazienti COVID-19 determinava tra gli infermieri un elevato livello di stress in circa la metà dei rispondenti (46.4%; n=1406). In particolare, poco più di un quinto degli infermieri che aveva assistito nell'ultimo mese pazienti COVID-19 riferiva costante stato di allerta, cautela e/o spavento (21.7%; n=665) (Tabella 2).

Soddisfazione lavorativa e intenzione a lasciare l'ospedale

Poco più di un terzo degli infermieri rispondenti (38.3%; n=1229) riferivano insoddisfazione verso il loro attuale lavoro. I principali motivi di insoddisfazione riferiti dagli infermieri erano: lo stipendio (77.9%; n=2498); la mancanza di opportunità di avanzamento professionale (65.2%; n=2088) e il rimborso spese per la formazione professionale (66.8%; n=2137).

Alla domanda sulla possibilità di lasciare entro il prossimo anno l'impiego nell'ospedale a causa dell'insoddisfazione lavorativa, poco meno della metà degli infermieri rispondeva in modo affermativo (45.2%; n=1449) (Tabella 2).

Qualità del sonno e valutazione complessiva dello stato di salute

Con riferimento alla valutazione della qualità del sonno in generale, poco meno della metà dei rispondenti percepiva come scarsa o molto scarsa la propria qualità del sonno (46.5%; n=1409). Alla richiesta di valutare complessivamente il proprio stato di salute il 39.3% (n=1192) dei rispondenti asseriva di godere di un discreto stato di salute, il 16.4% (n=496) di uno stato di salute scarso/molto scarso (Tabella 2).

Ansia e Depressione

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia generalizzata che determina costante allerta con significativa riduzione della qualità di vita, l'indagine rilevava come un quarto degli infermieri rispondenti (26.9%; n=814) fosse a rischio di ansia (GAD-2 score: ≥ 3) e circa un quinto (23%; n=700) a rischio di depressione (PHQ-2 score: ≥ 3). Più nello specifico, per quanto concerne il disturbo d'ansia generalizzata, il 52.4% (n=1588) degli infermieri, nel corso delle 2 settimane precedenti alla compilazione della survey, aveva provato sensazioni di nervosismo, e/o ansia, e/o sentirsi al limite delle proprie possibilità per alcuni giorni, e analogamente, il 44.5% (n=1349) riferiva difficoltà a fermare o controllare le proprie preoccupazioni.

Per quanto riguarda, invece il rischio di depressione, il 53.9% (n=1555) degli infermieri, nel corso delle 2 settimane precedenti alla compilazione della survey, aveva provato, alcuni giorni, poco interesse e/o piacere nel fare le cose, così come il 47.8% (n=1449) si sentiva

giù di morale, e/o depresso, e/o inutile (Tabella 2).

Equilibrio tra lavoro e vita privata

Il 45.4% (n= 1457) dei rispondenti riteneva il lavoro non lasciasse abbastanza tempo per la propria vita personale e famigliare (Tabella 2).

Caratteristiche dell'ambiente di lavoro

Solo il 4.4% (n=123) valutava come eccellente la qualità complessiva del proprio ambiente di lavoro. Poco più di due quinti dei rispondenti (43.4%; n=1218) descriveva l'ambiente di lavoro della propria unità operativa come frenetico e caotico. Dall'indagine emergevano ulteriori aspetti critici riferiti all'ambiente di lavoro; in particolare, la maggior parte degli infermieri rispondenti indicava di sentirsi escluso dalla governance aziendale (65.6%; n=1842) e il disinteresse della direzione alle proprie preoccupazioni (79.2%; n=2194).

I presupposti per un'assistenza di qualità erano indicati come mancanti da circa la metà degli infermieri. Più in dettaglio, il 45.5% (n=1278) evidenziava la mancata applicazione della filosofia di cura centrata sulla persona, mentre l'assenza di un numero sufficiente di infermieri per offrire assistenza di qualità al paziente era riportato dal 69.4% degli infermieri (n=1948). Il 26.4% (n=741) riconosceva l'assenza di un buon rapporto di lavoro tra medici e infermieri e il 39.1% (n=1098) la mancanza di rispetto dei medici verso la professionalità degli infermieri. Il 58.4% (n=1640) degli infermieri rispondenti riteneva che i propri valori professionali non fossero allineati con quelli della direzione e il 25.7% (n=720) che il team clinico di cui era parte non lavorasse in modo efficiente (Tabella 2).

Il 40.8% (n=1307) non raccomanderebbe a colleghi il proprio ospedale come un buon posto dove lavorare.

Rapporto infermiere-pazienti e carico di lavoro

Il dato complessivo sullo staffing per l'area medica e chirurgica era complessivamente pari a 8.1 [3.50-15.56] pazienti per singolo infermiere. Il range interquartile è ricompreso tra 6.8 e 8.7 (Tabella 2 e Grafico 1). Gli infermieri lavoravano mediamente 36.9 ± 4.33 ore in una settimana.

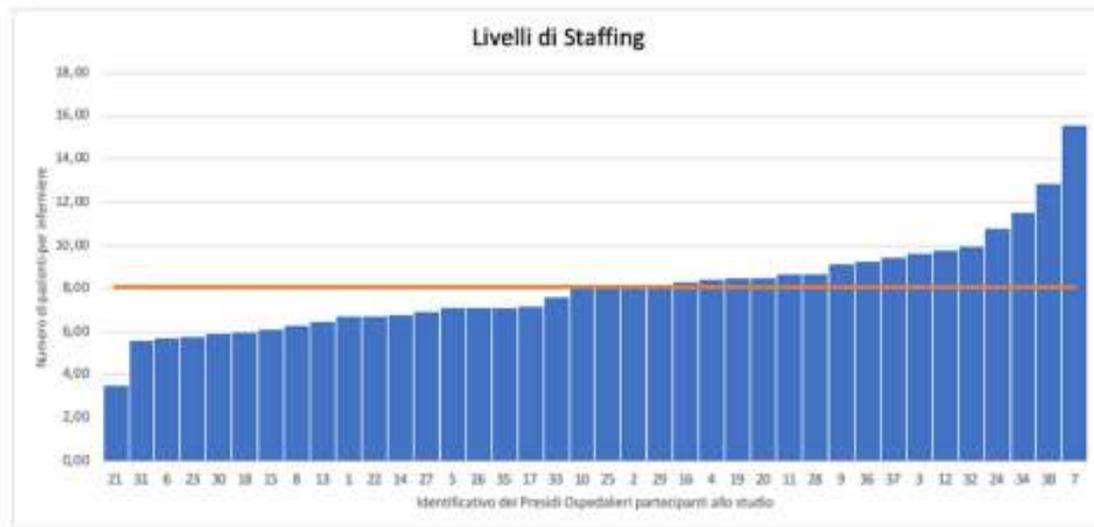


Grafico 1 – Livelli di Staffing per Presidio Ospedaliero.

Qualità e sicurezza delle cure

Complessivamente la sicurezza del paziente in ospedale era percepita come "eccellente" solo dal 3.2% (n=91) degli infermieri rispondenti.

Il 59% (n=1655) dei rispondenti riferiva di discutere, con il team, strategie per evitare che gli errori si ripetessero, ma il 45.1% (n=1267) riteneva che i propri errori fossero usati contro di loro. Solamente il 27.7% (n=777) dei rispondenti asseriva che le azioni della direzione dimostrassero che la sicurezza del paziente fosse la massima priorità. Dal 36.2% (n=1014) delle risposte emergeva che le informazioni importanti sulla cura del paziente erano spesso perse durante i cambi di turno (Tabella 2). Il 33.7% (n=944) degli infermieri rispondenti non consiglierebbe il proprio ospedale a parenti e/o amici se avessero bisogno di cure ospedaliere.

Cure mancate

Il motivo prevalente che determinava cure mancate o ritardate era il personale insufficiente (50%; n=1404). Le principali 5 cure mancate erano la *mobilizzazione del paziente* (51.6%; 645); lo *sviluppo/aggiornamento dei piani assistenziali* (51.4%; n=643); *educazione al*

paziente/famiglia (50.6%; n=634); *igiene orale* (50.2%; n=629); *confort per il paziente* (49%; n=614)(Grafico 2). Le missed care si verificano prevalentemente al mattino (Grafico 3). In base al turno è stato possibile individuare quali erano le cure mancate più frequenti: al mattino lo *sviluppo o aggiornamento dei piani di cura infermieristici/percorsi di cura* è stato mediamente disatteso nel 20.3% delle volte (n=251), la *frequente mobilizzazione del paziente allettato* è mancata nel 19.7% dei casi (n=243), così come *l'informazione ed educazione sanitaria a pazienti e familiari* nel 19.7% delle volte (n=240) è venuta meno. Durante il turno pomeridiano si tende invece a tralasciare l'*igiene orale* (14.1%, n=174), la *frequente mobilizzazione del paziente allettato* (13.4%, n=165) e lo *sviluppo o aggiornamento dei piani di cura infermieristici/percorsi di cura* (13.2%, n=163). La *frequente mobilizzazione del paziente allettato* (17%, n=210) e l'*igiene orale* (16.2%, n=200) sono le attività che durante la notte vengono prevalentemente tralasciate. Come si evince dal Grafico 3, il turno di giornata di 12 ore evidenziava una minore frequenza nel verificarsi di missed care.

Tabella 2 – Variabili considerate nello studio.

Variabile	Tutte le aree cliniche	Area clinica				
		Medica	Chirurgica	Misto medico-chirurgica	Critica	Materno-infantile
Caratteristiche del campione						
Età in anni, media ± DS	42.2±11.3	41.7±11.7	43.5±11.1	43.6±10.8	41.5±12.4	39.3±10.8
Femmine, n (%)	1932 (73)	967 (36.5)	139 (19.9)	23 (0.8)	382 (14.4)	44 (1.7)
Assistenza di servizio in anni, media (SD)	17.2±11.3	16.8±11.8	18.3±11.1	29.1±11.3	16.6±10.2	18.3±10.7
Laurea triennale	2568 (92.1)	749 (28.3)	430 (15.5)	12 (0.5)	362 (13.7)	35 (1.3)
Exit sugli infermieri						
Alto livello di burnout ² , n (%)	542 (40.2)	306 (43.8)	236 (29.9)	2 (28.6)	87 (31.3)	11 (44)
Job dissatisfaction, n (%)	1229 (58.3)	635 (41.2)	364 (34.9)	15 (46.9)	241 (54.4)	32 (52.5)
Intention to leave, n (%)	1449 (43.2)	699 (45.9)	396 (40.1)	30 (62.3)	309 (64.1)	45 (57.4)
A rischio di disturbo d'ansia generalizzato ³ , n (%)	814 (28.8)	38 (28.1)	234 (27.1)	8 (26.7)	139 (30)	21 (26.8)
A rischio di depressione ⁴ , n (%)	700 (23.1)	258 (24.3)	191 (23.1)	8 (26.7)	123 (28.5)	20 (25.1)
Scarsa o molto scarsa qualità del lavoro, n (%)	1409 (44.3)	694 (47.4)	375 (45.7)	14 (33.8)	292 (63.9)	31 (36.1)
Scarsa o molto scarsa stato di salute, n (%)	486 (16.4)	257 (17.4)	135 (16.1)	2 (6.7)	82 (18.8)	10 (12.5)
Ambiente di lavoro						
Ambiente di lavoro di scarsa qualità, n (%)	449 (15.8)	225 (16.7)	115 (15.2)	1 (16.7)	85 (18.7)	15 (18)
Ambiente di lavoro frenetico e caotico, n (%)	1218 (42.4)	595 (44.1)	351 (46.8)	9 (32.3)	222 (55.7)	37 (46)
PCS-MW						
¹ <i>Carex nel coinvolgimento degli infermieri nella governance aziendale</i>						
La direzione non ascolta e non risponde alle preoccupazioni degli infermieri, n (%)						
	2134 (78.2)	318 (17)	597 (78.7)	24 (85.7)	499 (78.8)	45 (59)
Gli infermieri non sono coinvolti nella governance interna dell'ospedale, n (%)						
	1842 (65.4)	849 (53)	507 (66.8)	18 (64.3)	423 (68)	45 (58)
² <i>Carex nei processi per la qualità dell'assistenza</i>						
In ambito clinico non è applicata la filosofia di "zero errore al paziente", n (%)						
	1279 (45.5)	591 (43.8)	381 (47.6)	18 (57.1)	287 (66.1)	23 (46)
Non c'è la libertà di prendere decisioni importanti sulla cura del paziente e sull'organizzazione del lavoro, n (%)						
	1433 (51.2)	702 (51.1)	483 (60.5)	19 (67.9)	296 (67.4)	34 (64)
³ <i>Carex nella capacità, leadership e supporto del responsabile infermieristico</i>						
Il coordinatore non è un buon manager e leader, n (%)						
	728 (25.9)	341 (25.3)	187 (24.6)	10 (35.7)	142 (36)	28 (34)
⁴ <i>Carex nell'esperienza della produttività e della ricerca</i>						
Il personale infermieristico non è sufficiente per portare a termine il lavoro, n (%)						
	1090 (39.8)	368 (27.4)	509 (73.4)	24 (85.7)	394 (93.3)	45 (60)
Non è presente un numero sufficiente di infermieri per offrire assistenza di qualità al paziente, n (%)						
	1948 (68.4)	949 (69.9)	640 (71.8)	21 (75)	378 (86.8)	46 (60)
⁵ <i>Carex nelle relazioni tra medici e infermieri</i>						
Tra infermieri e medici non c'è lavoro di squadra						
	1128 (39.4)	544 (40.4)	342 (45.1)	12 (42.9)	188 (44.4)	31 (42)
Medici e infermieri non hanno buoni rapporti di lavoro						
	741 (26.4)	345 (25.4)	238 (31.4)	9 (32.3)	127 (30.4)	22 (40)
I medici non rispettano gli infermieri come professionisti						
	1098 (39.1)	481 (35.7)	338 (47.2)	15 (53.6)	215 (48.8)	29 (38)
Staffing						
Rapporto infermiere/pazienti						
	1:3 (1.50-1.56)					
Qualità e sicurezza delle cure						
Non eccellente qualità dell'assistenza erogata al paziente, n (%)						
	2732 (96.4)	1304 (96.7)	728 (95.8)	28 (100)	680 (96.3)	50 (100)
Non eccellente sicurezza delle cure erogate al paziente, n (%)						
	2713 (96.8)	1307 (97)	711 (96.3)	28 (100)	682 (96.8)	47 (64)

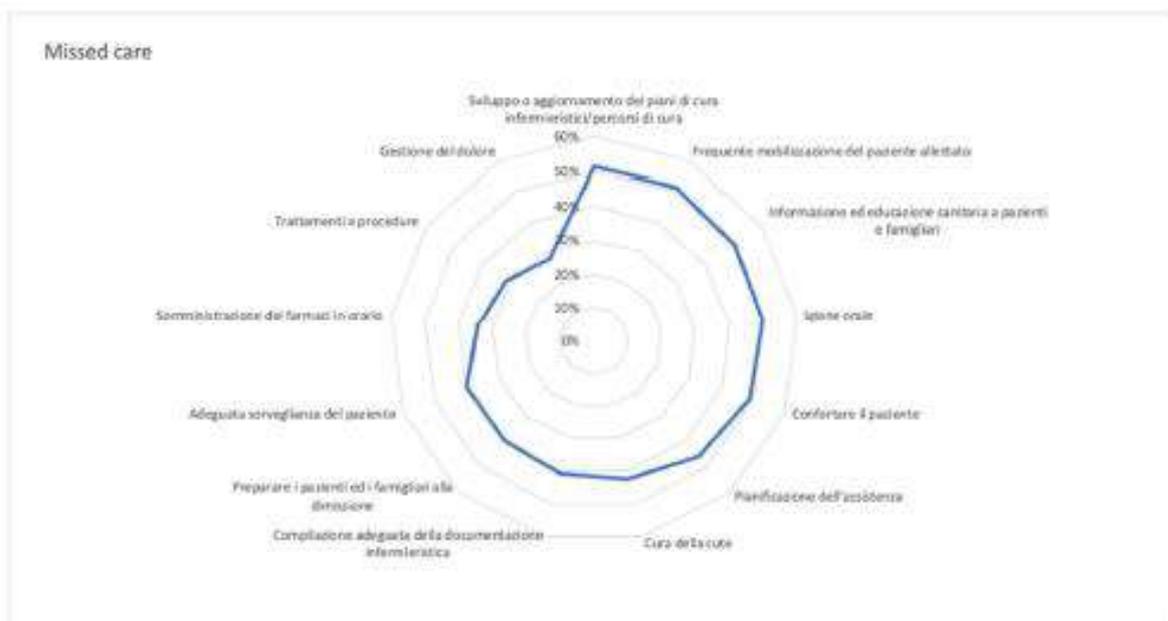


Grafico 2 – Missed Care.

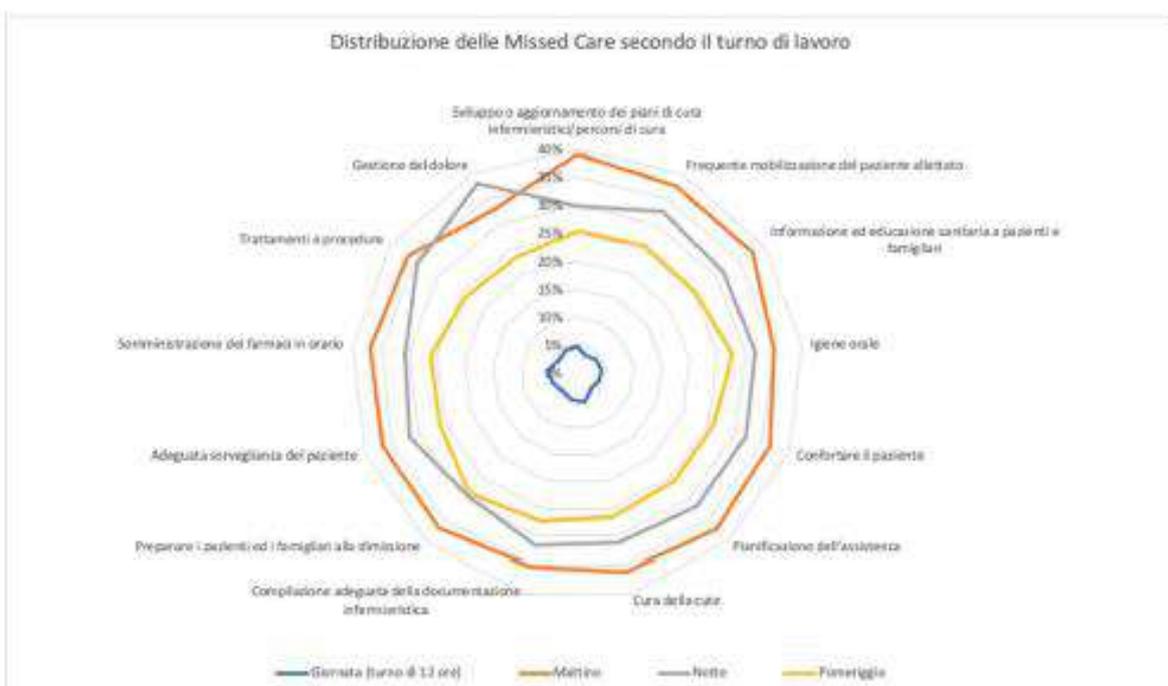


Grafico 3 – Missed Care e turni di lavoro.

DISCUSSIONE

Prima della pandemia di COVID-19, le condizioni di lavoro degli infermieri negli ospedali erano estremamente difficili. Secondo uno studio condotto da French et al. (2022), un'alta percentuale di infermieri ospedalieri si sentiva esausta, insoddisfatta del proprio lavoro e aveva intenzione di abbandonare la professione entro un anno. Inoltre, gli stessi infermieri valutavano negativamente la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza all'interno di tali contesti.

In Italia, lo studio RN4CAST, condotto nel 2015 da Sasso et al. (2016), analizzava l'assistenza infermieristica, la qualità e la sicurezza delle cure negli ospedali italiani prima della pandemia da Covid-19. Questo studio evidenziava diverse criticità, tra cui la carenza di personale, l'omissione di cure necessarie e problemi legati alla qualità e alla sicurezza delle cure, oltre a elevati livelli di burnout e di intenzione a lasciare l'ospedale presso il quale lavoravano gli infermieri rispondenti.

Successivamente all'indagine RN4CAST, altri studi internazionali si sono concentrati sull'impatto fisico ed emotivo della pandemia sugli operatori sanitari (Al Maqbali et al., 2021; Ruiz-Fernandez et al., 2020; Lake et al., 2021) e hanno descritto dettagliatamente le sfide affrontate dalla professione durante la pandemia (Denny-Brown et al., 2020; Behrens & Naylor, 2020).

Già prima della pandemia, era evidente un aumento dell'intenzione di abbandonare la professione tra un'importante percentuale di infermieri. Uno studio condotto da Sasso et al. (2019) ha rivelato che il 35.5% degli infermieri desiderava lasciare il proprio lavoro, e di questi, il 33.1% intendeva abbandonare la professione infermieristica. I fattori favorevoli erano stati identificati nella carenza di personale, l'esaurimento emotivo, la scarsa sicurezza dei pazienti, la fornitura di cure non infermieristiche e il fatto di essere di sesso maschile.

L'evento pandemico ha reso ancora più significativo e preoccupante questo fenomeno: attualmente, quasi la metà degli infermieri (42.4%) lascerebbe entro un anno il lavoro nell'ospedale in cui lavora a causa dell'insoddisfazione lavorativa. Le principali cause di insoddisfazione sono l'inadeguatezza dello stipendio e la mancanza di opportunità di avanzamento professionale. L'insoddisfazione lavorativa è un problema che colpisce oltre un terzo degli infermieri (35.9%).

L'adeguatezza dei livelli di personale infermieristico, che influisce sul carico di lavoro e sulla possibilità di fornire cure sicure e di qualità, è un fattore determinante per la soddisfazione professionale degli infermieri. Rappresenta, inoltre, una condizione

essenziale per contrastare il fenomeno delle cure non prestate che minacciano la sicurezza dei pazienti. Un rapporto elevato tra pazienti e infermieri è associato a un maggior numero di cure non prestate negli ospedali (Ball et al., 2018) e a risultati peggiori sia per i pazienti che per gli infermieri stessi (Aiken et al., 2002; Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2018; Carthon et al., 2021; Lasater et al., 2020).

Come facilmente intuibile, le cure mancate, intese come qualsiasi aspetto dell'assistenza richiesta al paziente che viene omesso o ritardato, sono strettamente correlate alla sicurezza dei pazienti e alla qualità dell'assistenza. Questo problema è stato identificato, inoltre come un fattore che impatta sulla relazione tra il personale infermieristico e gli esiti per i pazienti. Le probabilità che l'assistenza non venga prestata sono dimezzate quando gli infermieri assistono sei pazienti anziché dieci (Ball et al., 2016).

Nello studio RN4CAST italiano, le attività di assistenza al paziente maggiormente non prestate (con una media del 41%) includevano l'igiene orale, il cambio frequente della posizione del paziente, il comfort e la comunicazione con il paziente, l'educazione del paziente e della famiglia, lo sviluppo o l'aggiornamento del piano di assistenza, la sorveglianza adeguata del paziente e la pianificazione dell'assistenza.

In epoca pandemica, il fenomeno delle cure non prestate persiste ed è attribuito principalmente alla carenza di personale infermieristico (49.2% dei casi). Questo si riflette nella mancata pianificazione o aggiornamento dei piani assistenziali (52.2%), nella mancata mobilitazione del paziente (52.1%), nella mancata educazione al paziente e alla famiglia (51.9%), nell'igiene orale non effettuata (51.6%) e nella mancanza di azioni mirate per garantire il comfort del paziente (49%).

Gli infermieri italiani tendono, quindi, a trascurare principalmente le attività relazionali, comunicative, educative e di pianificazione, che invece sono elementi distintivi della professione infermieristica.

Tutti questi aspetti, principalmente derivati dalla carenza di personale infermieristico, creano un terreno fertile per lo sviluppo della sindrome del burnout. Questo si manifesta attraverso sentimenti di grande stress legati al lavoro e al senso di mancanza di controllo sul carico di lavoro. Più di un terzo degli infermieri italiani presenta un elevato esaurimento emotivo, che è un indicatore principale del burnout (Naldi et al., 2021; Sasso et al., 2017).

L'ultimo rapporto della National Academy of Medicine intitolato "Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being" (National Academies

of Sciences, Engineering, National Academy of Medicine, & Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being, 2019) ha concluso che la chiave per affrontare il burnout clinico è lo sviluppo di un buon ambiente di lavoro. Il rapporto evidenzia che i clinici continuano ad affrontare carichi di lavoro eccessivi, calo dell'autonomia, cattiva gestione, sistemi di documentazione elettronica mal implementati, guasti sistemici che richiedono soluzioni alternative ed eccessiva burocrazia. Negli ospedali italiani, gli ambienti di lavoro infermieristico sono frequentemente caratterizzati da frenesia e caos; gli infermieri sono spesso esclusi dalla governance aziendale, e gli organi direzionali sembrano disinteressarsi alle loro preoccupazioni. Questi ambienti mancano spesso dei requisiti necessari per offrire un'assistenza di qualità, come l'applicazione della filosofia di cura centrata sulla persona, la presenza di un numero sufficiente di infermieri per garantire un'assistenza di qualità, un buon rapporto di lavoro tra medici e infermieri e il rispetto della professionalità degli infermieri.

Limiti dello studio

Il nostro studio presenta alcune limitazioni da considerare. Innanzitutto, gli ospedali partecipanti non sono stati scelti in modo casuale, e la partecipazione volontaria degli infermieri introduce il rischio che il campione potrebbe non rappresentare accuratamente l'intera popolazione. Inoltre, il campione era in maggioranza costituito da rispondenti del nord Italia limitando la possibilità di generalizzare i risultati. Il numero elevato di domande del questionario potrebbe aver influito negativamente sulla partecipazione dei soggetti allo studio.

Inoltre, va notato che il sistema elettronico utilizzato per raccogliere i dati non ci ha permesso di identificare singoli rispondenti, il che significa che potrebbe esserci stata la possibilità che la stessa persona abbia compilato il sondaggio più volte.

Nella valutazione della *qualità delle cure* e della *sicurezza dei pazienti*, c'è da considerare che essi sono dipesi dai resoconti degli infermieri e dei pazienti anziché valutati utilizzando misure oggettive da fonti indipendenti.

Sebbene la variabile *intention to leave* sia stata valutata con una singola domanda, secondo Aiken et al. (2012), questa variabile può essere considerata un indicatore affidabile del turnover effettivo.

Per quanto riguarda le *cure mancate*, dato che si basava su un'autovalutazione degli infermieri, potrebbe avere determinato il rischio di sovra o sottovalutazione delle cure mancate. Tuttavia, è importante notare che questo strumento di

valutazione delle cure mancate è validato e ampiamente utilizzato a livello internazionale, permettendo una comprensione strutturata del fenomeno cure mancate.

CONCLUSIONI

Grazie a questo studio e al confronto con studi condotti in epoca pre-pandemica, è possibile valutare l'impatto che la pandemia di COVID-19 ha avuto sulle condizioni di lavoro degli infermieri, sugli esiti professionali, sulla sicurezza dei pazienti e sulla qualità dell'assistenza. Questa valutazione evidenzia l'ampia portata delle azioni politiche necessarie per affrontare questi problemi di lunga data nel settore sanitario. La pandemia di COVID-19 ha evidenziato problematiche di lunga data che minacciano la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria a livello globale. I risultati di vari studi hanno dimostrato che gli infermieri negli ospedali italiani hanno riportato condizioni di lavoro precarie, un alto tasso di esaurimento emotivo e una scarsa sicurezza dei pazienti e qualità dell'assistenza già presenti nel periodo pre-pandemico, ma ulteriormente aggravate dalla pandemia di COVID-19. Questi risultati evidenziano criticità presenti nel nostro sistema sanitario che richiedono azioni mirate. Affrontare i problemi nell'ambito dell'assistenza sanitaria richiede un impegno sia politico che manageriale. È necessario adottare interventi urgenti negli ambienti di cura al fine di trattenere il personale e migliorare la soddisfazione professionale. Questa è una condizione fondamentale per garantire un'assistenza sicura, efficace e di alta qualità, contribuendo così al successo complessivo del sistema sanitario.

Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Lo studio è stato co-finanziato dalla Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri (FNOPI).

Gruppo collaborativo Studio Bene

Cesar Ivan Aviles Gonzalez - A.O.U. Cagliari
Bruno Cavaliere – Ospedale Policlinico San Martino Genova
Isabella Cevasco – Ente Ospedali Galliera, Genova
Monica Cirone - ASL2 Savonese
Graziella Costamagna - A.O. Ordine Mauriziano Torino
Antonella Croso - ASL Biella
Antonello Cuccuru - Azienda Tutela Salute

Sardegna Zona Centro Nuoro
 Maria Elisena Focati - ASL Alessandria
 Carmelo Gagliano - ASL3 Genovese
 Silvana Giroldi - ASL4 Chiavarese
 Francesca Ibba - Azienda Tutela Salute
 Sardegna Zona Nord Sassari Olbia e ASL
 Medio Campidano
 Mauro Carmine Martucci - ASL Bari
 Paolo Carlo Motta - Università Brescia
 Franco Piu - ASL5 La Spezia
 Nicola Ramacciati - A.O. Perugia
 Monica Scateni - A.O.U. Pisana
 Gennaro Scialò - ASL Frosinone
 Silvio Simeone - A.O.U. Mater Domini
 Catanzaro
 Alfonso Sollami - A.O.U. Parma

BIBLIOGRAFIA

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Barnes, H., Cimiotti, J. P., Jarrin, O. F., & McHugh, M. D. (2018). Nurses' and patients' appraisals show patient safety in hospitals remains a concern. *Health Affairs*, 37(11). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0711>.

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... Van Achterberg, T. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7). <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931). [https://doi.org/10.1016/S0140-8736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-8736(13)62631-8).

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12). <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5). <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16). <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>.

Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 141, 110343. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>.

Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., ... & Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *The Annals of Family Medicine*, 8(4), 348-353. Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., Falloon, K., & Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of family medicine*, 8(4), 348-353. <https://doi.org/10.1370/afm.1139>.

Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 72(9), 2086-2097. <https://doi.org/10.1111/jan.12976>.

Bambi, S., Iozzo, P., Rasero, L., & Lucchini, A. (2020). COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 39(5), 239-241. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>.

Behrens, L. L., & Naylor, M. D. (2020). "We are Alone in This Battle": A Framework for a Coordinated Response to COVID-19 in Nursing Homes. *Journal of aging & social policy*, 32(4-5), 316-322. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1773190>.

Brooks Carthon, J. M., Hatfield, L., Brom, H., Houton, M., Kelly-Hellyer, E., Schlak, A., & Aiken, L. H. (2021). System-Level Improvements in Work Environments Lead to Lower Nurse Burnout and Higher Patient Satisfaction. *Journal of nursing care quality*, 36(1), 7-13. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000475>.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).

Denny-Brown, N., Stone, D., Hays, B., & Gallagher, D. (2020). COVID-19 intensifies nursing home workforce challenges. US Department of Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation Behavioral Health, Disability, and Aging Policy.

French, R., Aiken, L. H., Fitzpatrick Rosenbaum, K. E., & Lasater, K. B. (2022). Conditions of Nursing Practice in Hospitals and Nursing Homes Before COVID-19: Implications for Policy Action. *Journal of nursing regulation*, 13(1), 45-53. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(22\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(22)00033-3).

Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing

Disponibile online dal 6 dicembre 2023

M. Cecconi, C.D. Spies, R. Moreno

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07268-5>

Negli ultimi decenni, la classica distribuzione della piramide dell'età si è invertita nella maggior parte dei Paesi europei. Di conseguenza, un numero minore di persone in età lavorativa può lavorare nel settore sanitario o sostenere finanziariamente la causa sociale (compresa l'assistenza sanitaria) del crescente numero di persone che invecchiano [1]. La combinazione di calo delle nascite e aumento della durata della vita sta accelerando questi spostamenti demografici in Europa. Queste tendenze si traducono, nella maggior parte dei Paesi europei, in un aumento dei costi sanitari. Ciò si applica ovviamente all'unità di terapia intensiva (ICU) e crea opportunità e sfide.

Il cambiamento demografico comporterà anche un aumento dell'assistenza sanitaria nella comunità, anche a domicilio, con il monitoraggio remoto e l'assistenza domiciliare che diventeranno parte dei sistemi sanitari integrati. Ciò sarà necessario per fornire assistenza dove necessario, soprattutto per investire nella prevenzione delle malattie e nella gestione delle patologie croniche. Sebbene questi cambiamenti siano benvenuti, gli ospedali e i budget per le terapie intensive si troveranno a competere con questi cambiamenti nell'allocazione delle risorse.

Anche i Paesi ricchi di risorse devono considerare di bilanciare i costi di interventi come la fornitura di cure intensive in modo adeguato e appropriato, considerando i benefici per gli individui e la società. In questo senso, l'assistenza sanitaria deve essere vista come un continuum; ad esempio, piuttosto che espandere la capacità dei servizi sanitari di trattare una malattia, dovremmo impegnarci a prevenirla e/o a riconoscerla e trattarla precocemente. La recente pandemia di coronavirus 2019 (COVID-19) ha dimostrato che la riduzione delle infezioni gravi da COVID-19 con le vaccinazioni e le misure di salute pubblica è stata più efficace e sostenibile rispetto all'aumento della capacità di terapia intensiva durante i focolai incontrollati [2, 3].

Questo non deve sorprendere. I tassi di mortalità infantile sono diminuiti in modo significativo nell'ultimo secolo grazie alla diffusione delle vaccinazioni e delle misure di sanità pubblica. La sepsi è un esempio di come i dirigenti dell'unità di terapia intensiva debbano collaborare con la sanità pubblica e i responsabili politici per prevenire, riconoscere e trattare meglio la sepsi prima del ricovero, nelle prime ore di ricovero e infine in terapia intensiva.

Per creare questo continuum di cure, è necessario anche intensificare gli sforzi per seguire e aiutare a riabilitare i pazienti (e le loro famiglie) dopo la malattia critica, consentendo loro di tornare a una buona qualità di vita e, se possibile, a un ruolo produttivo nella società.

In tempi di turbolenze economiche e geopolitiche, la gestione dei budget ridotti in alcuni Paesi europei può diventare sempre più complessa. L'adozione di nuovi farmaci e tecnologie è necessaria, ma in presenza di budget limitati deve competere per l'allocazione dei fondi con la retribuzione del personale, incidendo sull'attrattività delle professioni sanitarie e aggravando lo squilibrio tra domanda e risorse. Gestire l'assistenza sanitaria in Paesi in cui i bilanci sono già ridotti in percentuale del prodotto interno lordo (PIL) può essere impegnativo, soprattutto quando la spesa per i farmaci è in continuo aumento a causa dell'incremento della resistenza antimicrobica o di nuovi agenti biologici. È per questo che dobbiamo considerare l'assistenza sanitaria come un continuum. Per affrontare la sfida della resistenza antimicrobica, è necessario un approccio sistemico che prenda in considerazione tutti gli aspetti del consumo di farmaci, dall'industria alimentare alle pratiche di prescrizione.

È fondamentale utilizzare approcci basati sui dati per aumentare l'efficienza delle unità di terapia intensiva e garantire la sostenibilità a lungo termine. Ad esempio, dopo un duro lavoro di strutturazione e annotazione dei dati utilizzando una terminologia concordata, prerequisito per l'utilizzo dell'intelligenza artificiale (AI), il monitoraggio dei dati in tempo reale sarà in grado di perfezionare la previsione delle risorse necessarie nella domanda di terapia intensiva e di aiutare a pianificare e allocare le risorse di conseguenza e in modo flessibile.

Domanda e offerta, impatti locali e globali e necessità di nuove soluzioni dirompenti

Uno squilibrio nell'allocazione delle risorse sanitarie ha impatti globali e locali. La persistente carenza di professionisti della sanità rappresenta una sfida scoraggiante. Questa carenza ha portato a una tendenza preoccupante: i Paesi che offrono pacchetti retributivi più vantaggiosi attraggono operatori sanitari da regioni con tabelle retributive meno competitive. La migrazione degli operatori sanitari dal Sud e dall'Est verso i Paesi dell'Europa centrale e settentrionale è diventata una realtà di lunga data, un fenomeno considerato in modo diverso a seconda della prospettiva [4, 5]. In risposta a questa situazione, alcune nazioni europee si sono rivolte al reclutamento globale, in particolare dai Paesi a

basso e medio reddito, per soddisfare il proprio fabbisogno di personale sanitario. È essenziale notare che la carenza di personale sanitario in Europa può essere affrontata in modo sostenibile migliorando le condizioni di lavoro locali, sviluppando nuovi ruoli professionali e utilizzando le nuove tecnologie.

Non sempre assegnare più compiti ai tecnici sanitari è l'idea migliore.

Oberarli di ulteriori responsabilità potrebbe abbassare la qualità dell'assistenza fornita e compromettere gli standard di formazione. Pertanto, è fondamentale bilanciare il loro carico di lavoro per garantire un'assistenza olistica e completa ai pazienti. Questo vale per qualsiasi professione sanitaria. Anche se le nuove tecnologie possono contribuire alla sostenibilità economica, i beni più preziosi di ogni terapia intensiva sono le sue équipes, tra cui medici, infermieri, fisioterapisti, farmacisti e molti altri membri del team che lavorano nell'assistenza sanitaria. È essenziale valorizzare e preservare la loro competenza e il loro benessere e definire i periodi di interazione comunicativa per migliorare la sicurezza dei pazienti.

Le unità di terapia intensiva con risorse limitate stanno esplorando soluzioni come la telemedicina e l'intelligenza artificiale. Durante la pandemia, la telemedicina ha permesso alle unità specializzate di assistere efficacemente gli ospedali più piccoli nei casi urgenti e ha fornito competenze traslazionali basate sull'evidenza [6]. Se combinata con l'apprendimento misto e la collaborazione tra ospedali regionali, la telemedicina può migliorare la qualità delle cure e ridurre i costi. Sta diventando essenziale anche per il monitoraggio a lungo termine dei pazienti, comprese le procedure diagnostiche tempestive e la gestione della sindrome post-intensiva. La telemedicina per la raccolta di dati di routine attraverso le Patient-Reported Outcome Measures (PROM) e le Patient-Reported Experience Measures (PREM) si è dimostrata promettente nella gestione delle patologie croniche. Allo stesso modo, potrebbe migliorare l'assistenza a lungo termine in terapia intensiva [7]. Inoltre, grazie all'empowerment europeo e globale degli operatori sanitari che applicano ovunque la medicina basata sulle evidenze, è uno strumento per ridurre le disuguaglianze.

L'industria sanitaria sta vivendo una trasformazione con l'introduzione di tecnologie avanzate come la robotica in chirurgia e le consultazioni pre-ospedaliere gestite dall'intelligenza artificiale. Tuttavia, è fondamentale valutare a fondo l'impatto di queste tecnologie sui risultati e sulla sicurezza dei pazienti prima di implementarle. La semplice adozione di tecnologie moderne non si traduce automaticamente in risultati migliori per i pazienti [8].

Il campo dell'IA si sta evolvendo rapidamente ed è giunto il momento di accoglierla in terapia intensiva. Tuttavia, non possiamo utilizzare appieno l'IA nel processo decisionale in ambito sanitario, che si basa su vasti database, se non acceleriamo l'adozione delle cartelle cliniche elettroniche (EHR) nelle aree in cui non sono ancora disponibili. Inoltre, è essenziale creare data lake interconnessi che formino una rete federata a livello europeo. Questo sforzo di collaborazione consentirà di utilizzare le evidenze in tempo reale nelle unità di terapia intensiva, di identificare le lacune della ricerca e, in ultima analisi, di migliorare la sicurezza dei pazienti. Sebbene l'assistenza automatizzata richieda ancora tempo, i dispositivi remoti indossabili e i sistemi di monitoraggio interconnessi possono essere implementati in modo preventivo, monitorando i pazienti dopo la dimissione dall'unità di terapia intensiva, rilevando i problemi e identificando la necessità di un'assistenza potenziata.

Per garantire la sostenibilità economica delle nostre unità di terapia intensiva, potrebbe essere necessario adottare queste tecnologie prima, piuttosto che dopo, per processi ben studiati, come i protocolli di svezzamento, i pacchetti di cura, i cambiamenti nella distribuzione delle ore di lavoro, ecc. Questo potrebbe essere tempo libero ora dedicato a compiti burocratici, che potrebbe essere invece dedicato ai pazienti e alle famiglie, migliorando la soddisfazione percepita da pazienti e famiglie e dai nostri operatori sanitari e riducendo il loro burnout e il turnover [9]. Ciò richiede un lavoro ponte a tempo pieno tra la medicina e l'informatica medica, migliorando la struttura e l'annotazione dei dati sulla base di una terminologia chiaramente definita, sapendo che questo passaggio richiede molto tempo. Solo se questo passo è stato compiuto, i dati possono essere utilizzati nell'IA, nella routine clinica e nella scienza dei dati per colmare le lacune esistenti. Ci sarà sempre più bisogno di nuove figure professionali per guidare questa rivoluzione e di medici con competenze ingegneristiche e viceversa [10].

È essenziale trovare nuove soluzioni dirompenti e coinvolgere le giovani generazioni in questi dibattiti [11]. Questo è importante dal punto di vista dei pazienti e delle famiglie, degli operatori sanitari e della società. I cambiamenti generazionali nei valori e negli atteggiamenti, in particolare con la generazione Z e i millennial, stanno cambiando tutti gli aspetti delle nostre società e del sistema sanitario, scambiando la possibilità di guadagnare di più con la qualità della vita e il tempo per la famiglia. Piuttosto che combatterlo, dovremmo abbracciarlo e utilizzare la tecnologia, la ricerca e i nuovi metodi di lavoro per adattarci a questi cambiamenti nei valori della vita. L'ottimizzazione dell'efficienza sanitaria deve essere inserita nei modelli operativi delle unità di terapia intensiva per garantire la futura sostenibilità economica senza compromettere la qualità e le recenti tendenze consolidate, come la sostenibilità ambientale.

Complessità dei sistemi e sostenibilità

Affrontare gli squilibri tra domanda e offerta è fondamentale, ma è altrettanto importante considerare la sostenibilità dei sistemi sanitari. Ciò implica non solo la gestione delle risorse, ma anche considerazioni tecnologiche e ambientali. In concomitanza con l'aumento della domanda di terapia intensiva e la crescente gravità della malattia nei pazienti ricoverati in terapia intensiva, abbiamo assistito a un enorme progresso tecnologico e a un'evoluzione delle cure basate sull'evidenza. L'assistenza a pazienti più gravemente malati con cure avanzate fa lievitare i costi [12] non solo a causa delle nuove tecnologie. Le tecnologie avanzate e l'implementazione di raccomandazioni assistenziali basate

sull'evidenza richiedono competenze specialistiche e formazione da parte del personale medico. Questi costi del personale contribuiscono in modo significativo ai costi delle unità di terapia intensiva in Europa [13], ma sono anche i fattori più importanti per una futura riorganizzazione sostenibile della medicina in Europa. Questi miglioramenti saranno probabilmente efficaci dal punto di vista dei costi per la società, ma potrebbero comportare costi immediati aggiuntivi. I programmi di finanziamento devono tenerne conto per garantire che questi cambiamenti siano sostenibili.

Inseriti in complessi ecosistemi ospedalieri, dobbiamo anche reinventare i flussi di lavoro delle unità di terapia intensiva e le forniture energetiche per le energie rinnovabili, la riduzione dei rifiuti e il riciclaggio [14, 15].

Dobbiamo lavorare per realizzare la visione di ospedali completamente autosufficienti, con una capacità di posti letto ridotta ma con letti in grado di gestire in modo flessibile l'acuità, passando da un'intensità di cura bassa a una alta e viceversa, quando necessario. I pazienti rimarranno in ospedale solo quando è necessaria un'assistenza acuta. In tutta Europa, è necessaria la solidarietà tra regioni ad alte e basse risorse per garantire un'ampia implementazione di un'assistenza ecologica e di alta qualità in terapia intensiva. Inoltre, possiamo imparare da altri Paesi che la telemedicina consente di effettuare molti interventi medici vicino agli ospedali, negli alberghi o persino a casa. Inoltre, i letti delle unità di terapia intensiva e dei normali reparti ospedalieri richiedono altri ambienti per consentire l'auto-guarigione supportata dall'intelligenza artificiale. Le risorse devono essere bilanciate nei prossimi anni per consentire la gestione di questo cambiamento.

Benchmarking e assistenza economicamente vantaggiosa

Data la maggiore complessità dell'assistenza in terapia intensiva, le unità di terapia intensiva devono considerare gli obiettivi a lungo termine, come la ricerca, l'impegno pubblico e la sostenibilità, e portare questi argomenti in un forum che richiede la partecipazione attiva della società.

Le misurazioni dei processi e dei risultati delle unità di terapia intensiva sono fortemente raccomandate nel contesto di un'assistenza sanitaria continua. La sostenibilità dell'unità di terapia intensiva è completamente interconnessa con la sostenibilità dell'assistenza sanitaria e della società in generale. La prevenzione della malattia critica è importante quanto la fornitura di cure intensive quando la prevenzione fallisce. Il supporto e la riabilitazione dalla malattia critica e il sostegno alla famiglia sono essenziali quanto l'intervento salvavita durante i ricoveri in ospedale o in terapia intensiva. Le riflessioni sull'assistenza in terapia intensiva sono cruciali per due motivi principali. In primo luogo, l'assistenza in terapia intensiva influisce in modo significativo sugli esiti dei pazienti con patologie acute e croniche. In secondo luogo, contribuisce ai costi complessivi dell'ospedale e a lungo termine. Pertanto, è fondamentale trovare un equilibrio tra ciò che è possibile e ciò che è appropriato per evitare di perseguire trattamenti futili.

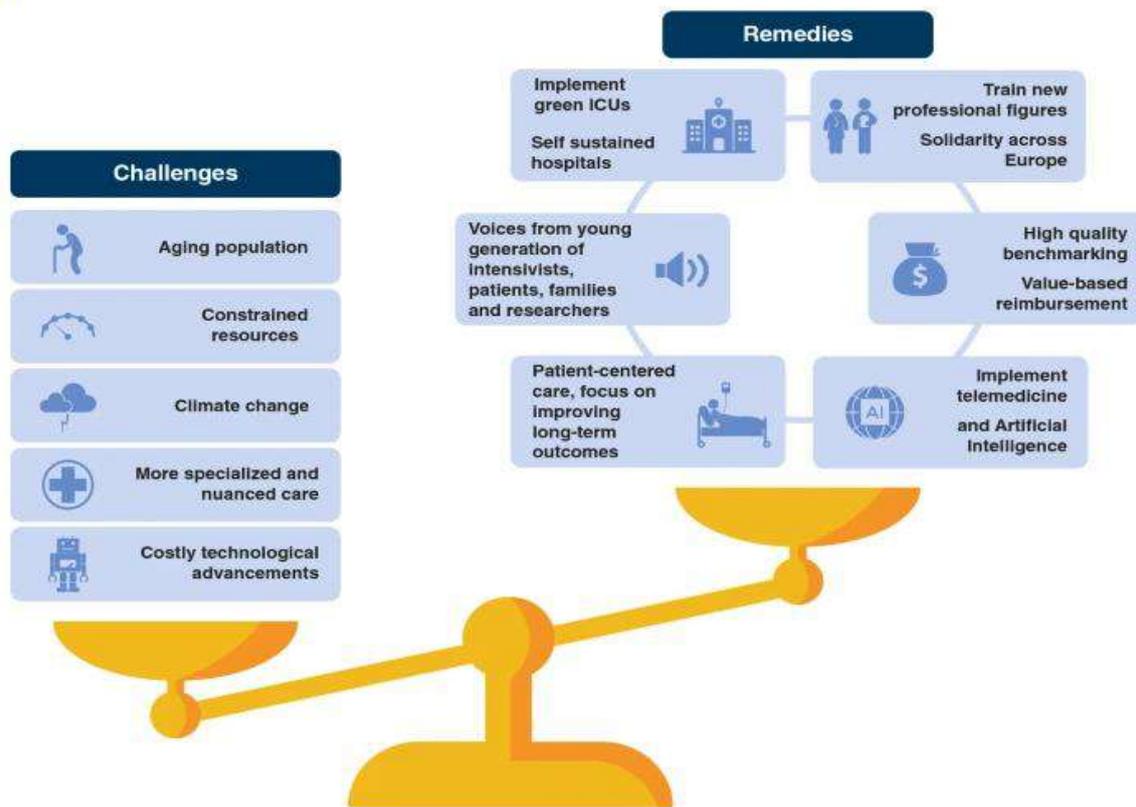
Di conseguenza, è necessario stabilire dei parametri di riferimento per la qualità dell'assistenza ai pazienti e le relative spese. Se analizzati correttamente, molti dei cambiamenti introdotti come risoluzioni significative negli ultimi anni si traducono solo in pochi giorni o settimane di aumento della durata di vita della popolazione [16] e, pertanto, richiedono adeguati standard etici e palliativi da integrare nel flusso di lavoro dell'unità di terapia intensiva.

Gli schemi di rimborso nei diversi sistemi sanitari europei devono orientarsi verso il rimborso dell'offerta economicamente vantaggiosa di un'assistenza di alta qualità in terapia intensiva. Tenendo conto di queste esigenze politiche, è necessario aumentare le analisi di costo-efficacia nella ricerca in terapia intensiva. I nuovi schemi di rimborso che incentivano l'efficacia dei costi devono anche tenere conto del fatto che i pazienti con malattie di gravità diversa hanno esigenze sanitarie diverse. Per raggiungere questi obiettivi, senza avere una definizione standard di letto di terapia intensiva in Europa, gli ospedali devono fornire diversi livelli gerarchici di assistenza in terapia intensiva (ad esempio, PACU e ICU) in una rete fluida e interattiva [17]. Per garantire il miglior uso dei letti di terapia intensiva, è necessario un processo di allocazione delle decisioni condiviso per il rimborso delle unità di terapia intensiva. In futuro, la tecnologia AI potrà guidare questo processo, consentendo criteri flessibili per l'ammissione e la dimissione dei pazienti da e verso la rete fluida di letti di terapia intensiva. Inoltre, il rimborso dovrebbe considerare gli esiti a lungo termine dei pazienti, come le loro condizioni 6 mesi dopo aver ricevuto le cure in terapia intensiva.

Take-home message

Dopo aver discusso le numerose sfide e opportunità che le Unità di Terapia Intensiva devono affrontare, risulta evidente che un approccio multidimensionale è essenziale per la sostenibilità e l'efficienza future. Le unità di terapia intensiva si trovano a un bivio, alle prese con cambiamenti demografici, progressi tecnologici e vincoli finanziari (Fig. 1). Queste sfide non sono solo economiche, ma anche etiche e sociali. Innovazioni come la telemedicina e l'IA sono promettenti, ma richiedono un approccio collaborativo e ad alta intensità di risorse per creare dati strutturati e annotati, e continueranno a porre domande sulla qualità e sull'etica. Un approccio su più fronti che dia priorità all'efficienza e alla qualità è fondamentale per affrontare queste complessità. È imperativo che gli operatori sanitari, i politici e la società evolvano in modo collaborativo le unità di terapia intensiva in sistemi resilienti, efficienti e inclusivi che agiscono per i pazienti e i loro familiari durante le difficoltà di una malattia critica. Un'azione immediata è essenziale per la salute e la sostenibilità a lungo termine delle nostre comunità.

Fig. 1



Current challenges and potential remedies to ensure economic sustainability in European intensive care



Studio BENE: in burnout 6 infermieri su 10. Qualità delle cure e sicurezza dei pazienti a rischio

Publicato online: 13 dicembre 2023

Il 59% degli infermieri in servizio negli ospedali italiani è molto stressato e il 36% sente di non avere il controllo sul proprio carico di lavoro. Il 47,3% si percepisce "privo di energia" e nel 40,2% dei casi si ravvisa un esaurimento emotivo elevato. Il 45,4% ritiene che l'impegno professionale non lasci abbastanza tempo per la propria vita personale e familiare.

Alla domanda sulla possibilità di lasciare entro il prossimo anno l'ospedale a causa dell'insoddisfazione lavorativa, quasi la metà degli infermieri ha risposto in modo affermativo (45,2%)

L'analisi del reale grado di stress dei professionisti e dei suoi principali motivi, rapportandolo con le possibili ricadute sull'assistenza, è raccolta nello studio BENE (Benessere degli Infermieri e staffing sicuro negli ospedali) realizzato dall'Università di Genova con il sostegno dalla Federazione nazionale degli infermieri (Fnoipi), appena pubblicato sulla rivista istituzionale della Federazione "L'Infermiere", [raggiungibile a questo LINK](#).

Gli infermieri che lavorano in ambito ospedaliero in Italia sono oltre 165mila. Lo studio ha coinvolto un campione statisticamente valido di età media pari a 42.1 anni, 73% di genere femminile, presenti nei reparti di degenza di 38 presidi ospedalieri del Paese e si è svolto tra giugno 2022 e luglio 2023 con l'obiettivo di indagare le principali variabili che impattano sul benessere dei professionisti e la sicurezza delle cure, in particolare dopo l'emergenza Covid-19. Perché il burnout degli infermieri si traduce in maggiori rischi per i pazienti.

L'esposizione a pazienti Covid-19 ha determinato un elevato livello di stress nel 46.4% degli infermieri. Il 38.3% ha dichiarato insoddisfazione lavorativa per svariati motivi: principalmente, a causa dello stipendio (77.9%) e della mancanza di opportunità di avanzamento professionale (65.2%). Il 43.4% ha descritto il proprio ambiente di lavoro come frenetico e caotico. Solo il 3.2% percepisce come "eccellente" la sicurezza del paziente nel proprio ospedale.

La carenza di personale è il motivo prevalente delle cure mancate (50%). Il 59% ha riferito di discutere, con il team, strategie per evitare che gli errori si ripetano. Solo il 27,7% ha affermato che le azioni della direzione dimostrano la sicurezza del paziente come massima priorità. Indipendentemente dal turno di lavoro, ogni infermiere assiste mediamente 8.1 pazienti contro uno standard indicato come ottimale di non più di 6. In Europa, il personale infermieristico varia da 3.4 a 17.9 pazienti per infermiere e studi europei indicano che ogni paziente aggiuntivo per infermiere è associato a un aumento del 7% della mortalità a 30 giorni in ospedale e che i costi risparmiati superano il doppio del costo aggiuntivo per il personale infermieristico. Lo studio italiano RN4CAST@IT del 2015 aveva rilevato pre-pandemia che negli ospedali italiani l'organico medio era di 9.5 pazienti per infermiere, determinando un rischio maggiore di mortalità del 21% rispetto al rapporto un infermiere per 6 pazienti.

Tra le azioni per ridurre il burnout e migliorare il benessere, gli infermieri coinvolti nello studio hanno indicato l'aumento dei livelli di organico infermieristico, permettere agli operatori sanitari di lavorare al massimo delle loro competenze professionali, migliorare la comunicazione del team.

Le principali cinque 'cure mancate' sono state la mobilitazione del paziente (51.6%); lo sviluppo/aggiornamento dei piani assistenziali (51.4%); educazione al paziente/famiglia (50.6%); igiene orale (50.2%); comfort per il paziente (49%) e le cure mancate, intese come qualsiasi aspetto dell'assistenza richiesta al paziente che viene omesso o ritardato, sono strettamente correlate alla sicurezza dei pazienti e alla qualità dell'assistenza. Questo problema è stato identificato, inoltre come un fattore che impatta sulla relazione tra il personale infermieristico e gli esiti per i pazienti: il Codice deontologico delle professioni infermieristiche parla chiaro: "il tempo di relazione è tempo di cura".

Bagnasco: "La sicurezza del paziente è garantita anche dalla stabilità degli staff di personale"

"Dopo 8 anni, non mi aspettavo la sovrapposizione così marcata dei dati – in termini di personale dello staff, ambiente di lavoro e cure mancate, quindi sicurezza dei pazienti – specialmente rispetto agli interventi organizzativi messi in atto con la pandemia nella riorganizzazione del lavoro", afferma Annamaria Bagnasco, dipartimento di scienze della salute Università di Genova, coordinatrice dello studio BENE.

"Una situazione – continua – che ha ripercussioni in cure mancate ed esiti clinici e ha un impatto sull'intenzione di lasciare il lavoro entro un anno che, nonostante le integrazioni di personale dovute alla pandemia non è migliorato. La sicurezza del paziente è garantita anche dalla stabilità degli staff con un malessere che si ripercuote sullo stato emotivo e burnout. Inoltre, c'è una correlazione anche sull'attrattività lavorativa. Il motivo che viene dichiarato è il personale insufficiente e la mancanza di tempo per erogare queste attività, ma il 98% degli intervistati dichiara di voler lavorare al massimo delle proprie competenze: è un elemento di consapevolezza, di desiderio di specializzare le competenze, di formazione".

Mangiavacalli: "Lo studio dimostra che quello dell'infermiere è un lavoro usurante e su questa linea la riforma delle pensioni nella manovra 2024 rappresenta un rischio"

"È uno studio dirompente – commenta Barbara Mangiacavalli, presidente della FNOPI – perché mette nero su bianco, con la forza dei numeri e delle analisi statistiche, quelle percezioni che la Federazione da molti anni sta facendo pervenire nelle opportune sedi istituzionali. E spiega anche le ragioni per cui la modifica al sistema pensionistico prevista dal Governo nella legge di Bilancio è apprezzabile, ma è rischiosa in relazione all'obiettivo del riconoscimento della professione infermieristica come lavoro usurante. Proprio per la storica carenza di organici, gli infermieri si trovano quotidianamente a dover andare oltre i normali di turni di lavoro. Certamente non è la stessa situazione riscontrabile tra i dipendenti amministrativi, scolastici o informatici. Quello che chiediamo – chiarisce la presidente Fnopi – è che vengano adottate soluzioni strutturali che, ovviamente, non ci portano alla soluzione domani, ma che possono costruire, nel tempo, nell'arco temporale di 5-8 anni, una professione infermieristica 2.0 capace di invertire la tendenza".

“Lo studio chiarisce bene – aggiunge – anche perché ogni anno circa 20mila giovani scelgono la laurea in Infermieristica, ma durante i primi 3 anni di formazione abbiamo già una perdita importante di candidati. Evidentemente – spiega – gli studenti iniziano a frequentare gli ambienti di tirocinio e si rendono conto di una serie di dinamiche che sono quelle che poi sono state messe in luce dallo studio. Se il 40% dopo di chi presta servizio in ospedale dopo un anno di lavoro manifesta l'intenzione di lasciarlo, a fronte di alternative, ci rendiamo conto che bisogna agire su elementi profondi: la poca attrattività legata agli aspetti stipendiali, di crescita, di sviluppo di carriera, di avanzamento professionale, piuttosto che i modelli organizzativi che rendono l'attività caotica, esasperante, che genera burnout, insicurezza nelle prestazioni perché ci si rende conto di lavorare in condizioni non sicure e adeguate. Non dimentichiamo – conclude – che l'Italia è il secondo Paese più vecchio al mondo, dopo il Giappone: la prospettiva è di avere di fronte decenni di lunghe stagioni assistenziali che non sono gestibili in ospedale, ma sul territorio, a domicilio, con infermieri specializzati”.

Per questo, per la FNOPI è necessario un impegno politico e manageriale urgente per migliorare la soddisfazione e garantire un'assistenza sanitaria sicura e di qualità.

Sociale, long care e terza età



Migrazione sanitaria, riprendono i viaggi della speranza Sud-Nord: il 9% dei pazienti si ricovera fuori regione

Il report sulla mobilità sanitaria interregionale 2022, Randazzo (Agenas): “Gli indici di ‘fuga’ sono costanti nel tempo, al netto del periodo pandemico”

di Redazione

*Dopo un breve calo legato alla pandemia tornano i viaggi della speranza dei cittadini italiani per le cure ospedaliere che, come sempre, vanno prevalentemente dal Sud al Nord. Sui circa 8 milioni di ricoveri che ogni anno si registrano in Italia, quelli che riguardano i cittadini che ricorrono alle cure di ospedali di una Regione diversa dalla propria, “sono circa il 9%. E si tratta prevalentemente di ricoveri in strutture di privato accreditato che rappresentano fino al 74% se si considerano le prestazioni di alta specialità”, calcola **Maria Pia Randazzo**, responsabile dell'Unità operativa statistica e flussi informativi sanitari dell'Agenzia nazionale per servizi sanitari regionali (Agenas), a margine della presentazione del report sulla mobilità sanitaria interregionale 2022 “Gli indici di ‘fuga’ – continua Randazzo – sono costanti nel tempo, al netto del periodo pandemico”.*

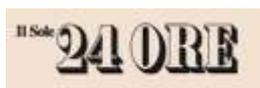
La migrazione di prossimità

Oltre alla migrazione dal Sud verso il Nord, "abbiamo anche quella di prossimità che caratterizza maggiormente i ricoveri delle Regioni del Nord che si scambiano prestazioni 'al confine', entro 60 minuti di percorrenza, anche per semplice opportunità da parte dei cittadini che trovano strutture altrettanto valide nella regione accanto. Al Sud non è così, la prossimità è irrisoria, vale circa il 6%: c'è prossimità tra Campania e Lazio, Puglia e Molise ma in misura nettamente inferiore rispetto al Nord dove vale il 25% circa e al Centro (13%), aggiunge Randazzo. Ad attrarre di più le strutture private accreditate, "più del 50% della mobilità è concentrata nel privato, se poi consideriamo gli interventi di alta specialità la percentuale del privato - conclude - sale al 74%".

I principali dati sulla mobilità ospedaliera:

- Il trend della mobilità dei ricoveri degli ultimi 6 anni (2017-2022) è costante con poco meno di 3mld di euro e un decremento significativo nel 2020, ma che inverte la tendenza nel 2021 e prosegue la crescita nel 2022 (2,7 mld). Le componenti di mobilità casuale ed apparente mostrano un andamento invariato negli anni così come la fuga per prestazioni di ricovero di alta complessità; mentre per la componente di media/bassa complessità si evidenzia una riduzione del 18%.
- Le principali regioni attrattive sono in ordine Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, mentre quelle di fuga sono Campania, Calabria e Sicilia. Nel 2022 la regione Emilia-Romagna e la regione Lombardia registrano valori equiparabili di saldo positivo (tra mobilità attiva e passiva) rispettivamente 337 mln e 362 mln. Da osservare il trend dell'Emilia-Romagna che segna un importante incremento rispetto al periodo pre-pandemico
- Il flusso migratorio è tendenzialmente diretto da Sud a Nord; tuttavia, si osserva anche la mobilità tra le regioni del Centro-Nord soprattutto di prossimità (con una distanza di 100 Km e/o 60 min di percorrenza dal comune di residenza del paziente alla struttura ospedaliera di ricovero); la migrazione di prossimità, rispetto al totale, risulta essere pari al Nord al 24%, al Centro 12,6% e al Sud 5,7%.
- Le strutture maggiormente attrattive per la mobilità dei ricoveri sono di natura giuridica private accreditate, per ¾ del totale per le prestazioni di alta complessità.
- Se si considera solo la componente di mobilità effettuata per scelta dell'utente, si assiste ad un miglioramento, con inversione di tendenza nei trend, nella regione Piemonte (da -7,2 mln a +21 mln) e la PA di Trento (da -6,5 mln a +2,6 mln).

https://www.sanitainformazione.it/salute/migrazione-sanitaria-riprendono-i-viaggi-della-speranza-sud-nord-il-9-dei-pazienti-si-ricovera-fuori-regione/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl07122023&utm_content=sif



Spesa sanitaria: nel 2022 a carico degli italiani 40,26 miliardi (+8,3%), la metà per visite e interventi
di Er.Di.

Continua a salire inesorabilmente la spesa sanitaria a carico dei cittadini passata dai 28,13 miliardi del 2016 ai 40,26 miliardi nel 2022 con un incremento solo nell'ultimo anno dell'8,3%. La spesa out of pocket pagata di tasca propria dagli italiani e non rimborsata dal Ssn era pari a 30,48 nel 2017, 32,29 miliardi nel 2018, 34,85 miliardi nel 2019, 30,79 miliardi nel 2020 e 37,16 nel 2021. Lo rileva il monitoraggio della spesa sanitaria 2023 pubblicato dalla Ragioneria dello Stato sottolineando che dopo il rallentamento registrato nel 2020 (- 11,6% rispetto al 2019), continua il trend crescente della spesa sanitaria privata su tutto il territorio nazionale.

Circa, invece, la composizione della spesa sanitaria privata emerge che, nel 2022, visite specialistiche ed interventi, in linea con gli anni precedenti, continuano ad avere un peso prevalente (45,8%) sul totale della spesa a carico dei privati.

Anche per questo anno, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici proviene prevalentemente da medici odontoiatri (pari a circa il 30%). Seguono spese per farmaci (13,9%), dispositivi medici (11,3%) e ticket (7,3%).

Secondo il monitoraggio, inoltre, dal 1° gennaio 2014 al mese di maggio 2023, sono state prodotte complessivamente circa 5 miliardi di ricette dematerializzate a carico del Ssn, di cui circa 4 miliardi di ricette di farmaceutica convenzionata e circa 1 miliardo di ricette di specialistica, territoriale ed ospedaliera.

Il trend è di una progressiva crescita dell'utilizzo della ricetta dematerializzata dovuta al graduale adeguamento delle procedure regionali, anche come adempimento regionale per l'accesso alla quota premiale del finanziamento del Ssn, fino ad arrivare all'87% del 2020, quando l'emergenza epidemiologica ha dato un ulteriore forte impulso alla diffusione della ricetta dematerializzata grazie all'estensione delle tipologie di farmaci prescritti con tale modalità e alla comunicazione elettronica al cittadino del promemoria o del solo codice della ricetta (NRE), resi possibili dalla ricetta dematerializzata, importante strumento di semplificazione nell'utilizzo delle prescrizioni sanitarie.

L'utilizzo della ricetta dematerializzata ha mantenuto il suo trend in crescita nel 2021 (90%) e nel 2022 (92%) fino ad attestarsi al 93% dei primi cinque mesi del 2023, a conferma della centralità della ricetta dematerializzata come strumento di digitalizzazione e semplificazione del nostro servizio sanitario.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-12-21/spesa-sanitaria-2022-italiani-hanno-pagato-tasca-propria-4026-miliardi-83percento-192355.php?uuid=AF7a5A9B&cmpid=nlqf>



Povertà sanitaria, fenomeno in aumento: sette italiani su mille chiedono aiuto per curarsi

Solo nell'anno in corso ben 427.177 persone hanno dovuto chiedere aiuto ad una delle 1.892 realtà assistenziali convenzionate con Banco Farmaceutico per ricevere gratuitamente farmaci e cure, con un aumento di 10,6 punti percentuali rispetto al 2022

di Redazione

Sette italiani su mille si trovano in condizioni di povertà sanitaria. Per la precisione, solo nell'anno in corso ben 427.177 persone hanno dovuto chiedere aiuto ad una delle 1.892 realtà assistenziali convenzionate con Banco Farmaceutico per ricevere gratuitamente farmaci e cure. Rispetto alle 386.253 persone del 2022, **c'è stato un aumento del 10,6%**. E mentre la spesa farmaceutica delle famiglie aumenta, la quota a carico del Servizio sanitario nazionale diminuisce.

La povertà sanitaria degli italiani in numeri

Nel 2022 (ultimi dati disponibili), la spesa farmaceutica totale è pari a 22,46 miliardi di euro, 2,3 miliardi in più (+6,5%) rispetto al 2021 (20,09 miliardi). Tuttavia, solo 12,5 miliardi di euro (il 55,9%) sono a carico del Ssn (erano 11,87 nel 2021, pari al 56,3%). Restano 9,9 miliardi (44,1%) pagati dalle famiglie (erano 9,21 nel 2021, pari al 43,7%). Significa che, rispetto all'anno precedente, **le famiglie hanno pagato di tasca propria 704 milioni di euro in più** (+7,6%). In sei anni (2017-2022), la spesa farmaceutica a carico delle famiglie è cresciuta di 1,84 miliardi di euro (+22,8%). A sostenere di tasca propria l'aumento sono tutte le famiglie, anche quelle

povere, che devono pagare interamente il costo dei farmaci da banco a cui si aggiunge (salvo esenzioni) il costo dei ticket.

Il Report

I dati sono emersi dall'11esimo Rapporto **'Donare per curare - povertà sanitaria e donazione farmaci'**, realizzato con il contributo incondizionato di Ibsa Farmaceutici e Aboca da Opsan - Osservatorio sulla povertà sanitaria (organo di ricerca di Banco Farmaceutico). I dati sono stati presentati oggi in un convegno promosso da Banco Farmaceutico e Aifa. A sopperire, almeno in parte alle carenze del SSN c'è il Terzo settore. Le non profit attive prevalentemente nei servizi sanitari sono 12.578 (e occupano 103 mila persone). Di queste, 5.587 finanziano le proprie attività per lo più da fonti pubbliche. Tenendo conto di questo solo sottoinsieme, il non profit rappresenta almeno 1/5 del totale delle strutture sanitarie italiane (oltre 27mila), generando un valore pari a 4,7 miliardi di euro.

Chi è più povero ha condizioni di salute peggiori

Si conferma, infine, la relazione circolare tra povertà di reddito e povertà di salute: la percentuale di chi è in cattive o pessime condizioni di salute è più alta tra chi si trova in condizioni economiche precarie rispetto al resto della popolazione (6,2% contro 4,3% nel 2021). La qualità della vita legata a gravi problemi di salute, inoltre, è peggiore per chi ha meno risorse rispetto a chi ha un reddito medio-alto (25,2% vs. 21,7%). Le risorse economiche non preservano, di per sé, da gravi patologie (specie all'aumentare dell'età), ma consentono di fronteggiarne meglio le conseguenze. A compromettere lo stato di salute di chi è economicamente vulnerabile, contribuisce la **rinuncia a effettuare visite specialistiche**, che è cinque volte superiore al resto della popolazione.

C'è chi non conosce i propri diritti in materia di salute

"Attraverso il rigore del metodo scientifico dell'Osservatorio sulla povertà sanitaria, vogliamo fornire un contributo di conoscenza su alcuni aspetti essenziali per qualificare la nostra società. In particolare, quest'anno ci preme sottolineare che tante persone in condizioni di povertà non riescono ad accedere alle cure - commenta **Sergio Daniotti**, presidente della Fondazione Banco Farmaceutico Ets - non solo perché non hanno risorse economiche, ma anche perché, spesso, non hanno neppure il medico di base, non conoscono i propri diritti in materia di salute, o non hanno una rete di relazioni e di amicizie che li aiuti a districarsi tra l'offerta dei servizi sanitari. Senza il Terzo settore e, in particolare, senza le migliaia di istituzioni non profit, di volontari e di lavoratori che si prendono cura dei malati, non solo l'Ssn sarebbe meno sostenibile, ma - conclude - il nostro Paese sarebbe umanamente e spiritualmente più povero".

https://www.sanitainformazione.it/salute/poverta-sanitaria-fenomeno-in-aumento-sette-italiani-su-mille-chiedono-aiuto-per-curarsi/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl07122023&utm_content=sif

quotidianosanita.it

Manovra. Per finanziare il parziale dietrofront sulle pensioni il governo taglia il finanziamento del Ssn a partire dal 2033

Nella relazione tecnica si spiega infatti come, se fino al 2032 i maggiori oneri verranno compensati quasi totalmente dall'impatto positivo derivante dalla possibilità di trattenimento in servizio fino ai 70 anni; questi inizieranno a farsi successivamente più pesanti, fino a toccare i 500 milioni nel 2035 e salire a 1,1 miliardi nel 2043. La copertura di questi maggiori oneri arriverà sia da una progressiva riduzione del finanziamento del Ssn per oltre 3 miliardi in un decennio a partire dal 2033.

11 DIC -

Il Governo, con l'emendamento alla manovra che abbiamo anticipato lo scorso 8 dicembre, ha fatto un parziale dietrofront sull'art. 33 che tagliava l'aliquota di indennità di specificità per i sanitari e alcune categorie del pubblico dal calcolo dei contributi versati dal 1981 al 1996, più favorevole rispetto agli altri dipendenti pubblici. Una sforbiciata che rischiava di far perdere fino al 25% dell'assegno.

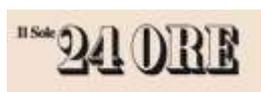
Per farlo, però, ha dovuto trovare adeguate coperture economiche che prevedono futuri tagli al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per oltre 3 miliardi in un decennio a partire dal 2033.

Nella relazione tecnica allegata all'emendamento si spiega infatti come, se fino al 2032 i maggiori oneri verranno compensati quasi totalmente dall'impatto positivo derivante dalla possibilità di trattenimento in servizio fino ai 70 anni; questi inizieranno a farsi successivamente più pesanti, fino a toccare i 500 milioni nel 2035 e salire a 1,1 miliardi nel 2043.

La copertura di questi maggiori oneri arriverà sia da una progressiva riduzione del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard con tagli che saranno di 84 milioni nel 2033, 180 milioni nel 2034, 293 milioni nel 2035 e 340 milioni annui a partire 2036; sia dallo stato di previsione del Mef e, più in particolare, dal programma Regolazioni contabili, restituzioni e rimborsi d'imposte del ministero dell'Economia.

Qui si prevedono risorse al ribasso di 49,5 milioni destinati poi a toccare quota 165 nel 2037, 266 nel 2038, 379 nel 2039, 477 nel 2040, 578 nel 2041, 700,9 nel 2042 e ben 789 nel 2043.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=118943



Iss: in Italia 3 milioni di over 65 hanno rinunciato alle cure

La rinuncia alle cure tra gli over 65 in Italia è un problema significativo che richiede attenzione, un fenomeno che si è accentuato durante la pandemia di COVID-19 e che nel biennio 2021-2022 secondo la stima della sorveglianza Passi d'Argento dell'Iss, ha coinvolto oltre 3 milioni di anziani.

Dai dati raccolti nel biennio 2021-2022 dalla sorveglianza emerge che il 24% degli ultra 65enni intervistati dichiara di aver rinunciato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ad almeno una visita medica o un esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno; ovvero 1 anziano su 4 fra coloro che ne avrebbero avuto bisogno.

La rinuncia alle cure si aggrava nelle fasce sociali svantaggiate, raggiungendo il 37% tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà ad arrivare alla fine mese con le risorse di cui dispongono (vs il 24% fra chi riferisce di non aver problemi economici) ed è più frequente fra le donne (29% vs 23% degli uomini). Inoltre, il fenomeno coinvolge anche le persone affette da patologie croniche: fra chi riferisce una diagnosi di malattia cronica fra quelle indagate in PASSI d'Argento (tumori, malattie cerebrovascolari, malattie croniche respiratorie, diabete, insufficienza renale, malattie croniche del fegato o cirrosi) il 28% dichiara di aver rinunciato, questa quota sale al 33% tra coloro che hanno 2 o più cronicità.

Fra chi ha riferito di aver rinunciato ad visite mediche o un esami diagnostici necessari, il 31% dichiara di averlo fatto per timore del contagio da Sarsv-Cov-2: il 22% per sospensione del servizio e/o chiusura dello studio medico a causa delle restrizioni imposte dalla pandemia di COVID-19; il 36% riporta fra le motivazioni le lunghe liste di attesa; il 7% riferisce difficoltà nel raggiungere la struttura (per distanza o assenza di collegamenti e/o mezzi di trasporto adeguati) o anche per scomodità degli orari proposti. Infine il 5% degli anziani riferisce che la rinuncia è stata determinata dai costi elevati e non sostenibili.

Bellantone: troppe rinunce alle cure, sfida cruciale per il Ssn del futuro

Per Rocco Bellantone, commissario straordinario Iss, il fenomeno della rinuncia alle cure negli anziani segnalato dai dati della sorveglianza Passi D'Argento, rappresenta una sfida cruciale per il Servizio sanitario nazionale, perché ne riassume in un certo senso tutti i problemi maggiori.

"Se si guarda alle motivazioni per cui oltre 3 milioni di italiani over 65, una cifra enorme, dichiarano di non aver eseguito test o terapie importanti per la loro salute - sottolinea - si vede che in più di un terzo dei casi il motivo la rinuncia è dovuta alle liste d'attesa troppo lunghe o per problemi comunque di tipo organizzativo, come la sede troppo lontana". Anche i fattori socioeconomici vanno tenuti in considerazione, secondo

Bellantone visto che la sorveglianza ha registrato percentuali di rinuncia più alte tra chi ha difficoltà finanziarie.

"Questi numeri - aggiunge - ci ricordano quindi che è importante tutelare il diritto e l'accesso alla prevenzione e alla cura di tutti, ancor di più delle persone che avanzano con l'età per le quali la tempestività è fondamentale per mantenere il benessere fisico e mentale e prevenire l'aggravarsi delle condizioni di salute". Il Servizio sanitario nazionale nei suoi primi 45 anni "è stato sicuramente un supporto fondamentale nella crescita del paese, riuscendo a garantire le migliori cure possibili alla popolazione con una equità e una qualità che ha pochi rivali nel mondo. Per mantenere questo suo ruolo però serve uno sforzo collettivo, senza colori politici, che consenta di fare una buona pianificazione in grado di superare i problemi emersi in questi anni, anche a causa della pandemia che hanno portato alla situazione descritta dalla sorveglianza. In questo l'Iss può dare un contributo significativo, oltre a quello, fondamentale, di dare le esatte dimensioni del fenomeno".

Per Bellantone una delle idee "è di spingere, insieme a società scientifiche e altre istituzioni, sulle buone pratiche e sulle linee guida, in modo da creare degli strumenti che permettano di implementare l'efficienza della rete di assistenza, sia essa ospedaliera che sul territorio, e quindi ridurre i fenomeni come le liste d'attesa che allontanano i pazienti dalle cure di cui hanno bisogno".

"L'analisi dei dati raccolti dalla sorveglianza PASSI d'Argento - sottolinea ancora il commissario dell'Iss - mette chiaramente in luce la necessità di continuare a monitorare questi aspetti per comprendere appieno le sfide che il progressivo invecchiamento della popolazione impone al sistema sanitario. È importante tutelare il diritto e l'accesso alla prevenzione e alla cura di tutti e ancor di più delle persone che avanzano con l'età per le quali la tempestività è fondamentale per mantenere il benessere fisico e mentale e prevenire l'aggravarsi delle condizioni di salute. Lo sviluppo di servizi sociali e sanitari accessibili alle persone anziane, è cruciale per rispondere ai loro bisogni e diritti, specialmente nell'ottica della prevenzione di patologie, fragilità e disabilità. Per raggiungere questi obiettivi, è necessario qualificare la rete dei servizi alla persona, potenziando l'integrazione tra cure primarie, settore sociale e sanitario".

L'andamento negli ultimi tre anni

Un'analisi dei dati nei tre anni di disponibilità di queste informazioni, 2020, 2021, 2022, mostra fra gli ultra65enni una quota di coloro che riferiscono di aver rinunciato a visite e/o esami che è pari al 34% nel 2020, in piena pandemia, e che scende al 26% nel 2021 e al 23% nel 2022.

Questa tendenza, associata con il ritorno progressivo alla "normalità" dei servizi erogati e con la fine della pandemia, è certamente incoraggiante ma non priva di criticità. Le motivazioni alla base della rinuncia indicate fra il 2020 e il 2022 sono infatti meno legate alla pandemia (sospensione dei servizi o timore del contagio) ma mettono sempre più in evidenza le difficoltà del sistema sanitario nazionale di rispondere alla domanda di salute dei cittadini in particolare delle persone anziane, liste di attesa lunghe e difficoltà di accesso ai servizi diventano progressivamente le motivazioni più frequenti, e perfino causa di un numero maggiore, in termini assoluti, di persone che rinunciano ad una visita o un esame di cui avrebbero avuto bisogno.

Fra chi dichiara di aver rinunciato a visite e/o esami diagnostici, la sospensione dei servizi e/o chiusura degli studi medici a causa della pandemia è stata indicata come motivazione nel 45% dei casi nel 2020, ma scende al 31% nel 2021 e al 13% nel 2022; il timore del contagio da Sarsv-Cov-2 indicato dal 9% dei casi nel 2020, passa al 17% nel 2021, e scende al 7% nel 2022. Di contro la motivazione legata alle lunghe liste di attesa passa dal 10% nel 2020 al 23% nel 2021 e raggiunge il 49% nel 2022 e le difficoltà di accesso alle cure (per distanza, raggiungibilità o scomodità negli orari) riferita dal 4% dei casi nel 2020 e nel 2021 aumenta al 11% nel 2022. Così liste di attesa e difficoltà di accesso ai servizi, diventano in 3 anni causa riferita da un numero sempre maggiore, anche in termini assoluti, di ultra65enni che rinunciano a visite mediche e/o esami diagnostici di cui avrebbero avuto bisogno.

Il sistema di sorveglianza

Il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, condotta da ASL e Regioni e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), raccoglie in continuo, dal 2016, informazioni su salute, qualità di vita e stili di vita, sui bisogni di cura e assistenza delle persone ultra 65enni residenti in Italia, offrendo una fotografia, continuamente aggiornata, delle condizioni di salute e del benessere psico-sociale degli anziani nel nostro Paese. Dal 2020 PASSI d'Argento indaga anche la rinuncia alle cure e, con una domanda a risposta multipla, le motivazioni a questa legate.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-12-21/iss-italia-3-milioni-over-65-hanno-rinunciato-cure-153308.php?uid=AFroR08B&cmpid=nlqf>

Spesa sociale dei comuni. “Tanta strada da fare verso il Pnrr”. Il Rapporto Ifel Federsanità

Tiziana Frittelli

Il Rapporto mette in evidenza una serie di dati preoccupanti sul versante dell'integrazione socio-sanitaria. Per evitare il fenomeno delle sliding door della fragilità sociale verso l'assistenza sanitaria che, comunque, non è in grado di fornire una presa in carico integrale, allargata alle esigenze sociali del paziente fragile, occorrono processi integrati e finanziamenti dedicati alla non autosufficienza e alla disabilità

12 DIC -

È stato presentato oggi il Rapporto sui Servizi socio-sanitari dei Comuni italiani ([cfr sintesi](#)), elaborato da Federsanità e Ifel (Istituto per la Finanza e l'Economia Locale), sulla base dei dati Istat 2023, relativi all'anno 2020. Il rapporto mette in evidenza una serie di dati preoccupanti sul versante dell'integrazione socio-sanitaria. Ci apprestiamo a mettere in campo gli strumenti previsti dal DM 77 sulla nuova sanità territoriale, seppure rivisti numericamente al ribasso a causa della rimodulazione del PNRR, che presuppongono una forte integrazione con l'assistenza sociale offerta dai Comuni. Infatti, per evitare il fenomeno delle sliding door della fragilità sociale verso l'assistenza sanitaria che, comunque, non è in grado di fornire una presa in carico integrale, allargata alle esigenze sociali del paziente fragile, occorrono processi integrati e finanziamenti dedicati alla non autosufficienza e alla disabilità.

Il DM 77, prevede strumenti nuovi di integrazione: il Punto Unico di Accesso presso le Case di comunità, dove avverrà la valutazione multidimensionale congiunta tra aziende sanitarie ed enti locali per le persone non autosufficienti; le Centrali Operative Territoriali, strumento fondamentale di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, sanitari e sociosanitari, in dialogo con la rete dell'emergenza urgenza; il 116117, per ogni esigenza sanitaria e socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale; l'assistenza domiciliare integrata e la teleassistenza, i cui fondi sono stati incrementati a seguito della rimodulazione del PNRR, vero punto di svolta verso la sostenibilità del sistema.

L'integrazione sociosanitaria si avvarrà di questi strumenti e processi innovativi, orientata da logiche di integrazione e multiprofessionalità, ma non potrà prescindere dall'entità dei finanziamenti disponibili sui territori. Dal 2013 al 2020 la spesa sociale dei comuni, pari nel 2020 a 7,85 mld, cresciuta solo di 1 mld, nonostante l'invecchiamento progressivo della popolazione italiana. Nel 2020 (ultimo dato disponibile) la spesa dei comuni per i servizi sociali per abitante è stata pari a 132 euro (era di 114 euro pro capite nel 2013), con differenze molto ampie a livello di ripartizione geografica: nel Mezzogiorno è pari a 87 euro, circa la metà del dato registrato al Nord (161 euro).

In particolare, scendendo a livello regionale, si riscontrano dati davvero eterogenei: dai 28 euro pro capite della Calabria ai 413 euro per abitante del Trentino-Alto Adige, con l'unica eccezione per il sud rappresentata dalla Sardegna che, con 283 euro di uscite per cittadino, è stata seconda a livello nazionale. E' indispensabile arrivare, quanto prima, alla definizione dei Livelli Essenziali di Prestazioni sociali, al loro fabbisogno e ai costi standard, soprattutto per dare omogeneità alla presa in carico e alla programmazione in ambito sociale, che incide pesantemente sui determinanti.

Esiste, infatti, una preoccupante simmetria tra indicatori del Nuovo sistema di garanzia e spesa sociale dei Comuni, nel senso che di massima si registra un Livello Essenziale di Assistenza inferiore dove inferiori sono i finanziamenti per la spesa sociale dei Comuni.

NUOVO SISTEMA DI GARANZIA

Tabella 3. Risultati NSG – punteggi astensione CORE per area, anni 2021-2017 (1/2)

Regione	2017		2018		2019		2020		2021	
	Valore	Variaz.								
Abruzzo	48,15	20,43	51,56	7,08	51,56	0,00	51,56	0,00	51,56	0,00
Basilicata	48,27	48,27	52,24	3,97	52,24	0,00	52,24	0,00	52,24	0,00
Benevento	62,84	39,39	62,84	0,00	62,84	0,00	62,84	0,00	62,84	0,00
Brescia	127,27	28,54	127,27	0,00	127,27	0,00	127,27	0,00	127,27	0,00
Calabria	14,22	14,22	14,22	0,00	14,22	0,00	14,22	0,00	14,22	0,00
Campania	62,82	39,39	62,82	0,00	62,82	0,00	62,82	0,00	62,82	0,00
Emilia-Romagna	116,82	14,42	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00
Frosinone	78,28	69,83	78,28	0,00	78,28	0,00	78,28	0,00	78,28	0,00
Lazio	160,72	39,39	160,72	0,00	160,72	0,00	160,72	0,00	160,72	0,00
Liguria	121,27	28,54	121,27	0,00	121,27	0,00	121,27	0,00	121,27	0,00
Lombardia	116,82	14,42	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00
Marche	116,82	14,42	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00
Molise	48,15	20,43	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00
Monte Carlo	283,00	283,00	283,00	0,00	283,00	0,00	283,00	0,00	283,00	0,00
Napoli	62,82	39,39	62,82	0,00	62,82	0,00	62,82	0,00	62,82	0,00
Puglia	48,15	20,43	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00
Piemonte	116,82	14,42	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00
Puglia	48,15	20,43	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00
Salerno	62,82	39,39	62,82	0,00	62,82	0,00	62,82	0,00	62,82	0,00
San Marino	413,00	413,00	413,00	0,00	413,00	0,00	413,00	0,00	413,00	0,00
Sardegna	283,00	283,00	283,00	0,00	283,00	0,00	283,00	0,00	283,00	0,00
Sicilia	48,15	20,43	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00
Toscana	116,82	14,42	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00
Trentino-Alto Adige	413,00	413,00	413,00	0,00	413,00	0,00	413,00	0,00	413,00	0,00
Umbria	48,15	20,43	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00	48,15	0,00
Valle d'Aosta	413,00	413,00	413,00	0,00	413,00	0,00	413,00	0,00	413,00	0,00
Veneto	116,82	14,42	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00	116,82	0,00

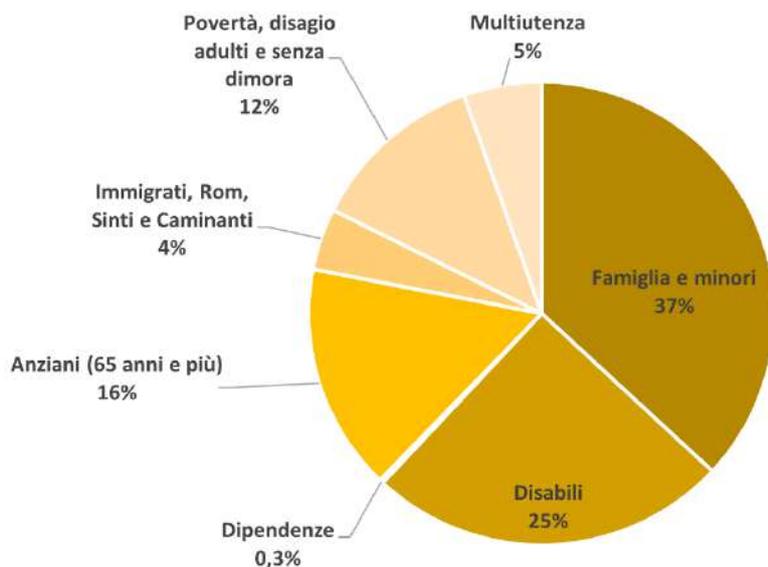
SPESA SOCIALE DEI COMUNI NEL 2020



Fonte: elaborazioni IFCU-Milano Analisi ed Elaborazioni Dati Economia Territoriale su dati Istat 1.994.941

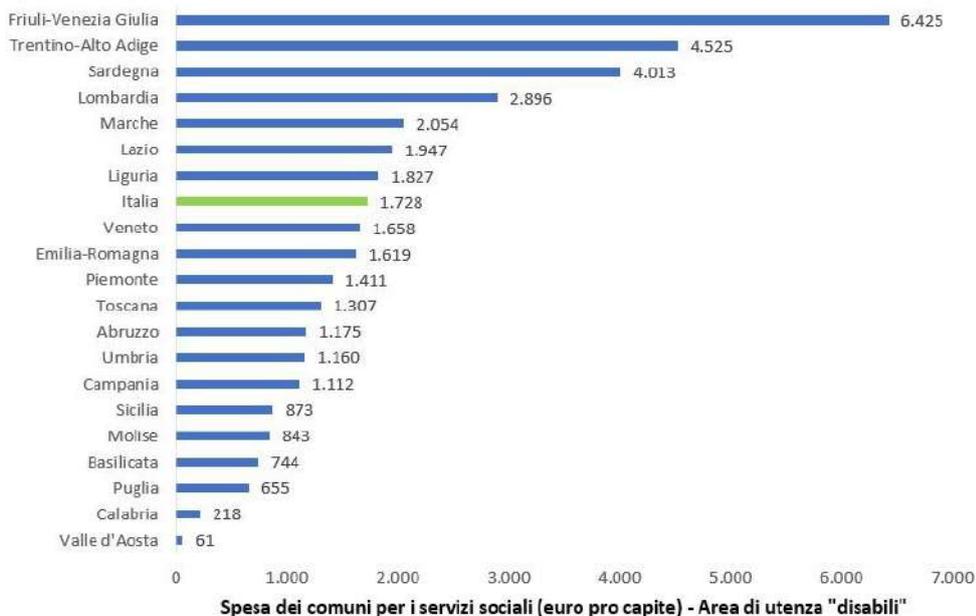
I dati del rapporto mettono in luce come, nell'arco di un decennio, sia variata la componente di spesa sociale: a livello complessivo la variazione percentuale della spesa è pari al 14,4% (rispetto al 2013), ma varia da un minimo del -33,5%, rispetto al 2013, nel caso delle dipendenze da alcol e droga, fino ad un massimo di circa il +95% per la povertà ed il

disagio di adulti e senza dimora, Si rileva, invece, un preoccupante decremento della spesa per anziani pari al -7,1%, un dato in controtendenza con il progressivo invecchiamento della popolazione in Italia
 La fetta più importante della spesa è assorbita da famiglia e minori, seguita dalla disabilità.



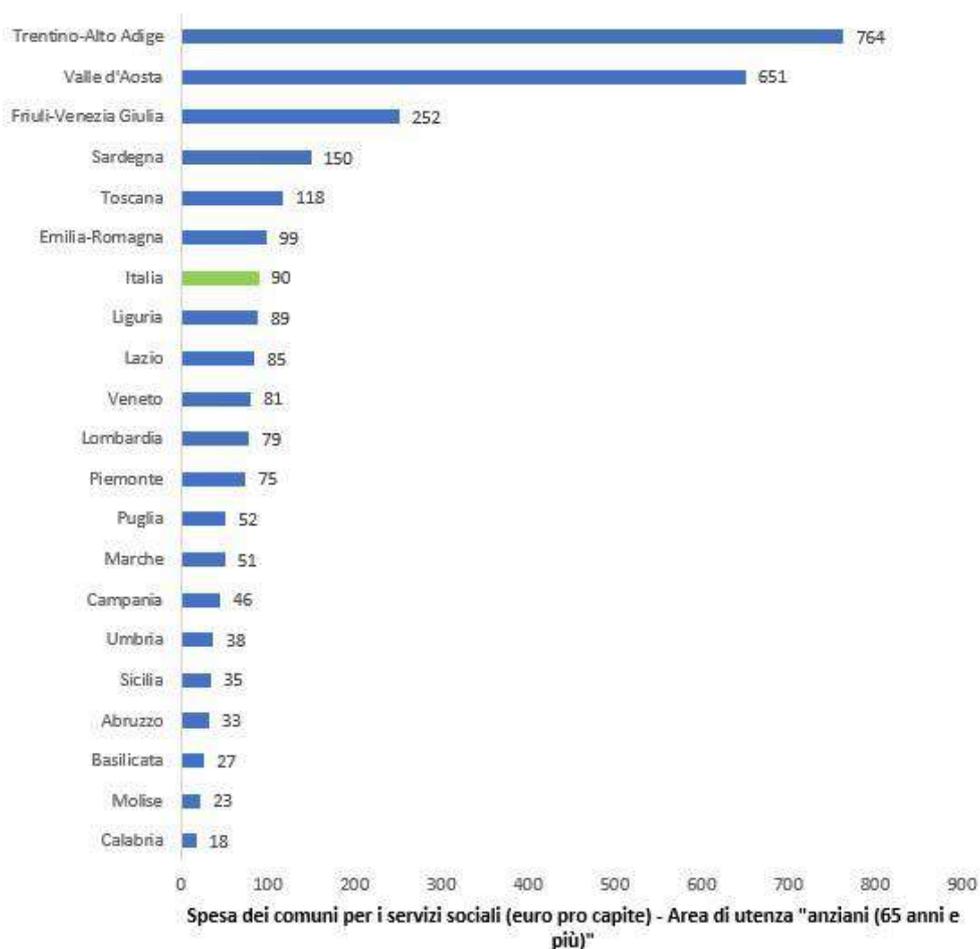
Il dato preoccupante riguarda la grande diseguità degli interventi nelle aree che maggiormente incidono sull'assistenza, per le quali la Missione 5 del Pnrr ha previsto due riforme strutturali: la disabilità (emanati due nuovi decreti legislativi, ma il fondo in legge di bilancio potrebbe essere ridotto di 400 ml rispetto a quello dello scorso anno) e la non autosufficienza (realizzata con la legge 33 del 2023, per la quale si attendono a gennaio i decreti attuativi, sforniti, tuttavia, di finanziamenti dedicati)

Figura 7.b La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite) destinati all'area di utenza "disabili", per regione, 2020



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Figura 7.c La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite) destinati all'area di utenza "anziani (65 anni e più)", per regione, 2020



Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Altro dato interessante riguarda l'ente gestore delle spese sociali, che vede impegnate (su delega) le aziende sanitarie per una percentuale bassissima (1%), che non consente, ad esempio, di realizzare sinergie su economie di scala (si pensi all'assistenza domiciliare, dove si potrebbero progettare cumulativamente interventi sociali e sanitari).

Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Comune	62,4%	78,4%	73,5%	68,2%
Distretto / Ambito / Zona sociale	11,8%	6,4%	25,7%	13,8%
Comunità montana	0,2%	0,6%	0,0%	0,2%
Consorzio	10,1%	10,8%	0,6%	8,1%
Azienda sanitaria	1,3%	1,2%	0,0%	1,0%
Unione di comuni	5,1%	1,5%	0,2%	3,2%
Altra associazione di comuni	9,1%	1,1%	0,0%	5,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazioni IFEL-Ufficio Analisi ed Elaborazione Dati Economia Territoriale su dati Istat, 2023

Analizzando la distribuzione delle spese sociali per aree di utenza tra le diverse tipologie di enti gestori, appare rilevante quello dei **distretti/ambiti/zone sociali** per l'area disabili (19,6%), le dipendenze (16,4%) e gli anziani (14,8%).

Tabella 4 Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per tipologia di ente gestore e area di utenza, 2020

Area di utenza	Comune	Distretto / Ambito / Zona sociale	Comunità montana	Consorzio	Azienda sanitaria	Unione di comuni	Altra associazione di comuni	Totale
Famiglie e minori	77,6%	9,7%	0,1%	5,4%	0,5%	3,0%	3,7%	100,0%
Disabili	60,1%	19,6%	0,4%	9,9%	2,7%	2,6%	4,7%	100,0%
Dipendenze	63,9%	16,4%	0,4%	3,0%	0,9%	3,2%	12,2%	100,0%
Anziani (65 anni e più)	53,7%	14,8%	0,2%	11,6%	0,6%	4,6%	14,5%	100,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	80,6%	8,2%	0,4%	7,1%	0,0%	2,8%	0,9%	100,0%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	76,6%	11,3%	0,2%	6,4%	0,2%	2,7%	2,6%	100,0%
Multiutenza	56,3%	21,5%	0,5%	13,4%	0,3%	5,1%	2,9%	100,0%
Totale	68,3%	13,8%	0,2%	8,1%	1,0%	3,2%	5,4%	100,0%

Fonte: Istat, 2023

A maggior ragione appare indispensabile una coincidenza tra Ambiti/zona sociale e distretti sociosanitari delle Asl, per programmare insieme politiche di presa in carico dei soggetti fragili dal punto di vista sanitario e sociale. Il rapporto cita ottimi esempi di presa in carico integrata, soprattutto in aree interne che costituiscono esempi da replicare (Asl 3 di Genova per area interna Valtrebbia, Azienda Usl Toscana Nord Ovest per i comuni della Garfagnana, Media Valle del Serchio, Alta Versilia, Asl Rieti)

Per quanto concerne l'assistenza domiciliare, la quota di spese sociali dei comuni impiegata per assistenza domiciliare socio-assistenziale rispetto al altre modalità di assistenza ai non autosufficienti è pari al 60% (in alcune regioni si utilizza di più il voucher, assegno di cura, buono socio sanitario) e quella per assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari è pari al 10,2, mentre la spesa per telesoccorso e teleassistenza è dello 0,6 per cento.

Ma se si analizza in termini assoluto il numero di pazienti presi in carico, il dato diventa davvero preoccupante.

Tabella 7 L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (a) nell'area anziani: indicatori territoriali, 2020

Regioni e ripartizioni geografiche	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti (c) (per 100 persone)
Piemonte	89,2%	0,6
Valle d'Aosta	21,6%	0,1
Liguria	12,0%	0,3
Lombardia	9,2%	0,1
Trentino-Alto Adige	7,8%	0,1
Veneto	69,6%	3,0
Friuli-Venezia Giulia	20,5%	-
Emilia-Romagna	34,8%	0,5
Toscana	68,1%	0,5
Umbria	51,1%	0,4
Marche	5,3%	-
Lazio	37,0%	0,1
Abruzzo	36,4%	0,1
Molise	2,2%	-
Campania	51,1%	0,2
Puglia	74,7%	0,3
Basilicata	13,0%	-
Calabria	21,8%	0,1
Sicilia	35,1%	0,1
Sardegna	14,6%	0,1
Nord-ovest	41,3%	0,3
Nord-est	44,3%	1,4
Centro	39,7%	0,3
Sud	38,8%	0,2
Isole	25,0%	0,1
ITALIA	39,4%	0,5

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(c) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

Proprio su questi strumenti, l'assistenza domiciliare integrata e la teleassistenza, bisognerà puntare per assicurare un sistema sostenibile ed efficace.

Ovviamente, obiettivo imprescindibile rimane progettare e gestire le città in ottica One health, pensate in funzione del benessere sociale, per affrontare le grandi sfide dell'invecchiamento della popolazione, della denatalità, del climate change

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118972

Demografia. Istat: al 31 dicembre 2022 in Italia 58.997.201 residenti, in calo di 32.932 unità. Nuovo record negativo nascite (-7.000 rispetto al 2021) e speranza di vita in crescita solo per gli uomini

Il calo della popolazione è frutto di una dinamica naturale sfavorevole, caratterizzata da un eccesso dei decessi sulle nascite, solo in parte compensata da movimenti migratori con l'estero di segno positivo. Il nuovo record di minimo delle nascite (393mila) contrapposto a un elevato numero di decessi (715mila) genera un saldo naturale della popolazione fortemente negativo, pari a circa 322mila unità in meno

18 DIC -

Al 31 dicembre 2022 la popolazione in Italia conta 58.997.201 residenti. Rispetto al 2021 si registra una flessione pari a -32.932 individui, a sintesi di un calo significativo dovuto a una dinamica demografica ancora negativa pari a -179.416 persone e di un recupero censuario pari a + 146.484 persone. A evidenziarlo è l'Istat nel [report Popolazione residente e dinamica demografica Anno 2022](#).

*Il calo della popolazione è frutto di una dinamica naturale sfavorevole, caratterizzata da un **eccesso dei decessi sulle nascite**, solo in parte compensata da movimenti migratori con l'estero di segno positivo. Il **nuovo record di minimo delle nascite (393mila) contrapposto a un elevato numero di decessi (715mila)** genera un saldo naturale della popolazione fortemente negativo, pari a circa 322mila unità in meno. La dinamica naturale presenta valori negativi in ogni ripartizione geografica: il tasso di crescita naturale, pari al -5,5 per mille a livello nazionale, varia dal -4,8 per mille del Mezzogiorno al -6,2 per mille del Centro. Nel complesso tutte le Regioni registrano nel 2022 una crescita naturale negativa, anche nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen (-0,6 per mille), tradizionalmente caratterizzata da una natalità superiore alla media.*

Nuovo record negativo per la natalità

*I nati residenti in Italia sono 393mila nel 2022, con un tasso di natalità del 6,7 per mille. Si rilevano **quasi 7mila nascite in meno rispetto al 2021** (-1,7%), e ben **183mila in meno** (-31,8%) **rispetto al 2008**, anno in cui il numero dei nati vivi registrò il più alto valore dall'inizio degli anni Duemila.*

I nati da genitori entrambi stranieri sono 53mila e costituiscono il 13,5% del totale dei nati. L'incidenza è più elevata nelle Regioni del Nord (19,3%) dove la presenza straniera è più radicata e, in misura minore, in quelle del Centro (15,1%); nel Mezzogiorno è invece inferiore (5,4%). I nati da genitori in cui almeno uno dei partner è straniero (20,9% del totale dei nati) continuano a decrescere nel 2022, attestandosi a 82mila unità.

*La diminuzione delle nascite è in gran parte determinata dal **calo della popolazione femminile nelle età convenzionalmente considerate riproduttive** (dai 15 ai 49 anni), oltre che dalla continua diminuzione della fecondità. Nel **2022 il numero medio di figli per donna è pari a 1,24**, valore in lieve calo rispetto all'anno precedente (1,25) e in linea con il trend decrescente in atto dal 2010, anno in cui si registrò il massimo relativo di 1,44 figli per donna.*

Il Centro presenta la fecondità più bassa, pari a 1,15 figli per donna; era 1,19 nel 2021 (Figura 3). Il Nord e il Mezzogiorno registrano nel 2022 un uguale livello di fecondità (1,26), risultato di due variazioni opposte rispetto all'anno precedente: un calo nel Nord (da 1,28 nel 2021) e un aumento nel Mezzogiorno (da 1,25).

Nel Nord, dove la fecondità negli anni Duemila era aumentata, i livelli di fecondità continuano la loro discesa; al contrario, il Mezzogiorno presenta nell'ultimo anno un lieve aumento, dovuto a un recupero di progetti familiari rinviati dal biennio pandemico. Il massimo valore di fecondità (1,64), si registra nella provincia autonoma di Bolzano/Bozen, mentre la Sardegna continua a detenere il valore minimo (0,95).

*Per il totale delle donne residenti, **l'età media al parto rimane stabile rispetto al 2021, pari a 32,4 anni**, mentre l'età media alla nascita del primo figlio si attesta a 31,6 anni. L'età media al parto è più alta nel Centro e nel Nord (32,8 e 32,5) rispetto al Mezzogiorno (32,0). In quest'ultima ripartizione si rileva sia la Regione con le madri mediamente più giovani d'Italia, la Sicilia (31,4), ma anche le Regioni con quelle più mature, la Basilicata (33,1) e la Sardegna (32,9).*

Queste ultime registrano anche il più basso tasso di fecondità, la cui diminuzione è legata anche alla continua posticipazione dell'esperienza della maternità che si tramuta sempre più in una definitiva rinuncia. Con riferimento alla cittadinanza, si confermano le differenze tra italiane e straniere: le prime hanno in media 1,18 figli per donna e un'età media al parto pari a 32,9 anni, le seconde hanno invece una fecondità più alta (1,86) e un'età media al parto più bassa (29,5).

Prevalente la quota femminile nella popolazione residente

Le donne, superando gli uomini di 1.367.537 unità, rappresentano il 51,2% della popolazione residente. Il rapporto di mascolinità (che esprime il rapporto percentuale tra le componenti maschile e femminile della popolazione) è pari a 95,5 uomini ogni 100 donne. Il peso della componente femminile è progressivamente maggiore man mano che cresce l'età, per via della maggior longevità femminile.

Se nelle classi di età più giovani (fino alla classe 35-39 anni) si registra una leggera prevalenza della componente maschile, si raggiunge l'equilibrio tra i sessi nella classe 40-44 e, progressivamente, si rileva una presenza sempre maggiore di donne a partire dalla classe 45-49 che esplose tra i grandi anziani: nella classe 80-84 anni le donne sono il 58,0%, fino ad arrivare al 69,9%, al 77,9% e all'83,3%, rispettivamente, nelle classi 90-94, 95-99 e 100 e più.

Come nel 2021, tra le Regioni il rapporto di mascolinità più alto si registra in Trentino-Alto Adige (97,7), quello più basso in Liguria (92,9) che è anche la Regione con il più alto indice di vecchiaia. A livello locale il rapporto di mascolinità può risultare superiore a 100. Tale circostanza si verifica in poco più di un terzo dei Comuni (contro il 23,5% del 2011), perlopiù in piccoli e piccolissimi centri. È il caso, ad esempio, di Salza di Pinerolo che, con appena 67 residenti, ha il rapporto di mascolinità più alto di Italia (191,3).

Prosegue l'invecchiamento della popolazione

A fine 2022 l'età media è pari a 46,4 anni per il totale della popolazione (47,8 anni per le donne 44,9 anni per gli uomini). Rispetto al 2021, quando l'età media era pari a 46,2 anni si consegue un ulteriore passo in avanti nel processo di invecchiamento della popolazione. Rispetto all'anno precedente diminuisce di poco il peso percentuale degli individui in età 0-9 anni e quello degli individui in età 35-49 anni.

Aumenta, invece, di poco quello degli individui in età 55-79 anni. L'invecchiamento della popolazione è un processo che accomuna tutte le realtà del territorio pur in presenza di una certa variabilità. La Campania, con un'età media di 43,9 anni (era 43,6 nel 2021), continua a essere la Regione più 'giovane' mentre la Liguria, con un'età media di 49,5 anni (era 49,4 nel 2021) si conferma quella più 'anziana'.

Orta di Atella (CE) si conferma il Comune più 'giovane' d'Italia con un'età media di 36,9 anni (era 36,6 nel 2021), mentre Ribordone (TO), un Comune con appena 50 abitanti, è quello con l'età media più alta, pari a 65,5 anni. Il progressivo invecchiamento della popolazione, ben visibile nella piramide delle età, è ben evidenziato anche dal diretto confronto tra la numerosità degli anziani e quella dei giovani.

Continua, infatti, a crescere l'indice di vecchiaia (che misura il numero persone di 65 anni e più ogni 100 giovani di 0-14 anni) che passa dal 187,6% del 2021 al 193,1% del 2022 (era pari al 148,7% nel 2011). Valori più bassi di tale indicatore afferiscono alla Campania e al Trentino-Alto Adige (rispettivamente 148,6% e 150,8%), mentre il valore più alto si registra in Liguria (270,8%).

Nel 2022 la speranza di vita alla nascita evidenzia un valore di 80,6 anni per gli uomini e di 84,8 anni per le donne a livello nazionale. Rispetto al 2021 solo gli uomini presentano progressi, grazie a un incremento di circa 4 mesi di vita in più. Per le donne, invece, il valore della speranza di vita alla nascita rimane invariato. I livelli di sopravvivenza del 2022 risultano però ancora più bassi rispetto a quelli del periodo pre-pandemico, con una speranza di vita alla nascita inferiore di circa 6 mesi rispetto al 2019, sia tra gli uomini sia tra le donne. Nel Nord la speranza di vita alla nascita è di 81,0 anni per gli uomini e di 85,2 anni per le donne; i primi recuperano circa due mesi e mezzo sul 2021, mentre le seconde ne perdono uno.

La Provincia autonoma di Trento è l'area del Paese, tra le Regioni, con la più alta speranza di vita alla nascita sia tra gli uomini (82,1 anni) sia tra le donne (86,3). Le Regioni del Centro, tranne che per le donne residenti in Umbria, presentano un uniforme incremento di sopravvivenza, anche se lieve, rispetto al 2021: per gli uomini l'incremento è di circa 4 mesi, mentre per le donne di circa 2 mesi e mezzo.

Il Mezzogiorno evidenzia a sua volta incrementi sul 2021 in linea con quelli del Centro, ma rivela al suo interno una situazione più eterogenea. In alcune sue Regioni si registrano incrementi superiori al mezzo anno di vita (in Puglia e in Molise, in quest'ultimo caso limitatamente agli uomini), in altre si assiste a un peggioramento della situazione, in particolare in Sardegna, dove gli uomini perdono circa mezzo anno di vita e le donne circa uno. La Campania, con valori della speranza di vita alla nascita di 79 anni per gli uomini e di 83,1 per le donne, resta la Regione dove si vive meno a lungo.

Segnali positivi si registrano per i movimenti migratori, mostrando, rispetto al 2021, incrementi moderati nei flussi migratori interni e incrementi più marcati per le iscrizioni dall'estero, cui si accompagna una riduzione dei flussi in uscita dal Paese. La differenza tra entrate (411mila) e uscite (150mila) con l'estero restituisce un saldo migratorio netto pari a +261mila, il più alto osservato negli ultimi 11 anni. Il tasso migratorio con l'estero, pari al 4,4 per mille in media nazionale, varia dal 3,2 per mille del Mezzogiorno al 5,1 per mille del Centro. I movimenti tra Comuni hanno coinvolto 1 milione 471 persone, il 3,4% in più sul 2021. Il Nord, con un saldo migratorio interno positivo di 58mila unità, conferma la propria vocazione di area più attrattiva del Paese, mentre prosegue la perdita di popolazione nel Mezzogiorno (-67mila). La popolazione di cittadinanza straniera, pari a 5 milioni e 141mila unità al 31 dicembre 2022, è in aumento di 111mila individui sull'anno precedente (+2,2%), raggiungendo un'incidenza sulla popolazione totale dell'8,7%.

Nel 2022 la dinamica naturale della popolazione straniera residente è ampiamente positiva in tutte le Regioni, ma in calo rispetto agli ultimi anni. La diminuzione, sia dei nati stranieri (53mila, -6,8% rispetto al 2021) sia dei decessi di stranieri (10mila, -1,3%), determina un saldo naturale di 43mila unità che, seppure positivo, si riduce del 7,9% rispetto al 2021 e del 22,1% rispetto al 2019. Tra gli stranieri risultano in ripresa le immigrazioni (336mila, +38,1% sul 2021) e in calo le emigrazioni (51mila, -20,9%), producendo un saldo migratorio con l'estero, ristretto ai soli cittadini stranieri, di 286mila unità. In termini di bilancio ottenuto nell'anno, le acquisizioni della cittadinanza italiana rappresentano una significativa voce in uscita per la popolazione straniera, in entrata per quella italiana: nel 2022 se ne contano 214mila, il 76,0% in più rispetto al 2021.

Decessi ancora sopra quota 700mila e speranza di vita in crescita solo per gli uomini

Nel 2022 i decessi sono stati 715mila, 342mila (il 48%) dei quali hanno interessato gli uomini e 373mila le donne (il 52%), per un tasso di mortalità complessivo pari al 12,1 per mille. Rispetto all'anno precedente il numero dei morti cresce di quasi 14mila unità con un incremento pari al 2%, in linea con l'intrinseca tendenza all'aumento, sottostante il progressivo invecchiamento della popolazione.

Il più alto numero di decessi si è avuto durante i mesi più rigidi, gennaio e dicembre, e nei mesi più caldi, luglio e agosto. In questi soli quattro mesi si sono rilevati 265mila decessi, quasi il 40% del totale, dovuti soprattutto alle condizioni climatiche avverse che hanno penalizzato, nella maggior parte dei casi, individui anziani e/o fragili dal punto di vista delle condizioni di salute. Nel frattempo, infatti, cresce sempre più il processo di compressione della curva di mortalità nelle età molto anziane.

Oltre 472mila deceduti, due su tre, presentano un'età maggiore o pari agli 80 anni, percentuale che nelle donne supera il 74% mentre per gli uomini si ferma al 57%. Il 47% dei decessi (333mila) si registra nel Nord. Al Centro i decessi sono 144mila (20%) e nel Mezzogiorno 237mila (33%). Rispetto al 2021 la ripartizione in cui si rileva l'incremento maggiore è il Nord (+3%); Centro e Mezzogiorno registrano aumenti, rispettivamente, del +1,2% e del +1,1%. In rapporto agli abitanti il Centro presenta una mortalità maggiore (12,3 per mille) rispetto al Nord (12,2 per mille) e al Mezzogiorno (11,9 per mille).

Questa graduatoria tra ripartizioni, tuttavia, è indotta più da una diversa struttura per età delle rispettive popolazioni, più anziane quelle del Centro-nord, che da una reale diversità dei fattori di rischio che avvantaggerebbero il Mezzogiorno. Lo dimostra, nello specifico, il fatto che le condizioni generali di sopravvivenza risultano più favorevoli proprio nel Centro-nord, come testimonia l'indicatore sulla speranza di vita alla nascita.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119109

nature

Le tracce dell'invecchiamento degli organi nel proteoma plasmatico tracciano la salute e la malattia

***Hamilton Se-Hwee Oh , Jarod Rutledge , Daniele Nachun , Zihuai He , ...Tony Wyss-Coray
Natura volume 624 , pagine164–172 (2023)***

Astratto

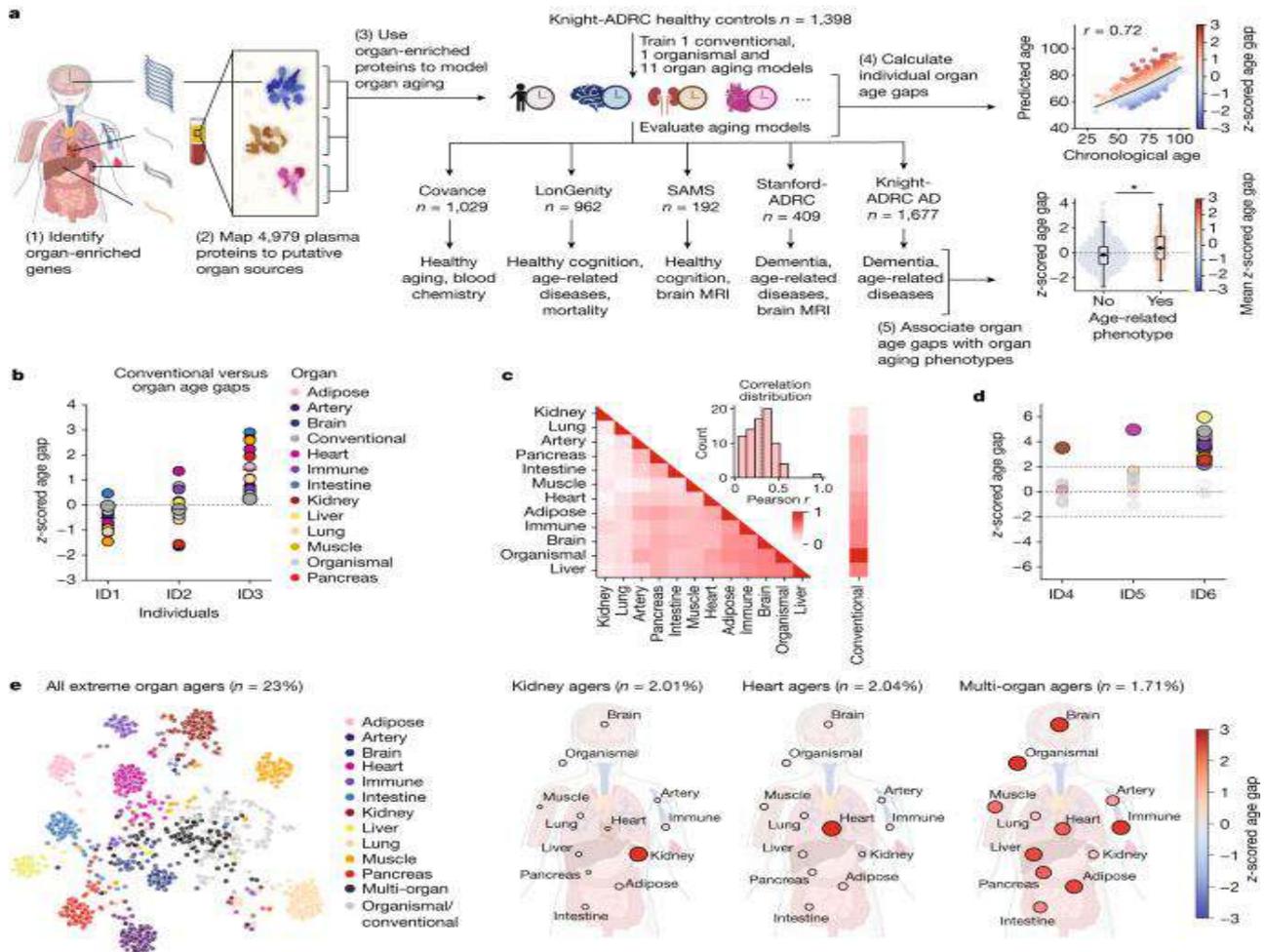
Gli studi sugli animali mostrano che l'invecchiamento varia da individuo a individuo nonché da un organo all'altro di un individuo [1](#) [2](#) [3](#) [4](#), ma non è noto se ciò sia vero negli esseri umani e il suo effetto sulle malattie legate all'età.

Abbiamo utilizzato i livelli di proteine del plasma sanguigno umano provenienti da organi specifici per misurare le differenze di invecchiamento organo-specifiche negli individui viventi. Utilizzando modelli di apprendimento automatico, abbiamo analizzato l'invecchiamento in 11 organi principali e stimato l'età riproducibile degli organi in cinque coorti indipendenti che comprendono 5.676 adulti nell'arco della vita umana. Abbiamo scoperto che quasi il 20% della popolazione mostra un'età fortemente accelerata in un organo e l'1,7% ha un'età multiorgano.

L'invecchiamento accelerato degli organi conferisce un rischio di mortalità più elevato del 20-50% e le malattie organo-specifiche sono correlate a un invecchiamento più rapido di tali organi. Abbiamo scoperto che gli individui con invecchiamento cardiaco accelerato hanno un rischio di insufficienza cardiaca aumentato del 250% e l'invecchiamento accelerato del cervello e dei vasi predittivi della progressione della malattia di Alzheimer (AD) indipendentemente e con la stessa forza del pTau-181 plasmatico (rif. [5](#)), il miglior metodo attualmente basato sul sangue biomarcatore per l'AD.

I nostri modelli collegano la calcificazione vascolare, le alterazioni della matrice extracellulare e la perdita di proteine sinaptiche al declino cognitivo precoce. Introduciamo un metodo semplice e interpretabile per studiare l'invecchiamento degli organi utilizzando dati di proteomica del plasma, prevedendo malattie ed effetti dell'invecchiamento.

Fig. 1: Le proteine plasmatiche possono modellare l'invecchiamento degli organi.



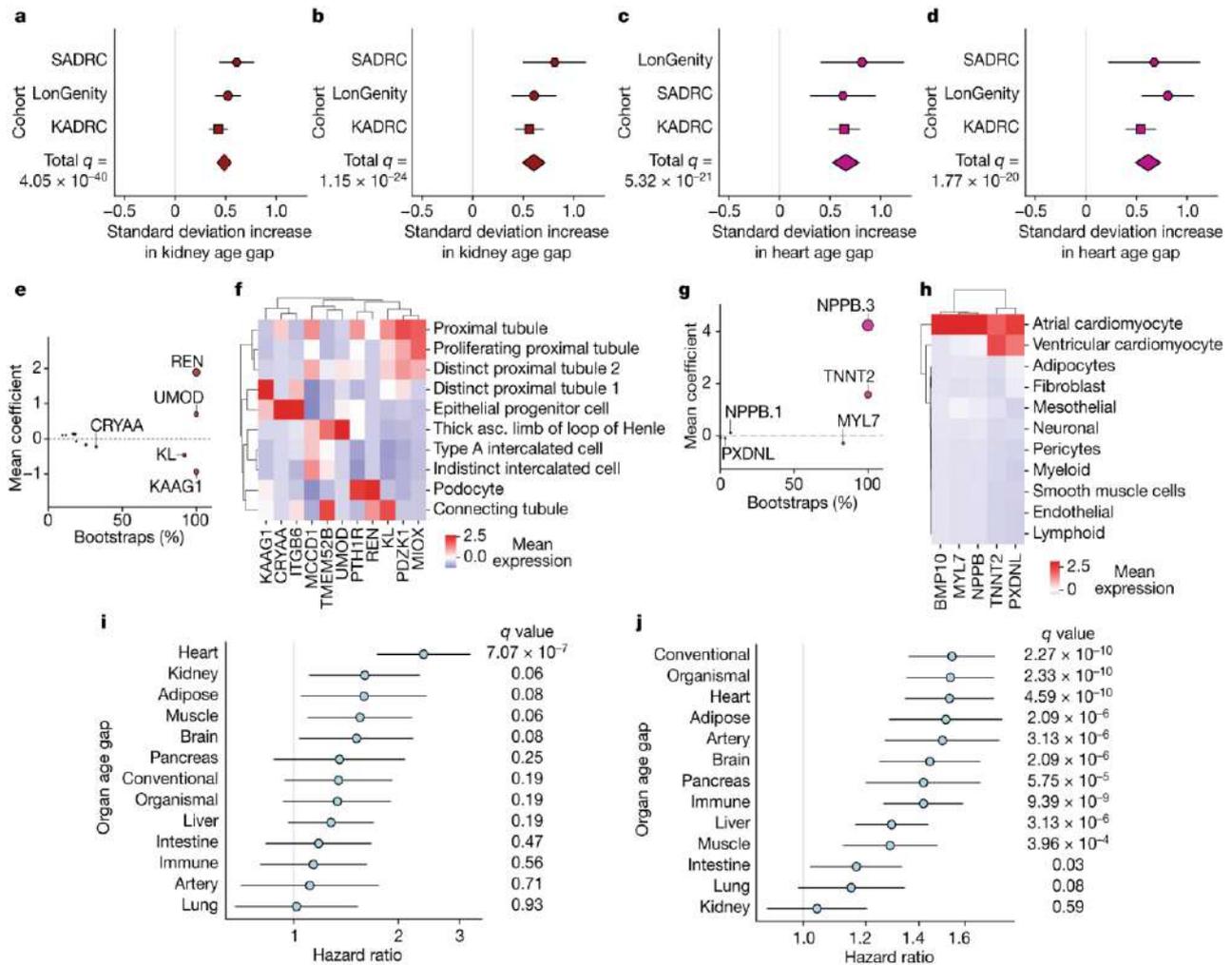
a, Disegno dello studio per stimare l'età biologica organo-specifica. Un gene veniva chiamato organo-specifico se la sua espressione era quattro volte più alta in un organo rispetto a qualsiasi altro organo in GTEX bulk organ RNA-seq. Questa annotazione è stata quindi mappata sul proteoma plasmatico. Sono stati utilizzati set di proteine organo-specifiche che si escludono a vicenda per addestrare i predittori dell'età cronologica LASSO in sacchi con dati provenienti da 1.398 individui sani nella coorte Knight-ADRC. Sono stati inoltre addestrati un modello "organismo", che utilizzava proteine non organo-specifiche (condivise dall'organo), e un modello "convenzionale", che utilizzava tutte le proteine indipendentemente dalla specificità. I modelli sono stati testati in quattro coorti indipendenti: Covance (n = 1.029), LonGenity (n = 962), SAMS (n = 192) e Stanford-ADRC (n = 420); i modelli sono stati testati anche nei pazienti con AD nella coorte Knight-ADRC (n = 1.677).

Per testare la validità dei modelli di invecchiamento degli organi, il divario di età è stato associato a molteplici misure di salute e malattia. Vengono mostrati un esempio di previsione dell'età (età prevista rispetto a età cronologica) e un esempio di associazione di differenza di età rispetto a fenotipo (divario di età rispetto a fenotipo, boxplot standard). **b**, Gli individui (ID) con la stessa differenza di età convenzionale possono avere profili di differenza di età degli organi diversi.

Vengono mostrati tre partecipanti di esempio. La barra rappresenta la differenza di età media tra n = 13 differenze di età. **c**, Correlazione a coppie dei divari di età degli organi da n = 3.774 partecipanti sani in tutte le coorti. La distribuzione di tutte le correlazioni a coppie è mostrata nell'istogramma nel riquadro, con la correlazione mediana con linea tratteggiata. Il divario di età del controllo era altamente correlato con il divario di età dell'organismo (r = 0,98), l'unico valore anomalo nel grafico di distribuzione dell'inserito. **d**,

Identificazione di età estreme, definite da un aumento o una diminuzione di due deviazioni standard in almeno una differenza di età. Vengono mostrati un'età renale rappresentativa, un'età cardiaca e un'età multiorgano. **e**, sono stati identificati tutti gli individui con età estrema (23% di tutti gli n = 5.676 individui) e raggruppati dopo aver impostato le differenze di età al di sotto di un punteggio z assoluto compreso tra 2 e 0. Le differenze di età medie per tutti gli organi nell'età renale, cardiaca e multi -Vengono mostrati i cluster di età degli organi.

Fig. 2: L'età degli organi predice la salute e la malattia.



a, Una meta-analisi incrociata di coorte dell'associazione (regressione lineare) tra il divario di età renale e l'ipertensione (con ipertensione $n = 1.566$, senza $n = 1.561$). Tasso di false scoperte (FDR) Valore $P_{meta} = 4,05 \times 10^{-40}$, dimensione dell'effetto $meta = 0,486$. (Tabella supplementare 10). **b**, Come in **a**, differenza di età renale rispetto al diabete (con diabete $n = 335$, senza $n = 2.839$). Valore $P_{FDR} meta = 1,15 \times 10^{-24}$, dimensione dell'effetto $meta = 0,604$. **c**, Come in **a**, differenza di età cardiaca rispetto a fibrillazione atriale o pacemaker (con fibrillazione atriale $n = 239$, senza $n = 2.936$). Meta del valore $P_{FDR} = 5,32 \times 10^{-21}$, meta della dimensione dell'effetto $meta = 0,657$. **d**, Come in **a**, ma per il divario di età cardiaca rispetto all'infarto (con anamnesi di infarto $n = 280$, senza $n = 2.904$). Valore $P_{FDR} meta = 1,77 \times 10^{-20}$, dimensione dell'effetto $meta = 0,615$. **e**, Tutti i coefficienti del modello di invecchiamento renale. L'asse x mostra la percentuale di istanze del modello nell'insieme imballato che include la proteina. La dimensione delle bolle viene ridimensionata in base al valore assoluto del peso medio del modello tra le istanze del modello (valore assoluto dell'asse y) (Tabella supplementare 7). **f**, Espressione di RNA unicellulare delle proteine modello di invecchiamento del rene 51. Valori medi di espressione normalizzati mostrati. **g**, Come in **e**, ma per il modello dell'invecchiamento cardiaco. **h**, Espressione dell'RNA di un'unica cellula del cuore umano 52. Valori medi di espressione normalizzati mostrati. **i**, Analisi di regressione del rischio proporzionale di Cox della relazione tra differenza di età degli organi e rischio futuro di insufficienza cardiaca congestizia nell'arco di 15 anni di follow-up nella coorte LonGenity per i soggetti senza storia di insufficienza cardiaca al basale ($n = 26$ eventi in 812 individui). Valore $P_{FDR} Cuore = 7,07 \times 10^{-7}$, rapporto di rischio $Cuore = 2,37$. (Tabella supplementare 11). **j**, Analisi di regressione del rischio proporzionale di Cox della relazione tra differenza di età degli organi e rischio di mortalità futura, oltre 15 anni di follow-up nella coorte LonGenity ($n = 173$ eventi in 864 individui). Valore $P_{FDR} Convenzionale = 2,27 \times 10^{-10}$, rapporto di rischio $Convenzionale = 1,54$. (Tabella supplementare 12). Tutte le barre di errore rappresentano intervalli di confidenza al 95%.

<https://www.nature.com/articles/s41586-023-06802-1/figures/2>

Le Rsa, la presa in carico degli anziani e la dura legge del "minutaggio"

Claudio Testuzza

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutti quegli interventi di cura ed assistenza che racchiudono insieme entrambe le componenti, quella sanitaria e quella sociale in un unicum inscindibile.

Sono da tempo contemplati dal nostro ordinamento che, sebbene li disciplini minuziosamente sin dagli albori del Sistema sanitario nazionale, per arrivare ai più contemporanei Lea, alimentano da un decennio un animato contenzioso per la determinazione pratica di chi, di volta in volta, se ne debba assumere gli oneri economici tra Asl, Comuni e cittadini.

Attualmente sull'intero territorio nazionale sono presenti 12.576 presidi residenziali per un ammontare complessivo di circa 414mila posti letto, ovvero 7 ogni mille persone residenti.

Il computo complessivo naturalmente riguarda tutte le diverse tipologie di strutture, rivolte a una molteplicità di soggetti (anziani autosufficienti e non, minori, vittime di violenze, disabili, soggetti con dipendenze e così via). Sul numero totale di ospiti presenti al 1° gennaio 2022, pari a 356.556, gli anziani (65anni e più) rappresentano oltre i tre quarti del totale, vale a dire poco meno di 267mila persone; di questi, l'80% (circa 215mila unità) si trova in una condizione di non autosufficienza.

L'aumento delle strutture residenziali è avvenuto in tutta Europa. Dal 2008 a oggi l'incremento è stato originato da iniziative private con finalità d'investimento a fine di generare profitti.

In sostanza, il funzionamento di tali case di cura organizzate sotto la forma giuridica di una società privata (di capitale) non differisce da quello di altre società private.

Da un lato, il profitto viene realizzando il massimo fatturato possibile in altre parole, vendendo il proprio prodotto o servizio e, dall'altro, riducendo talvolta al minimo i costi.

Per raggiungere questi obiettivi è stato possibile applicare un'ampia varietà di metodi, tra cui: mantenere basso il numero del personale; contenerne i salari; cercare i fornitori più economici e spesso esternalizzare attività secondarie.

L'organizzazione attuale delle Rsa è subordinata alle normative regionali di accreditamento: in questo settore esiste una differenziazione su base regionale dei parametri di assistenza, tutti comunque legati alla logica dei "minutaggi" di assistenza attribuiti al singolo paziente.

Entrando nel merito in regioni come la Lombardia, il minutaggio per le Rsa stabilisce che 911 minuti la settimana a paziente sia il tempo sufficiente a garantire assistenza e cure sanitarie.

Dividendo poi i minuti per i 7 giorni la settimana abbiamo circa due ore e dieci di assistenza giornaliera, moltiplicate per il numero dei pazienti e poi dividendo per le ore di un turno, otteniamo che per un reparto di 20 anziani potrebbero essere sufficienti 6 operatori a copertura delle 24 ore.

Questi numeri sono comprensivi di tutte le figure professionali.

A volte anche le figure amministrative rientrano nel minutaggio.

In altre Regioni i parametri rapportati a minutaggi sono divisi fra le varie figure professionali, ma il meccanismo resta lo stesso: fare quel che si deve fare nel minor tempo possibile.

I parametri stabiliti sono i parametri minimi ma difficilmente chi si aggiudica un appalto mette a proprio carico migliorie significative e il risparmio per aggiudicarsi i vari appalti si gioca non solo sul numero del personale.

La difesa dei diritti degli utenti si scontra con le difficoltà di accesso che nel periodo del Covid sono state particolarmente difficili sia per i pazienti che per gli operatori, con la mancanza di organismi di reale partecipazione dei familiari, con la burocratizzazione delle normative e delle procedure.

Con l'approvazione della Legge n. 33 del marzo 2023 in favore delle persone anziane indubbiamente è stato fatto un importante passo in avanti, ma il percorso è ancora lungo e pone notevoli sfide a chi dovrà definirne le modalità concrete di attuazione.

Bisognerà infatti giungere a un quadro di regole strutturale, che definisca i principi cardine, la governance multi-livello, l'insieme coerente dei servizi e la valorizzazione di tutti gli attori in campo, e soprattutto del personale infermieristico di cui si sottolinea l'insufficienza.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-12-12/le-rsa-presa-carico-anziani-e-dura-legge-minutaggio-120437.php?uuid=AFhP770B&cmpid=nlqf>

Guarda il nuovo docu-ForumDD

“La Pa che vorremmo.

Rigenerare le amministrazioni pubbliche per garantire i diritti e attrarre i giovani”

**11 DICEMBRE ore 17:00
PRESENTAZIONE ONLINE**

Per realizzare politiche necessarie a un Paese più giusto, l'Italia ha bisogno di rigenerare la propria pubblica amministrazione. Oggi una PA sottodimensionata e invecchiata che ha perso 169 mila persone in dieci anni può radicalmente trasformarsi attraverso l'entrata di 500mila giovani. Il nuovo mini documentario firmato ForumDD racconta come assumerli presto e bene non solo sia possibile ma va incontro all'interesse di tutte e tutti.

Le **politiche necessarie a realizzare l'obiettivo di un Paese più giusto**, da quelle per la salute a quelle per la transizione energetica, per la scuola o per il miglioramento della vita nelle periferie e nelle aree interne, hanno bisogno di un **salto di qualità della pubblica amministrazione** e del suo rinnovamento con l'immissione di una grande quantità di giovani motivati e competenti.

Il **Forum Disuguaglianze e Diversità**, da anni convinto che la rigenerazione della PA sia un tema centrale per l'attuazione delle politiche pubbliche, ha prodotto un **mini-documentario** dal titolo **“La PA che vorremmo. Rigenerare le amministrazioni pubbliche per garantire i diritti e attrarre i giovani”**. Nei prossimi anni lo sblocco del turn-over consentirà **l'ingresso di 500 mila giovani**, con la possibilità di raddoppiare il numero degli impiegati tra i 24 e i 39 anni che oggi sono meno di un sesto. Si tratta di un'occasione da non mancare, per l'Italia ma anche per molti giovani che in questo modo potranno utilizzare le proprie competenze per l'interesse pubblico.

Oggi **i dati ci raccontano di una pubblica amministrazione sottodimensionata e invecchiata**: negli ultimi dieci anni, secondo un'elaborazione del ForumPA su dati della Ragioneria generale dello Stato, **il numero dei dipendenti si è ridotto di 169 mila unità** solo nei principali comparti (PA centrale, PA locale; scuola e formazione; sanità) e **l'età media si è pericolosamente alzata**, dai 44,2 anni del 2001 ai 50,7 del 2021, con solo il 3,6% del personale stabile under 30. Inoltre **l'Italia ha un numero totale di impiegati pubblici inferiore a quello dei principali paesi europei, sia in proporzione alla popolazione** (5,5 impiegati pubblici ogni 100 abitanti, mentre sono 6,1 in Germania; 7,3 in Spagna; 8,1 in UK; 8,3 in Francia), **sia in proporzione agli occupati** (14 impiegati pubblici ogni 100 occupati contro i 16,9 in UK, i 17,2 in Spagna, i 19,2 in Francia).

“La PA che vorremmo. Rigenerare le amministrazioni pubbliche per garantire i diritti e attrarre i giovani”

Il documentario racconta **che reclutare presto e bene giovani preparati, motivati e con le conoscenze e le competenze necessarie** per affrontare le nuove sfide della pubblica amministrazione è possibile perché sta già accadendo in diverse amministrazioni pubbliche del Paese, nonostante la PA italiana stia facendo i conti con un mercato del lavoro molto diverso rispetto a qualche anno fa. **I concorsi hanno infatti perso attrattività**: nel 2021 il numero dei candidati per ogni posto è sceso a un quinto del biennio precedente e, in media, **due vincitori su dieci hanno rinunciato al posto con punte del 50% per quelli a tempo determinato**. La PA, inoltre, sta

conoscendo anche un'inedita competitività tra enti pubblici: nell'ultimo biennio il 42% dei candidati ha partecipato a più concorsi, e sono molti i vincitori che prendono servizio, ma lasciano dopo pochi mesi.

Per raggiungere l'obiettivo di rinnovare la PA occorre quindi **curare tutte le fasi del processo di reclutamento**: dall'identificazione chiara dei **bisogni della PA**, alla **comunicazione** delle conoscenze e competenze richieste, alle **prove concorsuali** sfidanti in grado di testare la capacità di risolvere problemi, valutate da una **commissione ben assortita e ben motivata**. Il contrario di quanto previsto con una recente legge sul rafforzamento delle amministrazioni pubbliche (74/2023) che ha addirittura previsto di assumere solo tramite prova scritta rinunciando al fondamentale contatto diretto tra la commissione e il candidato.

Il documentario sarà presentato l'11 dicembre alle ore 17:00 con [un evento online trasmesso sul canale Youtube del ForumDD](#). Parteciperanno: **Carlo Mochi Sismondi**, FPA-FORUMPA e Forum Disuguaglianze e Diversità; **Michele Bertola**, Comune di Monza e Associazione direttori generali Enti Locali; **Raffaella Saporito**, Università Bocconi; **Paola Suriano**, formatrice ed esperta di processi di selezione; **Alessandro Bacci**, Direttore del personale, Ministero dell'Economia e delle Finanze; **Paola Caporossi**, Fondazione Etica, un/una rappresentante di "Officine Italia"; **Fabrizio Barca**, Forum Disuguaglianze e Diversità. Modera: **Silvia Vaccaro**, Forum Disuguaglianze e Diversità. Sarà presente anche l'autrice del video **Caterina Grizzo**.

Health at a Glance provides the latest comparable data and trends on population health and health system performance. This Country Note shows how Italy compares to other OECD countries across indicators in the report.

How does Italy perform overall?

This section shows key indicators, and also how often Italy is above the OECD average on relevant indicators (where data are available for Italy).

Health status



Key indicators:

Life expectancy was 82.7 years, 2.4 years above the OECD average. Preventable mortality was 91 per 100,000 (lower than the OECD average of 158); with treatable mortality at 55 per 100,000 (lower than the OECD average of 79). 8.1% of people rated their health as bad or very bad (OECD average 7.9%). Diabetes prevalence was similar to the OECD average.

Italy performs better than the OECD average on 53% of indicators

(Based on 19 indicators, data missing for 0 indicators)

Risk factors



Key indicators:

Smoking prevalence, at 19.1%, was higher than the OECD average of 16.0%. Alcohol consumption was lower than the OECD average; at 7.7 litres per capita versus 8.6. Obesity prevalence was 12.0%, lower than the OECD average of 18.4%. There were 40.8 deaths from air pollution per 100,000 population (OECD average 28.9).

Italy performs better than the OECD average on 50% of indicators

(Based on 12 indicators, data missing for 1 indicator)

Quality of care



Key indicators:

Acute care: 30-day mortality after stroke was 6.6% (OECD average 7.8%), and 5.3% after AMI (OECD average 6.8%). Primary care: There were 214 avoidable admissions per 100,000 population, less than the OECD average of 463. Safe prescribing: Italy prescribed more antibiotics than on average in the OECD. Preventive care: 56% of women were screened for breast cancer, similar to the OECD average of 55%.

Italy performs better than the OECD average on 80% of indicators

(Based on 25 indicators, data missing for 8 indicators)

Access to care



Key indicators:

All of the population is covered for a core set of services. 55% of people were satisfied with the availability of quality healthcare (OECD average 67%). Financial coverage, with 75% of spending covered by mandatory prepayment, was similar to the OECD average of 76%. Out-of-pocket spending, at 22% of health expenditure, was higher than the OECD average of 18%. 1.8% of the population reported unmet needs (OECD average 2.3%).

Italy performs better than the OECD average on 38% of indicators

(Based on 16 indicators, data missing for 2 indicators)

Health system resources



Key indicators:

Italy spends \$4291 per capita on health, less than the OECD average of \$4986 (USD PPP). This is equal to 9.0% of GDP, compared to 9.2% on average in the OECD. There are 4.1 practising doctors per 1,000 population (OECD average 3.7); and 6.2 practising nurses (OECD average 9.2). Italy has 3.1 hospital beds per 1,000 population, less than the OECD average of 4.3.

Italy is above the OECD average on 34% of indicators

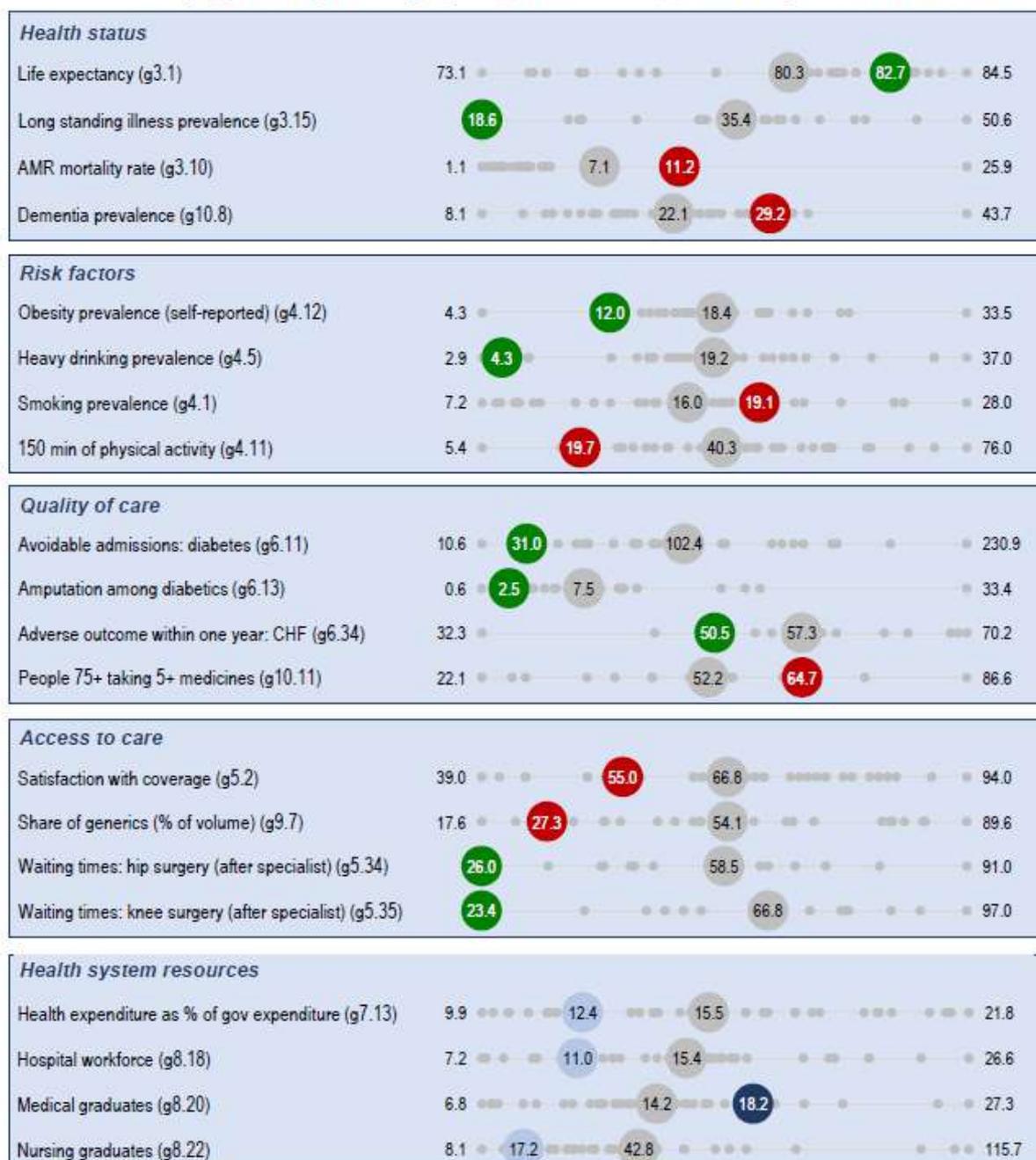
(Based on 29 indicators, data missing for 3 indicators)

Note: Overall comparisons of health status, risk factors, access, quality and resources are unweighted and therefore not measures of performance; OECD averages for quality of care are based on Chapter 1 (and differ slightly from averages in Chapter 6 due to differences in country coverage)

On which indicators does Italy perform well or badly?

The graphs below show selected indicators from *Health at a Glance 2023* where the performance of Italy deviates markedly from the OECD on average. For more details on the data presented, please refer to the full report, using the graph references provided (e.g. g5.1).

Italy: ● Better ● Worse ● Higher ● Lower ● OECD average ● Other OECD countries



La spesa pubblica per Long-term care in Italia

Negli ultimi 10 anni diminuisce la spesa reale per gli anziani non autosufficienti

Franco Pesaresi, | 04 settembre 2023

Dopo l'approvazione della L. 33/2023 ("Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane") e in attesa dei decreti legislativi attuativi della Legge delega può essere molto utile fare il punto sulla spesa per l'assistenza di lungo termine (long-term care - LTC) in Italia con particolare riferimento a quella per gli anziani non autosufficienti.

La Long-Term Care (LTC) comprende ogni forma di assistenza fornita a persone non autosufficienti lungo un periodo di tempo esteso senza data di termine predefinita. La LTC indica la gamma di servizi - sociali, sociosanitari e sanitari - che assistono le persone con limitazioni funzionali o cognitive (malattia, invecchiamento, disabilità psichica e fisica) nella loro capacità di prendersi cura di sé stessi e di interagire con gli altri (OECD, 2021). Il concetto di "cure di lungo termine" implica un supporto duraturo a favore di individui in una condizione di perdita e/o riduzione dell'autonomia a causa di invecchiamento, malattie pregresse o croniche, disabilità fisica o psicofisica.

Che cosa comprende la LTC?

Il Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) provvede annualmente a definire le "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario" (MEF, 2023b). In questo documento viene calcolata, fra l'altro, la spesa pubblica annua (in rapporto al PIL) per l'assistenza di lungo termine, la proiezione fino al 2070 di tale spesa e vengono anche identificate le componenti della LTC.

In particolare, la spesa pubblica per LTC include le seguenti tre componenti:

1. la spesa sanitaria per LTC;
2. le indennità di accompagnamento;
3. gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti (che il MEF classifica come "Altre prestazioni LTC").

La componente sanitaria della spesa per LTC

La componente sanitaria della spesa per LTC comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa. In Italia, tale componente include l'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e assistenza residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto.

La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2022, pari a circa lo 0,7% del PIL (Cfr. Tab.1), corrisponde al 10,2% della spesa sanitaria complessiva.

L'assistenza rivolta agli anziani rappresenta circa due terzi della spesa sanitaria complessiva per LTC. Tale percentuale, nel 2022, è suddivisa fra la componente erogata in forma residenziale, che copre il 53% circa della spesa, e quella non-residenziale che copre la parte restante.

Per il futuro, il MEF non tiene conto dell'approvazione della L. 33/2023 e, ad invarianza di legge rispetto al 2022, ipotizza addirittura un'incidenza della spesa complessiva sul PIL in diminuzione che raggiungerà la quota dello 0,62% nel 2026, mentre tornerà poi ai valori pre-crisi nel 2030. A partire dal 2027, la previsione presenta un andamento regolare di crescita fino al 2064 e inizia a flettere leggermente negli anni successivi. Nel 2070 il rapporto spesa/PIL raggiungerà l'1% registrando un incremento di circa 0,3 punti percentuali rispetto al 2022 (MEF, 2023b).

Le previsioni del rapporto fra la spesa sanitaria per LTC e il PIL tengono conto di tre fattori: l'effetto delle scelte di politica

economica, l'evoluzione dei tassi di occupazione e le dinamiche demografiche[*note*]La componente demografica costituisce un fattore di forte espansione del rapporto fra spesa sanitaria per LTC e PIL. L'invecchiamento della popolazione, e il conseguente aumento degli anziani, si traduce infatti in un maggior consumo di prestazioni riconducibili alla spesa per LTC. Tale spinta risulta solo parzialmente contrastata dall'effetto di contenimento esercitato dall'aumento del tasso di occupazione. Vale rilevare che, in rapporto al PIL, l'incremento della spesa sanitaria per LTC è circa il doppio rispetto a quello previsto per la spesa sanitaria per acute care. Questo risultato dipende prevalentemente dal diverso impatto del fattore demografico sui due aggregati di spesa, in ragione del grado di correlazione del consumo sanitario con l'età degli assistiti quando si considera la spesa sanitaria per acute care (MEF, 2023b).[*note*].

La spesa per le indennità di accompagnamento

La seconda componente è costituita dalle indennità di accompagnamento erogate a invalidi e ciechi civili e dalle indennità di comunicazione riconosciute ai sordomuti. Si tratta, nel complesso, di prestazioni monetarie erogate in presenza di limitazioni psicofisiche che determinano condizioni di non autosufficienza. Questa caratteristica la rende parte integrante della spesa pubblica per LTC. Il riconoscimento del diritto prescinde da qualsiasi requisito reddituale del beneficiario.

Il numero di prestazioni in pagamento alla fine del 2022 è di circa 1.980.000 unità, per una spesa che ammonta allo 0,7% del PIL. Il 92% delle prestazioni è erogato a favore degli invalidi civili (totali e parziali), corrispondente al 94% della spesa totale.

Le indennità di accompagnamento erogate agli invalidi civili, che coprono la quasi totalità della spesa complessiva, sono fortemente correlate con l'età. Infatti, l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione residente di pari età e sesso, nelle fasce di età fino ai 65 anni, rimane sostanzialmente stabile, per poi salire rapidamente nelle fasce di età successive. Oltre i 90 anni, l'incidenza risulta in media pari al 27% per i maschi e al 44%, per le femmine. Incrementi altrettanto significativi, sebbene rapportati a una dimensione molto più contenuta, si registrano per le indennità di accompagnamento dei ciechi.

Diverso è, invece, il caso delle indennità dei sordomuti, per le quali il legame con l'età è sostanzialmente assente. Vale, tuttavia, rilevare che l'incidenza sulla popolazione delle indennità per i sordomuti è estremamente bassa attestandosi, mediamente, su una percentuale inferiore allo 0,1%, per entrambi i sessi.

Per il futuro, il MEF prevede (sempre ad invarianza legislativa) una crescita continua della spesa a partire dal 2029 con un'evidente accelerazione nel periodo 2044-2053. Negli anni successivi, la crescita del rapporto tra spesa e PIL rallenta attestandosi su un valore pari quasi l'1% del PIL nel 2070.

La costante crescita del rapporto spesa/PIL prevista nel medio-lungo periodo è essenzialmente imputabile al fattore demografico. Infatti, il rapporto tra numero di indennità ed occupati passa, nel periodo 2029-2070, dal 9,2% al 13,5% (MEF, 2023b).

La spesa per "Altre prestazioni LTC" (gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale)

L'aggregato che il MEF chiama "Altre prestazioni LTC" raccoglie un insieme di prestazioni eterogenee, prevalentemente in natura, erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

Essa comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale. Le prime vengono riconosciute in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative. Le seconde sono riconosciute in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare). Oltre alle prestazioni in natura, vi sono anche, seppure in misura minoritaria, prestazioni monetarie per lo più assimilabili alle indennità di accompagnamento[*note*]In particolare, la spesa relativa alle prestazioni di natura semi-residenziale rappresenta circa il 67% delle prestazioni in natura erogate.[*note*].

Per il 2022, la spesa pubblica relativa agli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale, che il MEF chiama "altre prestazioni LTC", è stimata nello 0,28% del PIL di cui il 57,2% è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale e residenziale e il rimanente 42,8% a trasferimenti in denaro[*note*]Questa componente comprende sia i contributi economici erogati direttamente agli utenti, sia i contributi erogati per agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette a particolari categorie di utenti.[*note*].

Per il futuro è previsto un costante aumento della spesa che porterà l'incidenza della spesa sul PIL quasi a raddoppiare, rispetto al livello iniziale, attestandosi a un valore pari a 0,54% del PIL nel 2070. La crescita è prevalentemente legata alla dinamica del fattore demografico.

La spesa totale per LTC

La spesa pubblica complessiva per LTC ottenuta sommando le tre componenti ammonta, nel 2022, all'1,7% del PIL, di cui la parte erogata a soggetti con più di 65 anni rappresenta l'1,28% (il 74% del totale) (Cfr. Tab.1).

Tenendo conto che nel 2022 ogni punto di PIL valeva circa 19,1 miliardi di euro (MEF, 2023a), questo vuol dire che la spesa complessiva pubblica per le cure di lungo termine è stata di 32,4 miliardi di euro di cui 24,4 per gli anziani non autosufficienti.

La gran parte della spesa è assorbita dalla componente sanitaria e dalle indennità di accompagnamento che coprono complessivamente l'83,5% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 40,5% e il 43%). Il restante 16,5% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali locali (Cfr. Tab.1) (MEF, 2023b).

Tab. 1 - Spesa pubblica per LTC per componenti – anno 2022

Spesa pubblica LTC per componenti	TOTALE			65+ ANNI		
	Spesa in mld €	Spesa/PIL	% sul totale	Spesa in mld €	Spesa/PIL	% sul totale
Componente sanitaria per LTC	13,4	0,70%	40,5%	9,0	0,47%	36,9%
Indennità di accompagnamento	14,2	0,74%	43,0%	10,7	0,56%	43,7%
Altre prestazioni LTC	5,4	0,28%	15,5%	4,7	0,25%	19,4%
TOTALE	33,0	1,73%	100,0%	24,4	1,28%	100,0%

Fonte: Mef, 2023b + ns. elaborazione per stime di spesa in euro

La spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL, per il futuro, è destinata a crescere costantemente: il MEF stima che passerà dall'1,7% del 2022 al 2,5% del 2070. Tale aumento si distribuirà in modo pressoché uniforme nel periodo di previsione, stabilizzandosi a partire dal 2060.

La spesa pubblica per LTC per macrofunzione

La spesa per LTC può essere opportunamente articolata anche per macrofunzioni (Cfr. Tab.2). In particolare, questa si può distinguere tra assistenza domiciliare (*at home*), assistenza residenziale e semi-residenziale (*in institutions*) e le prestazioni monetarie (*cash benefits*). Nella macrofunzione dell'Assistenza residenziale sono state incluse anche le prestazioni erogate in semi-residenzialità.

La distribuzione per macrofunzione evidenzia che le prestazioni monetarie rappresentano il 50% della spesa complessiva per LTC che diventa il 51% nell'assistenza agli anziani non autosufficienti (per una spesa a favore di questi ultimi di circa 12,4 miliardi di €). Sempre per gli anziani non autosufficienti, il resto della spesa pubblica viene assorbita per il 29,7% dall'assistenza residenziale e semi-residenziale (7,2 mld di euro) e dall'assistenza domiciliare per il 19,3% del totale della spesa (4,8 miliardi di euro).

Tab. 2 - Spesa pubblica per LTC per macrofunzione – anno 2022

Spesa pubblica LTC per macrofunzioni	TOTALE			65+ ANNI		
	Spesa in mld €	Spesa/PIL	% sul totale	Spesa in mld €	Spesa/PIL	% sul totale
Assistenza domiciliare	5,3	0,28%	16,2%	4,8	0,25%	19,3%
Assistenza	11,1	0,58%	33,8%	7,2	0,38%	29,7%

residenziale e semiresid.						
Prestazioni monetarie	16,6	0,87%	50,0%	12,4	0,65%	51,0%
TOTALE	33,0	1,73%	100,0%	24,4	1,28%	100,0%

Fonte: Mef, 2023b + ns. elaborazione per stime di spesa in euro

La spesa per LTC rispetto a dieci anni fa

Negli ultimi dieci anni, la spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL è diminuita passando dal 1,84% del 2012 al 1,73% del 2022 (Cfr. Tab. 3).

Per quel che riguarda invece la spesa relativa al solo segmento degli anziani non autosufficienti questa è rimasta sostanzialmente stabile pur modificandosi al suo interno. Negli ultimi 10 anni è cambiato il peso delle diverse componenti con una riduzione del contributo della sanità e delle indennità di accompagnamento che è stata tutta compensata da un aumento del contributo dei Comuni (anche finanziati dalle Regioni e dallo Stato). La stessa stabilità si è registrata nella distribuzione della spesa per anziani tra le tre macrofunzioni (Cfr. Tab. 4).

Tab. 3 - Spesa pubblica per LTC per componenti in rapporto al PIL – anni 2012 e 2022

Componente	Spesa/PIL	Spesa/PIL	Spesa/PIL 55+ anno 2012	Spesa/PIL 55+ anno 2022
	Anno 2012	Anno 2022		
Componente sanitaria per LTC	0,86%	0,70%	0,50%	0,47%
Indennità di accompagnamento	0,81%	0,74%	0,63%	0,56%
Altre prestazioni LTC	0,17%	0,28%	0,13%	0,25%
TOTALE	1,84%	1,73%	1,27%	1,28%

Fonte: ns. elaborazione su dati Mef, 2023b e MEF 2013

Ma in realtà la riduzione dell'impegno pubblico non c'è stato solo nei settori della disabilità, della salute mentale e della dipendenza da sostanze perché occorre anche tener conto delle modificazioni demografiche che sono avvenute negli ultimi 10 anni. Gli anziani sono passati dai 12.639.829 del 2012 ai 14.177.000 del 2022 con un conseguente aumento del numero degli anziani non autosufficienti di almeno il 12%. Se la percentuale del PIL dedicata agli anziani non autosufficienti rimane la stessa e questi ultimi aumentano quantitativamente del 12% il risultato banale, ma ovvio, è che le risorse ad essi dedicate si riducono pro-capite della stessa percentuale. Per cui si può serenamente affermare che negli ultimi dieci anni le risorse per LTC dedicate agli anziani non autosufficienti si sono ridotte in modo significativo.

Tab. 4 - Spesa pubblica per LTC per macrofunzioni in rapporto al PIL – anni 2012 e 2022

	Spesa/PIL	Spesa/PIL	Spesa/PIL 55+ anno 2012	Spesa/PIL 55+ anno 2022
	Anno 2012	Anno 2022		
Assistenza domiciliare	0,48%	0,26%	0,23%	0,25%
Assistenza residenziale e semiresid.	0,52%	0,58%	0,39%	0,38%
Prestazioni monetarie	0,84%	0,87%	0,65%	0,65%
TOTALE	1,84%	1,73%	1,27%	1,28%

Fonte: ns. elaborazione su dati Mef, 2023b e MEF 2013

Il confronto con l'Europa

Il confronto con l'Europa presenta qualche difficoltà tecnica perché i dati non sono aggiornatissimi e perché, seppur in miglioramento costante, continuano a permanere differenti sistemi nazionali di valutazione delle spese afferenti al sistema LTC (in sostanza vengono comprese prestazioni non sempre omogenee). Valga per tutti il dato della Germania, che vanta il sistema di assistenza alla non autosufficienza fra i più importanti al mondo, a cui viene attribuito un livello di spesa rispetto al PIL (1,6%) inferiore a quello italiano (1,7%), anche se questo può essere spiegato dal valore del PIL tedesco che è superiore del 30% di quello italiano (in sostanza l'1,6% tedesco varrebbe come un 2,2% italiano).

Comunque i dati afferenti al 2019 collocavano l'Italia perfettamente in linea con la spesa media pubblica dell'Unione Europea (1,7% del PIL). C'è però anche da registrare la straordinaria diversità di spesa pubblica che si registrava nei Paesi dell'Unione - dallo 0,2% della Grecia al 3,7% dell'Olanda - che influenzava in modo significativo il calcolo della media europea (Cfr. Tab. 5).

Tab. 5 – Spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL nell'Unione Europea nel 2019 e previsioni al 2070

Nazione	2019	Previsione 2070	Nazione	2019	Previsione 2070
Grecia	0,2	0,2	Slovenia	1,0	2,1
Bulgaria	0,3	0,4	Malta	1,1	2,5
Cyprus	0,3	0,6	Irlanda	1,3	2,6
Croazia	0,4	0,6	Repubblica Ceca	1,5	2,9
Estonia	0,4	0,7	Germania	1,6	2,3
Romania	0,4	0,7	Italia	1,7	2,7
Portogallo	0,4	0,8	EU27	1,7	2,9
Lettonia	0,5	0,6	Austria	1,8	3,6
Ungheria	0,6	1,2	Francia	1,9	2,8
Spagna	0,7	1,5	Finlandia	2,0	4,2
Polonia	0,8	2,3	Belgio	2,2	4,3
Repubblica Slovacca	0,8	2,5	Svezia	3,3	5,7
Lituania	1,0	1,7	Danimarca	3,5	7,5
Lussemburgo	1,0	1,7	Olanda	3,7	6,4

Fonte: EC (2021)

Sintesi

La spesa per la long-term care in Italia assorbe l'1,73% delle risorse del Prodotto Interno lordo (PIL). Rispetto a 10 anni fa la quota di PIL dedicata alle cure di lungo termine è addirittura diminuita dato che nel 2012 era dell'1,84%. La riduzione ha coinvolto soprattutto la spesa per l'assistenza ai disabili, ai malati mentali e ai tossicodipendenti con particolare riferimento all'assistenza sanitaria ambulatoriale e domiciliare.

L'assistenza di lungo termine agli anziani, negli ultimi 10 anni, è rimasta stabile assorbendo sempre la stessa quota di risorse che nel 2022 era pari all'1,28% del PIL. Si tratta di circa 24,4 miliardi di euro, in maggioranza utilizzate per prestazioni monetarie di vario genere (12,4 miliardi). La quota più modesta dei diversi setting utilizzati è invece dedicata all'assistenza domiciliare sanitaria e sociale che impiega 4,8 miliardi pari al 19,3% di tutta la spesa per la LTC. I dati confermano, ma non ce n'era bisogno, che il sistema assistenziale italiano per la non autosufficienza si basa soprattutto sulle prestazioni economiche piuttosto che sui servizi da erogare alle famiglie. Una situazione che andrebbe ribaltata.

Ma a guardare in modo più approfondito i dati si scopre che anche la spesa reale per le cure di lungo termine per gli anziani non autosufficienti sono diminuite; occorre infatti tener conto che negli ultimi 10 anni gli anziani sono aumentati del 12%, e con essi anche quelli non autosufficienti, mentre la quota del PIL ad essi dedicata è rimasta stabile per cui il risultato oggettivo è una riduzione media delle risorse pro-capite per gli anziani non autosufficienti della medesima percentuale circa.

Si può pertanto legittimamente affermare che negli ultimi 10 anni le risorse dedicate alle cure di lungo termine per le persone non autosufficienti rispetto al PIL si sono ridotte, con particolare riferimento proprio agli anziani non autosufficienti dove la riduzione, in virtù del loro costante aumento numerico, ha toccato la percentuale del 12% circa. Si tratta di un aspetto critico che va assolutamente sottolineato perché al crescere naturale dell'invecchiamento della popolazione italiana e conseguentemente anche della popolazione non autosufficiente lo Stato non può mantenersi indifferente e conservare le

medesime risorse perché questo comporta un ridimensionamento del sistema di protezione delle persone più fragili.

Per il futuro la spesa continuerà a crescere costantemente. Su questo sono tutti d'accordo e i dati dell'Unione Europea lo confermano abbondantemente. In Italia, ad invarianza legislativa, questa dovrebbe raggiungere il 2,5% [note] L'unione Europea stima al 2, 7% la spesa italiana per LTC rispetto al PIL nel 2070 (più alta della stima italiana) ma occorre dire che il dato è meno aggiornato (2019) rispetto a quello elaborato dal MEF (2022). [./note] del PIL nel 2060 per poi stabilizzarsi a causa dell'andamento della popolazione anziana. Le tendenze per il futuro dovranno però essere riviste alla luce dei contenuti della L. 33/2023.

L'assistenza di lungo periodo ed in particolare di quella prestata agli anziani non autosufficienti è la grande sfida del welfare dell'oggi ma lo sarà ancora di più in futuro con l'aumento costante del numero dei non autosufficienti. Dobbiamo essere in grado di affrontare questa sfida, preparandoci sin da ora, per garantire una vita dignitosa a tutte le persone fragili e non autosufficienti.

Bibliografia

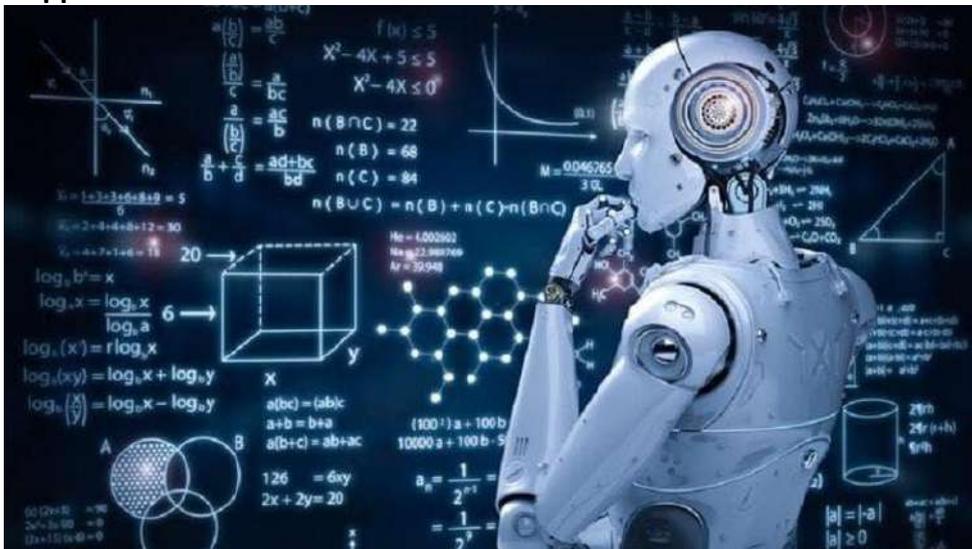
- [European Commission \(EC\). The 2021 ageing report. Brussels, 2021](#)
- Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), [Annuario statistico della Ragioneria generale dello Stato - 2023_2023a](#)
- Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), [Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Rapporto 2023_2023b](#)
- Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), [Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Rapporto 2013_2013](#)
- OECD, "COVID-19 in long-term care", OECD Health Working Paper, 131, anno 2021

Digitalizzazione e telemedicina

la Repubblica

Ai Act, sulle regole per l'intelligenza artificiale raggiunto l'accordo in Europa. Breton: "Momento storico, guideremo la corsa"

Filippo Santelli



Disposizioni vincolanti su trasparenza e sicurezza per i grandi modelli come quelli di Google e OpenAI. Il riconoscimento facciale possibile solo per reati gravi e con autorizzazione del giudice. La norma entrerà in vigore progressivamente nell'arco di due anni, ma le incognite sulla sua efficacia restano

L'Unione europea sarà la prima giurisdizione al mondo ad avere una legge organica sull'Intelligenza artificiale, con l'obiettivo di coniugarne lo sviluppo con il rispetto dei diritti fondamentali. Sabato notte –

dopo 36 ore di negoziato finale condotto nell'arco di tre giorni – l'Europarlamento, la Commissione e il Consiglio hanno trovato un accordo politico sull'AI Act.

Il testo finale andrà ancora limato nelle prossime settimane, ma l'intesa assicura che sarà approvato entro la fine della legislatura europea, per poi entrare progressivamente in vigore nei successivi due anni. Un risultato non scontato, considerate le distanze con cui da un lato il Parlamento, più attento alla protezione dei diritti, e dall'altro i governi, più attenti alle ragioni dello sviluppo economico e dell'ordine pubblico, si erano presentati a questo ultimo appuntamento negoziale.

Lo scoglio sulla regolamentazione delle Intelligenze artificiali più potenti, come quelle sviluppate dai colossi OpenAi, Meta e Google, era stata superata giovedì: saranno sottoposte a regole vincolanti su trasparenza e sicurezza, non solo a codici di condotta volontari.

Ieri poi si è trovato un compromesso anche sull'ultimo, l'utilizzo delle applicazioni di AI nei contesti di polizia: resta ammesso il riconoscimento biometrico, per citare uno dei temi più spinosi, ma solo in caso di reati gravi e previa autorizzazione di un giudice.

“È un momento storico”, ha esultato il Commissario europeo Thierry Breton, definendo l'AI Act una rampa di lancio che permetterà a ricercatori e aziende europee “di guidare la corsa globale all'AI”. Anche se le incognite sull'equilibrio finale, l'applicazione e l'efficacia di questa normativa restano molte.

Emozioni, discriminazioni e supervisione umana

Il principio alla base dell'AI Act è la distinzione delle applicazioni dell'Intelligenza artificiale sulla base del livello di rischio che pongono per i diritti fondamentali. Una serie di ambiti giudicati troppo rischiosi sono quindi banditi: si tratta per esempio dei sistemi di “social scoring” (come quello teorizzato e sperimentato in Cina), o di quelli che manipolano comportamenti e decisioni.

Gli algoritmi di riconoscimento delle emozioni vengono banditi da scuole e luoghi di lavoro, ma sembrerebbe restino utilizzabili in contesti di immigrazione e sicurezza, come chiedevano i governi.

La spunta invece il Parlamento sui sistemi di categorizzazione basati su informazioni sensibili – razza, religione, orientamento sessuale -: saranno vietati.

C'è poi una lunga serie di applicazioni giudicate ad “alto rischio” e sono quelle che riguardano ambiti che toccano i diritti fondamentali come salute, lavoro, educazione, processi elettorali.

Qui l'AI Act introduce una serie di prescrizioni per chi le sviluppa e per chi le utilizza, come per esempio una valutazione preliminare dell'impatto, anche per evitare i rischi – ben documentato – di errori o discriminazioni, la necessità di una supervisione umana, quella di informare l'utilizzatore che sta interagendo con una macchina.

Riconoscimento facciale ed eccezioni per la polizia

Come detto, un punto molto dibattuto è stato l'utilizzo dei sistemi di riconoscimento biometrico. Il Parlamento – con l'appoggio di diverse organizzazioni per i diritti civili – aveva proposto un bando completo, mentre i governi volevano ampie eccezioni per i contesti di sicurezza. Il compromesso è che potranno essere usati solo previa autorizzazione di un giudice e in circostanze ben definite. Quelli “ex post”, quindi su immagini registrate solo per cercare persone sospettate di crimini gravi, quelli in tempo reale solo per emergenze terroristiche, ricerca di vittime o di sospettati di crimini gravi.

ChatGPT e i suoi fratelli

Rispetto al testo originario della Commissione, che risale a due anni fa, questo accordo aggiunge una serie di prescrizioni per le cosiddette General purpose AI, cioè grandi modelli così potenti da prestarsi a molteplici utilizzi. È il caso di quello alla base di ChatGPT e di quelli sviluppati dagli altri big della Silicon Valley come Google o Meta.

Queste prescrizioni saranno vincolanti: una vittoria del Parlamento, visto che i governi – in particolare Germania, Francia e Italia – avevano chiesto nei giorni scorsi di limitarsi a dei semplici codici di condotta, nel timore che una regolazione troppo stringente finisca per soffocare l'innovazione in Europa.

La norma su questi grandi modelli ha due livelli.

Il primo, che si applica a tutti, prevede la pubblicazione di una lista dei materiali usati per l'addestramento degli algoritmi, strumento che in teoria dovrebbe aiutare i produttori di contenuti a difendere – o farsi riconoscere – i diritti d'autore, oltre all'obbligo di rendere riconoscibili – per contrastare truffe o disinformazione – tutti i contenuti prodotti all'AI.

Il secondo livello si applicherà invece ai sistemi più potenti, quelli che pongono “rischi sistemici”, e prevede delle valutazioni di questi pericoli e delle strategie di mitigazione, oltre che l'obbligo di comunicare alla Commissione, che si doterà di un apposito AI Office, eventuali incidenti.

Il mancato rispetto delle regole comporta multe che vanno dall'1,5 al 7% del fatturato globale delle aziende coinvolte.

Le incognite

Le disposizioni dell'AI Act, una volta approvato, entreranno in vigore in maniera progressiva: alcune subito, altre dopo sei mesi, per esempio le applicazioni proibite, altre dopo dodici e le ultime dopo due anni. Sono tempi che serviranno alla Commissione per stabilire i dettagli tecnici necessari all'implementazione e alle aziende per adattarsi, anche se nel frattempo saranno già incoraggiate ad adeguarsi volontariamente.

Ma certo questo lungo periodo di avvio alimenta i dubbi di chi sostiene che per una legge sarà difficilissimo tenere il passo di una tecnologia che – grazie all'abilità degli ingegneri e ai miliardi investiti – evolve in modo esponenziale.

E che più la normativa è dettagliata più rischia di essere inefficace.

L'alternativa, d'altra parte, è non prevedere alcuna regola o affidarsi ai codici di condotta autonomamente elaborati dalle stesse aziende: un approccio che è quello adottato per ora in sede di G7 e anche negli Stati Uniti, ma che consegna a Big Tech il potere di autoregolarsi.

L'Europa pensa che non basti.

L'altra incognita riguarda la possibilità che questa normativa finisca per danneggiare l'innovazione in Europa più che favorirla.

L'idea, anche questa diffusa, è che l'arbitro – in questo caso la Ue – non vince mai. Ma i rischi posti dall'Intelligenza artificiale, enormi come le opportunità, fanno dire a tanti altri che un arbitro in questo caso è necessario. Con la speranza che un campo da gioco delimitato con chiarezza aiuti a far crescere fuoriclasse in grado di competere con quelli americani.

https://www.repubblica.it/economia/2023/12/09/news/ai_act_intelligenza_artificiale_europa-421612300/?ref=RHLF-BG-P7-S1-T1

Comunicato stampa - News - Online da: 06/12/2023

TAG: Innovazione tecnologica, Sistema sanitario, PNRR - Piano Nazionale Ripresa Resilienza, Telemedicina, Cure primarie, Organizzazione servizi sanitari

PNRR, Schillaci: più fondi per telemedicina e assistenza domiciliare

Ministero della Salute

<https://www.salute.gov.it/>

Abstract

“La **rimodulazione della missione 6 del PNRR** approvata dalla Commissione Ue ci ha permesso di incrementare i fondi destinati alla **telemedicina** e all'**assistenza domiciliare**: 750 milioni che vanno a rafforzare gli interventi per la piena attuazione dell'assistenza di prossimità e gestione della cronicità, necessaria a dare riposte più efficaci ai bisogni di salute in particolare delle fasce di popolazione più vulnerabili e degli anziani. È un risultato molto positivo sul fronte dell'incremento di prestazioni: non c'è alcun definanziamento, tutti gli interventi inizialmente programmati saranno realizzati e si aumenta l'offerta grazie al lavoro di ricontrattazione della Missione 6”.

È quanto dichiara il ministro della Salute, Orazio Schillaci.

Nel corso dell'incontro tecnico dello scorso 17 novembre con la Commissione europea, il Ministero della Salute ha ottenuto, in raccordo con la Struttura di missione della Presidenza del Consiglio, la redistribuzione di **750 milioni** verso gli interventi di Assistenza domiciliare e Telemedicina riferiti all'investimento “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” (Component 1).

Per quanto riguarda l'**Assistenza domiciliare**, l'investimento viene incrementato di **250 milioni di euro** per la presa in carico di 842mila over 65 entro giugno 2026 (42mila in più rispetto al target iniziale). Aumentano invece di **500 milioni di euro** le risorse per la **Telemedicina** con un incremento del target finale di 100.000 persone per un totale di 300.000 assistiti con servizi di Telemedicina entro il termine del 2025.

Con riferimento agli **investimenti strutturali**, a causa dell'aumento medio dei costi dei materiali di costruzione e in taluni casi dei ritardi dovuti alla necessità di rinvenire finanziamenti addizionali (stimato in via generale in un +30%), sono stati riprogrammati, senza previsioni di definanziamento a carico delle singole misure, né modifiche rispetto alla programmazione dei Contratti istituzionali di sviluppo, i target

europei riferiti a Case della comunità (da 1350 a 1038); Centrali operative territoriali (da 600 a 480); Ospedali di Comunità (da 400 a 307); interventi di antisismica (da 109 a 84); posti letto di terapia intensiva e area medica (complessivamente da 7.700 a 5.922).

Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi come inizialmente programmati, è previsto l'utilizzo di fondi alternativi quali le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/88 ed eventuali risorse derivate da fondi per le politiche di coesione nonché le risorse addizionali del Fondo Opere Indifferibili, per le annualità 2022 e 2023, istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei materiali da costruzione negli appalti pubblici e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali.

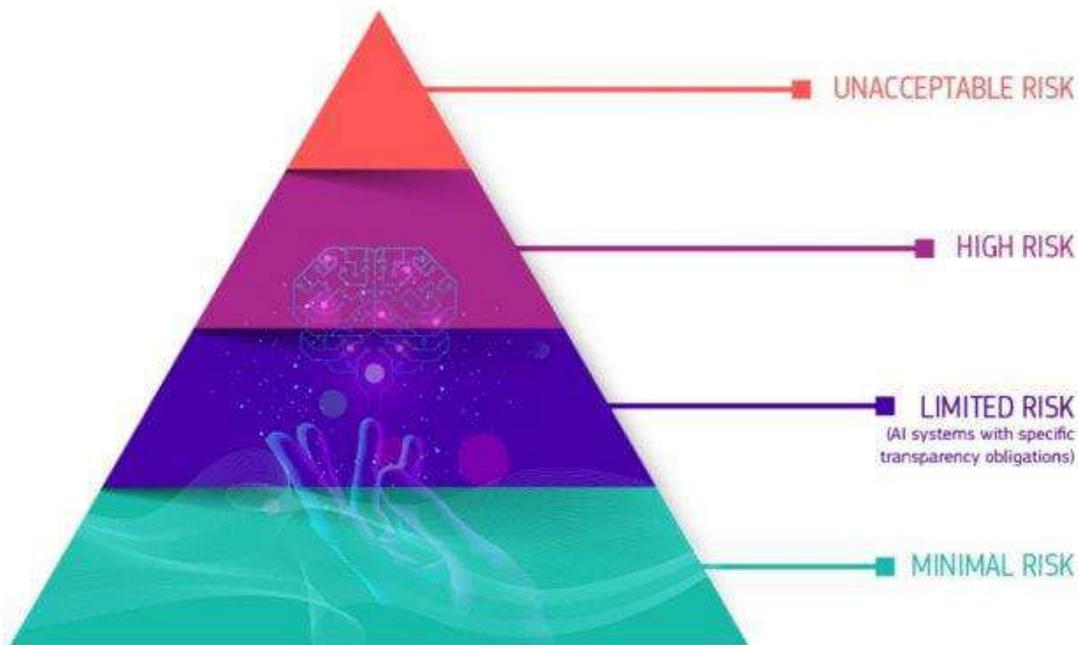
Il Piano, per quanto riguarda la Missione 6, ha subito modifiche anche rispetto alla **digitalizzazione**. In particolare, per la misura riferita alla digitalizzazione dei DEA, come richiesto dalle Regioni, è stata chiarita la possibilità di ricorrere a strumenti CONSIP ulteriori rispetto a quelli rendicontati con la milestone di fine dicembre 2022 e al Mercato elettronico della pubblica amministrazione (Mepa/SDAPA) per gli acquisti ancillari. Per l'intervento di investimento delle Grandi apparecchiature è stata chiarita la possibilità di acquistare nuove apparecchiature tecnologicamente più avanzate rispetto a quelle inizialmente indicate, nonché la possibilità del riuso delle apparecchiature sostituite ancora funzionali, anche al fine di potenziare l'offerta delle prestazioni e ridurre le liste d'attesa.

L'intento principale della rimodulazione della Missione 6 era finalizzato a superare le criticità attuali e potenziali correlate all'aumento generalizzato del costo delle materie prime, ridefinendo i target minimi comunitari e le tempistiche realizzative in via prudenziale, al fine di garantire l'erogazione delle risorse previste a livello nazionale.

[Consulta le notizie di EHealth - Sanità digitale, le notizie di Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR Salute](#)

AI Act, in dirittura di arrivo. Ecco cosa potrebbe cambiare

Vincenzo Tiani e Rocco Panetta



Bene bilanciare sviluppo tecnologico e diritti, ma attenzione agli eccessi di sorveglianza

Uno dei triloghi più lunghi che si ricordi, questo che dovrebbe culminare nell'approvazione dell'AI Act. Il profilo twitter [@MEPAssistant](#), noto nella bolla europea per i suoi post satirici che rivelano quanto succede nei palazzi di Bruxelles, spiega che **finora il record appartiene alle norme sull'"Emission Trading System"**, per cui i dialoghi interistituzionali durarono 30 ore (seppur con una pausa).

Record a parte, questa negoziazione estenuante si deve ad alcuni **fattori contrastanti**: da un lato, la presidenza Spagnola si vuole intestare la conclusione del negoziato, dall'altra le elezioni europee imminenti non lasciano troppo tempo dopo la pausa natalizia e meno files in sospenso ci sono, meglio è. Molti, soprattutto nella società civile, si chiedono se abbia senso lasciare che la privazione di sonno sia la spinta che porti all'approvazione di una norma così importante per il futuro di imprese e cittadini, chiudendo un percorso iniziato dalle istituzioni europee oltre cinque anni fa.

Dopo 22 ore, infatti, è arrivato dopo pranzo l'annuncio ufficiale dal Commissario Breton di rompere i ranghi per rivedersi oggi, venerdì 8, alle 09:00.

AI e pratiche proibite

In attesa di avere il tempo di studiare bene il testo finale, una volta approvato e pubblicato, riportiamo uno dei temi su cui i co-legislatori faticano da settimane a trovare un compromesso che non scontenti troppo tutti, quello delle **pratiche proibite**.

L'AI Act presenta **4 livelli di rischio**:

1. le pratiche proibite,
2. l'alto rischio,
3. il rischio limitato e
4. il rischio minimo.

Nelle **pratiche proibite**, già nella versione iniziale, c'erano i **sistemi di IA che utilizzano "tecniche subliminali"** manipolative dannose; che **sfruttano specifici gruppi vulnerabili** (disabilità fisica o mentale); quelli **usati dalle autorità pubbliche**, o per loro conto, **per scopi di social scoring**; e i **sistemi di identificazione biometrica a distanza** "in tempo reale" in spazi accessibili al pubblico per le forze dell'ordine, tranne che in un numero limitato di casi.

Il Parlamento, nella sua posizione ufficiale, chiedeva i ban del riconoscimento biometrico in tempo reale, senza alcuna eccezione. Da quanto riportato da [Euractiv](#), pare che "i divieti confermati finora riguardino le tecniche di manipolazione, i sistemi che sfruttano le vulnerabilità, il social scoring e lo scraping indiscriminato di immagini facciali." Quest'ultimo dovrebbe essere frutto di un compromesso recente tra Parlamento e Consiglio. **Se passasse al voto finale, vorrebbe dire che le aziende che sviluppano sistemi di riconoscimento facciale non potrebbero più usare le foto che gli utenti caricano sui social, senza chiedere il loro consenso.**

Il Parlamento ha ricevuto, nella veste dei due co-relatori Brando Benifei (S&D) e Dragos Tudorache (Renew Europe), un pacchetto di proposte del Consiglio proprio sulle pratiche proibite.

La proposta del Consiglio, però, aprirebbe la strada a molte eccezioni su pratiche molto discutibili, con rischi per i diritti fondamentali. Secondo [Daniel Leufer di Access Now](#), che ha avuto accesso al documento, **le forze dell'ordine manterrebbero il diritto a poter profilare le persone in base alla razza, alle preferenze politiche e religiose, e all'appartenenza a un sindacato** se queste caratteristiche sono collegate a un sospetto o un crimine. Vero è che, con queste modalità, sarebbe molto facile finire in una società in cui la discriminazione si effettua in modo automatizzato.

Anche sul ban che il Parlamento aveva richiesto sul **riconoscimento delle emozioni** il Consiglio è pronto ad accettarlo **solo nei luoghi di lavoro e nelle scuole**, ma non se usato dalla polizia o alle frontiere. Se il Parlamento, e Benifei in particolare, erano partiti con una posizione più netta, **il Consiglio, quando si tratta di sicurezza, non è pronto a cedere** punti. Sul punto è **la Francia a guidare questa cordata**, complice il fatto che è il Paese ad essere stato più colpito dal terrorismo in Europa.

Anche il **ban sulla polizia predittiva** (ricordate il film **Minority Report**?) chiesto dal Parlamento **sarebbe molto ridimensionato** dal Consiglio che lo vorrebbe nei casi di sospetti già esistenti di attività criminale.

Per quanto riguarda l'uso da parte delle forze dell'ordine del **riconoscimento biometrico in tempo reale**, il Parlamento era pronto a concederne l'uso per i crimini più gravi come il terrorismo, ma anche in questo caso il Consiglio vorrebbe avere le mani più libere. Nella proposta iniziale della Commissione era previsto per alcuni reati punibili con 3 anni di reclusione (che come si intuisce potevano non essere particolarmente gravi). Sul punto la ricerca e l'esperienza ci dicono che questa tecnologia discrimina maggiormente le persone di colore, specialmente se donne, aumentando per loro i casi di falsi positivi e, dunque, sarebbero fermati dalla polizia più spesso.

Da ricordare che in Italia, quando la polizia in passato ha usato questa tecnologia, non ha consultato il Garante privacy, come avrebbe dovuto, e per l'effetto l'Autorità Garante ha bloccato ogni operazione in tal senso.

A proposito di Garante, molti professionisti della privacy vedrebbero nell'Autorità Garante il candidato ideale a regolare anche l'IA in Italia, vista la lunga esperienza nel settore dei dati e delle nuove tecnologie, ma al momento sembrerebbe sempre più difficile. **Il Parlamento aveva chiesto infatti che l'Autorità di vigilanza fosse indipendente, come lo sono Garante, AGCOM, AGCM, ma pare che questa possibilità possa sfumare.** E sarebbe un peccato, perché **un'Autorità che dipenda dal governo**, sarebbe soggetta a cambi dei vertici a ogni cambio politico, non garantendo quella continuità di cui anche le aziende avrebbero bisogno.

I nodi al pettine sono ancora tanti e tutti molto importanti, tuttavia il rischio di non trovare un compromesso ora, e attendere gennaio, con una nuova presidenza, è che si potrebbe rimettere tutto in discussione e allungare notevolmente i tempi con la possibilità di avere un testo anche peggiore in futuro.

<https://www.repubblica.it/tecnologia/blog/digital-europe/2023/12/08/news/ai-act-in-dirittura-di-arrivo-421607167/>

quotidianosanita.it

Esperienze Digitali. La strategia di estensione integrata delle funzionalità di telemedicina nell'Ausl di Reggio Emilia

Ing. Paolo Bronzoni e Ing. Marco Foracchia

Durante la pandemia Covid 19 presso l'Azienda USL di Reggio Emilia si è registrato un forte aumento nella richiesta e nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali da remoto. [L'esperienza](#) si è posta come obiettivo l'estensione degli strumenti di telemedicina (resi disponibili da piattaforma regionale) con una modalità che riducesse al minimo l'esigenza formativa e l'impatto sull'operatività clinica.



12 DIC - Negli ultimi cinque anni, complice anche la pandemia e i conseguenti limiti di spostamento e rischi di contagio, si è registrato un notevole aumento nella richiesta di erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali e post-ricovero da remoto.

Gli strumenti proposti dalle piattaforme digitali regionali o verticali proposte dal mercato erano però contraddistinte dalla necessità di spostarsi operativamente sulle specifiche piattaforme di telemedicina.

Queste prevedevano infatti che i professionisti sanitari, per usufruire degli strumenti di telemedicina messi a disposizione (es. televisita, teleconsulto, teleassistenza, teleriabilitazione) dovessero “spostarsi” dall’applicativo clinico normalmente utilizzato, ri-effettuare l’accesso sulla specifica piattaforma e una volta erogata la prestazione “tornare” sull’applicativo precedente per refertazione e documentazione di quanto definito nel contesto “tele”.

Va infatti precisato che raramente i percorsi dei pazienti oggetto di questo tipo di prestazioni sono erogabili interamente in modalità remota, e diventa quindi fondamentale la convergenza di tutta la documentazione su un’unica piattaforma di gestione del paziente (nel caso di Reggio Emilia inserita nella cartella clinica informatizzata socio-sanitaria, adottata sia per i percorsi ospedalieri che per quelli territoriali e ambulatoriali). Ipotizzando infatti l’adozione di una piattaforma isolata, il processo di erogazione di una prestazione di televisita avrebbe previsto, nella migliore delle ipotesi, che il professionista sanitario effettuasse:

- 3 accessi con credenziali su 2 applicativi differenti;
- 2 ricerche di anagrafiche del paziente su 2 applicativi differenti;
- 2 creazioni dello stesso appuntamento su 2 applicativi differenti.

Dovendo consentire una adozione rapida e con minime esigenze formative e di alterazione dei processi, è stata perseguita una integrazione delle funzionalità di telemedicina negli applicativi abitualmente utilizzati dai professionisti sanitari, evitando quindi ai professionisti sanitari di effettuare azioni in contesti non noti, prive di valore percepito ed il conseguente calo del rischio di commettere errori.

È stato quindi perseguito l’obiettivo di consentire, indipendentemente dalla scelta clinica di erogare in presenza o da remoto una prestazione, che l’operatività si svolgesse sugli stessi applicativi già in uso da parte dei professionisti sanitari, e di conseguenza che le funzionalità di telemedicina venissero percepite come funzionalità aggiuntive di questi applicativi.

Descrizione attività e risorse impiegate

La modalità di adozione scelta per gli strumenti di telemedicina, acquisiti come piattaforma regionale o tramite procedure di acquisizione sul mercato, ha richiesto una reingegnerizzazione degli stessi, in collaborazione con i fornitori. Gli strumenti, pur essendo dotati di “autonomia funzionale” qualora necessario, sono stati adeguati per essere fruibili tramite servizi (architettura SOA, o a microservizi) consentendo quindi di fruire delle funzionalità senza appoggiarsi alle interfacce degli applicativi stessi, ma mascherandole dietro ad altri applicativi che mantenevano quindi il controllo sia del contesto clinico (utente connesso, paziente in carico, dati sanitari di base) che della interazione con l’operatore sanitario.

Questa revisione delle modalità di fruizione delle piattaforme di telemedicina a disposizione è stata seguita da una progressiva integrazione delle funzionalità “tele” all’interno dei principali applicativi aziendali.

Alla graduale “comparsa” delle nuove funzionalità sulle piattaforme aziendali pre-esistenti sono seguite azioni informative/formative e di adozione graduale da parte delle unità operative interessate.

Le funzionalità sono state ad oggi rese disponibili sui seguenti:

Funzionalità “tele”	Piattaforme integrate
Tele-visita Tele-consulto Tele-assistenza	Applicativi di refertazione generalista Applicativi di refertazione specialistica Cartella Clinica Informatizzata
Tele-refertazione	Applicativi di refertazione specialistica Applicativi di refertazione immagini
Tele-riabilitazione	Cartella Clinica Informatizzata

Risultati e Nex step

La strategia di estensione integrata delle funzionalità di telemedicina ha portato allo snellimento del processo di erogazione delle prestazioni da remoto permettendo al professionista sanitario di effettuare su un unico applicativo:

- Un unico accesso con credenziali
- Una ricerca di anagrafica del paziente
- Una creazione di contatto/episodio/appuntamento
- Tale situazione di utilizzo è del tutto equiparabile alla normale attività svolta in presenza del paziente.

Non ultimo, i conseguenti vantaggi percepiti di un approccio di integrazione come quello applicato sono:

- riduzione del rischio clinico dovuto a potenziali errori commessi da parte dei professionisti sanitari evitando loro la ripetizione di azioni evitabili sugli applicativi
- convergenza di tutta la documentazione clinica sugli applicativi deputati a seguire il percorso completo del paziente (a prescindere dalla modalità di erogazione delle prestazioni)
- minime attività di formazione ed affiancamento dei professionisti sanitari, ai quali vengono messe a disposizione nuove funzionalità e non nuovi applicativi o piattaforme

Le scelte di integrazione adottate hanno consentito nell'arco del 2022 e 2023 di portare l'AUSL di Reggio Emilia tra le aziende con una adozione più alta in Emilia-Romagna, e probabilmente a livello nazionale, delle soluzioni di telemedicina

I risultati ottenuti dall'applicazione di questa strategia alle attuali funzionalità di telemedicina disponibili presso l'azienda USL di Reggio Emilia, pongono le basi per l'applicazione di un approccio di analisi strutturata nella scelta delle piattaforme e servizi di telemedicina disponibili imponendo come requisito l'integrabilità con gli attuali applicativi clinici aziendali, questo anche nel futuro contesto di integrazione con la nascente Piattaforma Regionale di Telemedicina, integrata con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

AZIENDA	30/06/2022	30/06/2023
AUSL PC	363	847
AUSL PR	347	505
AOSP PR	9	9
AUSL RE	2576	4286
AUSL MO	541	1889
AOSP MO	87	129
AUSL BO	132	2021
AOSP BO	209	1315
AUSL IMOLA	338	706
AUSL FERRARA	231	1607
AOSP FERRARA	131	972
AUSL ROMAGNA	100	458
TOTALE	5064	14744

Figura 1 - Numero di televisite effettuate dalle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna dal 1/1/2022 - Rif. DOSSIER 278-2023 - Progetto regionale di telemedicina 2016-2022

https://www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=118971

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

Sviluppo e validazione di reti neurali profonde open source per la lettura completa delle radiografie del torace: uno studio retrospettivo e multicentrico

Yashin Dicente Cid [†] • Matthew Macpherson, MSc [†] • Louise Gervais-André, medico • Yuanyi Zhu, MSc •

Giuseppe Franco, MSc • Ruggiero Santeramo, MSc • et al. [Mostra tutti gli autori](#) • [Mostra le note a piè di pagina](#)

[Accesso Libero](#) • Pubblicato: 08 dicembre 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00218-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00218-2)

Riepilogo

Sfondo

I sistemi di intelligenza artificiale (AI) per l'interpretazione automatizzata delle radiografie del torace promettono di standardizzare la segnalazione e ridurre i ritardi nei sistemi sanitari con carenza di radiologi qualificati. Tuttavia, ci sono pochi sistemi di IA liberamente accessibili formati su set di dati di grandi dimensioni che i professionisti possono utilizzare con i propri dati al fine di accelerare l'implementazione clinica dei sistemi di IA in radiologia. Il nostro obiettivo era contribuire con un sistema di intelligenza artificiale per il rilevamento completo delle anomalie nelle radiografie del torace.

Metodi

In questo studio di coorte retrospettivo, abbiamo sviluppato reti neurali open source, X-Raydar e X-Raydar-NLP, per classificare i risultati comuni delle radiografie del torace dalle immagini e dai relativi rapporti in testo libero. Le nostre reti sono state sviluppate utilizzando i dati di sei ospedali del Regno Unito provenienti da tre trust del Servizio sanitario nazionale (NHS) (University Hospitals Coventry e Warwickshire NHS Trust, University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust e University Hospitals Leicester NHS Trust) che contribuiscono collettivamente a 2 513 546 x- studi sui raggi tratti da un periodo di 13 anni (2006-2019), che hanno prodotto 1 940 508 rapporti radiologici a testo libero utilizzabili scritti dal radiologo valutatore contemporaneo (definiti collettivamente i "reporter storici") e 1 896 034 immagini frontali. Le radiografie del torace sono state etichettate utilizzando una tassonomia di 37 risultati da un algoritmo di elaborazione del linguaggio naturale (NLP) personalizzato, X-Raydar-NLP, dai rapporti originali in testo libero. X-Raydar-NLP è stato addestrato su 23.230 report annotati manualmente e testato su 4551 report provenienti da tutti gli ospedali. 1.694.921 immagini etichettate dal set di addestramento e 89.238 dal set di validazione sono state quindi utilizzate per addestrare un classificatore di immagini multi-etichetta. I nostri algoritmi sono stati valutati su tre set di dati retrospettivi: una serie di esami campionati in modo casuale dall'intero set di dati del NHS riportato durante la pratica clinica e annotato utilizzando la PNL (n = 103.328); un set di consenso campionato da tutti e sei gli ospedali annotato da tre radiologi esperti (due annotatori indipendenti per ciascuna immagine e un terzo consulente per facilitare la risoluzione del disaccordo) in condizioni di ricerca (n = 1427); e un set di dati indipendente, MIMIC-CXR, costituito da esami annotati con PNL (n = 252.374).

Risultati

X-Raydar ha raggiunto un'AUC media di 0,919 (SD 0,039) sul set autoetichettato, 0,864 (0,102) sul set di consenso e 0,842 (0,074) sul MIMIC- Test CXR, che dimostra prestazioni simili a quelle dei reporter storici dei radiologi clinici, come valutato sul set di consenso, per molteplici risultati clinicamente importanti, tra cui pneumotorace, opacizzazione parenchimale e massa o noduli parenchimali. Nell'insieme di consenso, X-Raydar ha sovraperformato l'accuratezza bilanciata dei reporter storici con significatività su 27 risultati su 37, è stato non inferiore su nove e inferiore su un risultato, con un conseguente miglioramento medio del 13,3% (SD 13,1) a 0,763 (0,110), incluso un miglioramento medio del 5,6% (13,2) nei risultati critici a 0,826 (0,119).

Interpretazione

Il nostro studio mostra che la classificazione automatizzata delle radiografie del torace nell'ambito di una tassonomia completa può raggiungere livelli di prestazione simili a quelli dei reporter storici e mostrare una solida generalizzazione ai dati esterni. Le reti neurali open source possono fungere da modelli di base per ulteriori ricerche e sono liberamente disponibili per la comunità di ricerca.

¹³Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Una ricerca su PubMed negli ultimi 10 anni precedenti il 1 ottobre 2022, con le parole chiave "chest" AND ["x-ray" OR "CXR" OR "xray"] AND ["automat*" OR "classification"] AND ["deep learning" O "machine learning"] hanno prodotto 960 articoli dopo aver rimosso gli studi sulla modalità non a raggi X. Di questi documenti, 599 erano specifici per la classificazione del COVID-19, 202 si concentravano su altri lavori di prova di un singolo risultato, 114 affrontavano la segmentazione o aspetti tecnici della visione artificiale e 11 erano documenti di revisione. I documenti rimanenti riguardavano prevalentemente la classificazione multietichetta nell'ambito dell'ontologia ChestX-ray14 del National Institutes of Health degli Stati Uniti utilizzando set di dati pubblici Chest14, Chexpert e Medical Information Mart for Intensive Care per la formazione e la valutazione. Sono stati identificati due studi che tentavano una copertura ontologica completa, ed è stato trovato solo un lavoro che offriva una valutazione pubblica non commerciale basata sul web.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio si basa su quello che è, per quanto ne sappiamo, il più grande set di dati sulle radiografie del torace nel Regno Unito, comprendente scansioni provenienti da tutti gli ambienti clinici in sei ospedali. I dati coprono una popolazione diversificata di 4 milioni di persone per un periodo di 13 anni, fornendo una valida alternativa agli studi esistenti che utilizzano dati di altre popolazioni. È uno dei pochi studi ad affrontare una classificazione completa delle radiografie del torace multi-etichetta, utilizzando una tassonomia di 37 risultati che bilancia i dettagli clinici con la parsimonia adatta all'addestramento sull'intelligenza artificiale. Confrontiamo le prestazioni del modello con i report clinici storici del mondo reale, dimostrando che il modello supera le prestazioni storicamente osservate dei radiologi nella pratica clinica reale e con vincoli di tempo. Forniamo l'accesso alle nostre reti neurali addestrate per la visione artificiale e l'elaborazione del linguaggio naturale tramite codice open source con pesi preaddestrati, un portale Web intuitivo e interfacce di programmazione di applicazioni programmabili per l'etichettatura di immagini e report.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questo studio, insieme ad altri lavori recenti, indica che l'interpretazione automatizzata delle radiografie del torace a livello di esperto umano è ormai una realtà e che i modelli formati su set di dati di grandi dimensioni possono superare i problemi di generalizzazione, che ne hanno frenato l'implementazione. Rendendo il nostro modello disponibile gratuitamente, speriamo di accelerare l'adozione di sistemi automatizzati in contesti clinici per contribuire ad alleviare le pressioni acute sui sistemi sanitari nell'ambiente post-COVID-19.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(23\)00218-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(23)00218-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

≡ **WIRED** SCIENZA ECONOMIA CULTURA GADGET SECURITY MORE ▾

La crisi di OpenAI ha segnato la fine dell'altruismo efficace?

Una filosofia controversa e molto influente nella Silicon Valley ha avuto un ruolo nel caos a OpenAI. Ecco come ha influenzato il dibattito e la ricerca sull'intelligenza artificiale

La filosofia dell'**altruismo efficace** (traduzione dall'espressione inglese **effective altruism**, spesso abbreviato in EA) avrebbe, secondo alcuni osservatori, avuto un ruolo nel caos scatenatosi dentro OpenAI. Nelle scorse settimane, l'amministratore delegato e volto pubblico dell'azienda, Sam Altman è stato prima licenziato dalla sua posizione e, dopo pochi giorni, reintegrato.

Mentre le compagnie di intelligenza artificiale hanno continuato la loro corsa allo sviluppo di nuovi prodotti, si è ipotizzato uno **scontro ideologico** alla radice dell'allontanamento di Altman.

Che cos'è l'altruismo efficace

L'altruismo efficace è un sistema di pensiero molto popolare tra le élite di imprenditori della Silicon Valley. Si tratta di una filosofia di stampo utilitarista, il cui scopo è quello di orientare le azioni umane a **massimizzare il bene** che da esse deriva. Uno degli esponenti più noti dell'altruismo efficace è stato Sam Bankman-Fried, ex amministratore delegato di FTX e giovane rampante della scena **cripto**, da poco condannato per frode negli Stati Uniti. Si legge sul sito effectivealtruism.org "L'altruismo efficace è un progetto che mira a trovare i modi migliori per aiutare gli altri e a metterli in pratica. È sia un campo di ricerca, che mira a identificare i problemi più urgenti del mondo e le soluzioni migliori per risolverli, sia una comunità pratica che mira a utilizzare queste scoperte per fare del bene".

Nonostante appaia innocua, la filosofia dell'EA è **abbastanza controversa**. Gli "altruisti efficaci" sostengono, ad esempio, che sia molto più utile accumulare ricchezze e poi effettuare grandi donazioni a organizzazioni impegnate in una causa piuttosto che compiere piccole azioni quotidiane. Per salvare il pianeta dal disastro ambientale, quindi, sarebbe più efficace fare un sacco di soldi e donare milioni di dollari a una fondazione internazionale piuttosto che riciclare la plastica o diventare vegani. Il cuore di questo sistema è proprio **l'efficienza**: le azioni orientate al bene devono essere misurabili nei loro risultati, come se si trattasse di investimenti economici. Il **Time** lo ha descritto come "l'antitesi del vecchio credo altruista **pensa globale e agisci locale**".

Un volume pubblicato quest'anno, a cura di Carol J. Adam, Alice Cray e Lori Gruen, intitolato **The good it promises, the harm it does** ("Il bene che promette, il male che compie") ha raccolto una serie di saggi critici sull'altruismo efficace. Gli autori e le autrici sostengono che l'EA sia un **movimento ideologico creato da un'élite per un'élite**, con il fine di fabbricare una giustificazione morale alle proprie azioni senza minacciare le posizioni di potere e privilegio.

L'altruismo efficace e l'intelligenza artificiale

Qual è il legame tra l'altruismo efficace e lo sviluppo dell'IA? In primis, molti investitori e imprenditori dei circoli tech sono **ferventi sostenitori della filosofia**. Abbiamo già nominato Bankman-Fried, che non è il solo. Anche Elon Musk simpatizza per l'altruismo efficace. Il patron di Tesla e X ha infatti espresso pubblicamente il suo appoggio al pensiero di William MacAskill, filosofo di punta del movimento. MacAskill ha da poco pubblicato un libro intitolato **What we owe the future** ("Cosa dobbiamo al futuro"), in cui difende il "**lungotermismo**", una costola dell'altruismo efficace che si focalizza, come si evince dal nome, sul futuro a lungo termine.

Dustin Moskovitz, co-fondatore di Facebook ha donato milioni di dollari a cause vicine al movimento dell'EA, tramite la sua fondazione Open Philanthropy. Anche Vitalik Buterin, fondatore di Ethereum, è un adepto dell'EA e del lungotermismo.

L'altruismo efficace ha dato un'**importante spinta alla ricerca sull'intelligenza artificiale**, concentrandosi in particolare sui rischi che la tecnologia può comportare per l'umanità, addirittura per la sua sopravvivenza.

Hanno scritto Robert McMillan e Deepa Seetharaman sul **Wall Street Journal** "Grazie a centinaia di milioni di dollari di donazioni tecnologiche, gli altruisti efficaci credono che una corsa a capofitto verso l'intelligenza artificiale potrebbe **distuggere l'umanità**. Per lo sviluppo dell'intelligenza artificiale preferiscono la sicurezza alla velocità". Tra le varie critiche mosse all'EA c'è quella di occuparsi di scenari apocalittici nel futuro lontano senza prendere in considerazione i problemi attuali delle applicazioni di intelligenza artificiale.

Lo scontro ideologico dentro OpenAI

Jaan Tallinn, il fondatore di Skype, ha dichiarato a **Semafor** che "la crisi di OpenAI ha messo in luce la fragilità dei modelli di governance basati sull'altruismo efficace". OpenAI è infatti stata fondata come organizzazione non-profit, e solo nel 2019, più di tre anni dopo la fondazione, ha stabilito una filiale con scopo di lucro. La struttura di OpenAI è considerata **piuttosto peculiare**. La **mission** della compagnia rimane tuttora quella di "creare applicazioni di IA generale che portino benefici a tutta l'umanità".

Il consiglio di amministrazione, prima della crisi, comprendeva alcuni esponenti del movimento dell'altruismo efficace: Helen Toner, ricercatrice esperta di sicurezza e tecnologie emergenti, Tasha McCauley, membro della fondazione **Effective Ventures**, vicina ai principi dell'EA, e il cofondatore di OpenAI **Ilya Sutskever**.

Secondo fonti citate dal **Wall Street Journal** sarebbe stata proprio uno scontro tra quest'ultimo e Sam Altman a dare inizio alla crisi. Tutti e tre hanno **votato per fare fuori Altman**.

Altman si è fatto promotore di una lettera pubblica in cui ha messo in guardia contro i **pericoli dell'intelligenza artificiale** per la sopravvivenza della specie umana, firmandola insieme a molti esponenti del lungotermismo e dell'altruismo efficace. Dall'altra parte, ha espresso diversi dubbi rispetto all'EA, definendolo un "movimento incredibilmente problematico".

Lo scontro dentro il consiglio di amministrazione avrebbe visto quindi due fazioni fronteggiarsi. Una parte era composta dai sostenitori dell'altruismo efficace e di uno sviluppo dell'intelligenza artificiale più orientato al contrasto dei rischi a lungo termine.

Dall'altro lato compariva Sam Altman, appoggiato dagli investitori di Microsoft, con una **visione più orientata al business e al mercato**. Dopo una rivolta interna, in cui centinaia di lavoratori di OpenAI hanno minacciato di dimettersi per protesta, Altman è tornato alla guida dell'organizzazione.

C'è chi lega il trionfo di Altman a una vittoria dell'accelerazionismo efficace, una filosofia relativamente nuova, contrapposta all'altruismo efficace, che vede lo sviluppo rapido di un'**intelligenza artificiale generale - identica o addirittura superiore a quella umana** - come un modo per intervenire in molte situazioni critiche e risolvere molti dei problemi dell'umanità e del pianeta Terra.

Le interpretazioni di questa vicenda sono ovviamente molteplici. Ma è innegabile che ci siano delle **implicazioni ideologiche** nello scontro tra Sam Altman e il consiglio di amministrazione di OpenAI. Scrivono ancora Robert McMillan e Deepa Seetharaman sul **WSJ**: "Le turbolenze dentro OpenAI mettono in luce il conflitto dietro le quinte della Silicon Valley tra coloro che ripongono la loro fiducia nei mercati e gli altruisti efficaci che credono che l'etica, la ragione, la matematica e macchine finemente programmate debbano guidare il futuro". Ma è ancora presto per dire se questa crisi intaccherà l'influenza dell'altruismo efficace tra le élite di Big Tech.

Le storie da non perdere di Wired

- 📖 Il nuovo numero di **Wired** in edicola parla dei padroni del mondo
- 📖 È la settimana decisiva per l'accordo sull'AI Act, il regolamento europeo sull'intelligenza artificiale: cosa c'è da sapere
- 🎮 Arriva GTA 6 e sta battendo già tutti i record
- 🌐 Nell'anno più caldo di sempre, cosa aspettarsi dalla conferenza globale sul clima: seguì con noi Cop28
- 🇮🇱 *IL PS* Le notizie per capire cosa sta succedendo in Medio Oriente tra Israele e Hamas
- 🇺🇦 La guerra in Ucraina: gli aggiornamenti di **Wired** sul conflitto
- 🗨️ Wired ha aperto il canale Whatsapp: iscriviti subito!
- ✉️ Scopri le nostre newsletter: le ultime su tecnologia, gadget, ambiente, salute e diritti. Iscriviti subito
- 📖 Notizie, recensioni e guide all'acquisto sui migliori gadget del momento
- 🗣️ Vuoi comunicare in modo sicuro con la redazione di Wired? Usa Wiredleaks

https://www.wired.it/article/altruismo-efficace-crisi-openai-silicon-valley/?uID=347d668f46cd1da139a28b2f02adc230633695dd51caf8dcb14689b769ffe7fc&utm_brand=wi&utm_campaign=daily&utm_mailing=WI_NEWS_Daily%202023-12-10&utm_medium=email&utm_source=news&utm_term=WI_NEWS_Daily



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Condivisione dei dati: una nuova era per la ricerca finanziata dal governo degli Stati Uniti

Joseph S. Ross, medico, Joanne Waldstreicher, e Harlan M. Krumholz

N Engl J Med 2023; 389:2408-2410

DOI: 10.1056/NEJMp2308792

Alla fine di gennaio 2023, è entrata in vigore la nuova politica di gestione e condivisione dei dati (DMS) del National Institutes of Health (NIH), che richiede ai ricercatori di condividere i dati generati con il supporto dell'NIH. ¹ Le nuove proposte e i rinnovi competitivi per gli assegni di ricerca devono ora includere un piano DMS che descriva i dati che si prevede verranno generati, i metadati associati, le tempistiche relative alla conservazione e all'accesso ai dati e i fattori che influenzano la distribuzione e il riutilizzo, nonché accordi di supervisione e budget per costi ammissibili. ¹ Questa politica, pubblicata nell'ottobre 2020, è stata sviluppata dopo molti anni di coinvolgimento delle parti interessate con l'obiettivo di massimizzare il ritorno sull'investimento pubblico nella ricerca.

L'Office of Science and Technology Policy, un gruppo consultivo all'interno dell'Ufficio esecutivo del Presidente, ha ribadito l'importanza di questa politica quando ha annunciato nell'agosto 2022 che le agenzie federali che finanziano le attività di ricerca e sviluppo devono aggiornare le loro politiche di accesso pubblico per garantire che tutti i dati scientifici risultanti dalla ricerca finanziata a livello federale sono, per impostazione predefinita, resi liberamente e pubblicamente disponibili al momento della pubblicazione.

I potenziali effetti di questo spostamento dell'impresa di ricerca clinica verso la condivisione dei dati sono profondi. Per molti anni, solo alcuni istituti NIH hanno supportato in modo proattivo la condivisione dei dati. Ad esempio, il National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) ospita BioLINCC, un archivio di campioni biologici e dati clinici che elenca più di 250 set di dati di studi disponibili, inclusi dati di molti noti studi finanziati dall'NHLBI. I ricercatori hanno pubblicato diverse centinaia di articoli scientifici utilizzando questi dati, studi che probabilmente non sarebbero stati condotti altrimenti.

Lo studio Digitalis Investigation Group, che ha valutato l'efficacia della digossina nelle persone con insufficienza cardiaca, illustra i meriti degli sforzi di condivisione dei dati dell'NHLBI: ricercatori non affiliati al team originale dello studio clinico erano responsabili di più della metà degli studi pubblicati che utilizzavano i dati dello studio. dati, inclusi studi chiave che mostrano risultati peggiori nelle donne rispetto agli uomini e risultati peggiori nelle persone con concentrazioni sieriche più elevate del farmaco. ²

I finanziatori della ricerca del settore pubblico statunitense non sono stati gli unici enti a promuovere la condivisione dei dati. Un decennio fa, diverse grandi aziende farmaceutiche hanno avviato programmi di condivisione dei dati delle sperimentazioni cliniche, che includevano una partnership (da noi guidata) tra Johnson & Johnson e il progetto Open Data Access dell'Università di Yale, nonché la piattaforma multisponsor ClinicalStudyDataRequest.com di GlaxoSmithKline, che incorporava i dati da Roche, Novartis e altre società.

Queste iniziative hanno cambiato la cultura che circonda la condivisione dei dati nella ricerca clinica e l'Institute of Medicine (ora National Academy of Medicine) ha approvato gli sforzi di condivisione dei dati nel suo rapporto del 2015 *Sharing Clinical Trial Data*. ³

Il rapporto ha inoltre delineato le opportunità per massimizzare i benefici della condivisione dei dati – tra cui evitare la duplicazione involontaria di studi, stimolare nuove idee di ricerca e aumentare la probabilità che si ottengano ulteriori approfondimenti dagli sforzi dei partecipanti e dei ricercatori dello studio – e per ridurre al minimo i costi associati rischi; ad esempio, gli investigatori devono proteggere la privacy dei partecipanti e rispettare il processo di consenso informato. ³

Nel corso del tempo, un numero crescente di aziende farmaceutiche, in particolare aziende più grandi, hanno reso accessibili a ricercatori esterni i dati a livello di partecipante provenienti da studi clinici e sono state lanciate nuove piattaforme di condivisione dei dati, come Vivli. Inoltre, altri importanti finanziatori della ricerca, tra cui il Patient-Centered Outcomes Research Institute statunitense, la Gates Foundation e il National Institute for Health and Care Research nel Regno Unito, hanno stabilito requisiti di condivisione dei dati.

Tuttavia, gli sforzi di condivisione dei dati non hanno avuto del tutto successo. Molte riviste ora richiedono dichiarazioni di condivisione dei dati negli articoli pubblicati, ma gli studi hanno dimostrato che gli autori raramente rispettano queste dichiarazioni e i dati generalmente non vengono resi disponibili su richiesta. ⁴

Inoltre, sebbene i dati di migliaia di studi clinici siano ora disponibili sulle piattaforme di condivisione dei dati, i tassi di approvazione per le richieste di utilizzo dei dati e i tassi di richieste approvate che portano a studi pubblicati sono entrambi variati. ⁵ Inoltre, non tutte le piattaforme hanno politiche trasparenti riguardo all'utilizzo dei dati. ⁵

La varietà di approcci alla condivisione dei dati offre opportunità agli NIH e ad altre agenzie federali di imparare dalle esperienze precedenti e avere successo nei loro sforzi per promuovere la condivisione dei dati; garantire trasparenza, facilità d'uso degli strumenti di condivisione dei dati e un'efficiente allocazione delle risorse; e massimizzare la probabilità di completamento e diffusione con successo della ricerca utilizzando dati condivisi.

Una sfida chiave per gli NIH e altre agenzie statunitensi di finanziamento della ricerca sarebbe quella di creare una piattaforma di condivisione dei dati che funzioni per tutte le forme di ricerca, non solo per gli studi clinici.

Secondo la politica del NIH, piattaforme specifiche possono essere designate per la condivisione di determinati tipi di dati (ad esempio, dati biologici, di imaging o clinici), mentre gli investigatori possono utilizzare una qualsiasi delle numerose piattaforme stabilite per altri tipi di dati. Invece di lasciare che ciascun istituto o agenzia sia responsabile della creazione di una propria piattaforma indipendente con un'applicazione relativamente ristretta (ad esempio, BioLINCC per NHLBI), gli NIH potrebbero creare una piattaforma centrale per un uso diffuso.

Questo approccio rispecchierebbe gli sforzi della National Library of Medicine quando lanciò la versione originale di MEDLINE nel 1964, PubMed nel 1996 e ClinicalTrials.gov nel 2000. La creazione di questo tipo di risorsa pubblica consentirebbe economie di scala, in particolare per l'archiviazione e la gestione dei dati, e contribuirebbero a garantire la sicurezza dei dati e la disponibilità di risorse analitiche per gli utenti, come le reti private virtuali dotate di software statistico.

La progettazione della piattaforma potrebbe essere ispirata ai principi FAIR, che hanno lo scopo di garantire che i dati siano reperibili, accessibili, interoperabili e riutilizzabili, e la piattaforma potrebbe promuovere la gestione responsabile e la trasparenza dei dati elencando pubblicamente le sperimentazioni disponibili con metadati chiave, come i collegamenti ipertestuali alle voci e alle pubblicazioni di studio di ClinicalTrials.gov e pubblicando richieste di riutilizzo dei dati.

Una seconda sfida consisterà nel garantire che tutti gli studi finanziati con fondi pubblici includano un supporto adeguato per la gestione e la condivisione dei dati, comprese le risorse per i gruppi di ricerca per preparare protocolli di studio, dizionari di dati, codice statistico e file di dati scientifici per uso esterno. Gli investigatori potrebbero trarre maggiori vantaggi da politiche che forniscano incentivi per la creazione di set di dati ben annotati con percorsi di controllo, che supporterebbero anche la collaborazione, la scienza di gruppo e un'adeguata supervisione.

I piani DMS potrebbero includere budget che tengano conto dei costi di cura dei dati mantenendo la privacy dei partecipanti allo studio, sviluppando documentazione di supporto per i set di dati e preservando e condividendo i dati per periodi definiti dopo il completamento del progetto se i dati non sono gestiti da una piattaforma NIH

centrale. Sebbene questi costi siano probabilmente considerevoli e vi sia incertezza su come prevederli al meglio, essi riflettono le risorse necessarie per condurre una ricerca rigorosa e riproducibile.

Una terza grande sfida che interessa l'intera impresa di ricerca sarà quella di garantire che i potenziali benefici derivanti dall'investimento in risorse per la condivisione dei dati siano realizzati. I dati provenienti da alcuni tipi di studi, come studi di coorte di grandi dimensioni, studi clinici controllati e sondaggi, così come i dati delle cartelle cliniche collegate alle informazioni genomiche, hanno molte più probabilità di essere ampiamente utilizzati dalla comunità di ricerca clinica rispetto ad altri tipi di dati. e potrebbe avere la priorità in base alla disponibilità.

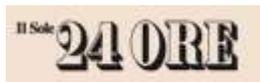
Inoltre, l'NIH potrebbe prendere in considerazione la creazione di risorse per contribuire a garantire una gestione responsabile dei dati, come una piattaforma che consenta ai ricercatori esterni di registrare i propri studi utilizzando brevi proposte di progetto che prespecificano obiettivi di studio, criteri di ammissibilità della coorte, risultati primari e secondari e piani di analisi statistica. In assenza di registrazione della proposta, gli studi verrebbero considerati esplorativi. Allo stesso modo, lavorare e analizzare dati condivisi richiede formazione, quindi sarà necessario sviluppare e rendere accessibili programmi di studio che delineino le migliori pratiche, come la validazione dei risultati degli studi mediante replica prima di estendere la ricerca ad altri obiettivi.

Sebbene le agenzie federali consentano di stanziare i costi della condivisione dei dati, un numero maggiore di sovvenzioni competitive potrebbe supportare il riutilizzo dei dati. Allo stesso modo, le istituzioni accademiche potrebbero riconoscere i vantaggi derivanti dalla creazione di dati condivisi come risorsa come parte delle valutazioni per la promozione e il mandato e premiare adeguatamente tali sforzi. Infine, gli NIH dovranno trovare modi per supportare i ricercatori nel massimizzare i benefici di queste nuove iniziative per la comunità di ricerca più ampia, implementando allo stesso tempo strategie adeguate per garantire la conformità.

Ci sono chiare opportunità future, ma è necessario un percorso da seguire per guidare i ricercatori

Se questi sforzi avranno successo, ogni progetto finanziato con fondi pubblici avrà due obiettivi ugualmente importanti: in primo luogo, raggiungere i propri obiettivi di ricerca di raccolta e analisi dei dati e riportare i risultati per far avanzare la scienza, e in secondo luogo, produrre dati che altri ricercatori possano utilizzare per replicare i risultati. e produrre nuove intuizioni, accelerando e massimizzando così l'impatto del finanziamento della scienza da parte del governo statunitense.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2308792?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX18iHoYV0xauyL2V6a4hWjyOulpRu%2FDN0TXoGbBZd4Aq6hvuEADbpDZqTXbZF7isAq2dnvsquKqg6V89%2FVWMk%2Bd1O5GhAzJUvgsxsN7r6f6Y73IMZs7YOS244pmEpCQWVKbPHqmsllr1pnn4mflfM PwIANALD%2FY%2B0j2YhZdbX3qM%2B%2BILNPRJ4%2BOUa4r2jLa%2BG6yEFPAC6XT7YQ%3D%3D&cid=NEJM+eToc%2C+December+28%2C+2023+DM2313296 NEJM Non Subscriber&bid=2008406019>



Negativo il bilancio di previsione dell'Inps: -9,25 mld

di Claudio Testuzza

Negativo di 9.250 milioni di euro - le previsioni assestate del 2023 segnalavano -6.684 milioni di euro - il bilancio di previsione dell'Inps nel 2024. È quanto emerge dal documento finanziario approvato dal Consiglio d'Indirizzo e Vigilanza dell'Istituto (Civ).

Il bilancio preventivo 2024 è stato redatto sulla base degli indicatori macroeconomici contenuti nella NadeF che prevedono per il prossimo anno una crescita moderata del Pil e un rallentamento del trend di crescita dell'occupazione, con effetti diretti sulle entrate contributive.

Il bilancio recepisce, inoltre, le recenti modifiche normative che avranno efficacia nel corso dell'anno prossimo, in particolare in materia di contrasto alla povertà e di pensioni. Va ricordato come le misure previdenziali in via di approvazione con la legge di bilancio porteranno ad un rallentamento dei pensionamenti, in particolare quelli derivanti dalle forme di flessibilità in uscita (Quota 103, Opzione donna, Ape sociale)

Le entrate previste per contributi ammontano a 263.252 milioni di euro, con un incremento del 4,3% rispetto al preventivo consolidato dell'anno precedente mentre le entrate provenienti dalla fiscalità generale si attesteranno a ben 169.456 milioni di euro, quasi pari a quelle del 2023.

Per riuscire a pagare le pensioni l'Inps si finanzia per il 60/70 per cento attraverso i contributi obbligatori, cioè l'aliquota che viene applicata al reddito imponibile di un lavoratore (sia dipendente che autonomo), e il 30%, e spesso anche oltre, per il restante attraverso trasferimenti da parte dello Stato prelevati dalle entrate fiscali.

Le uscite previste per le prestazioni ammontano a 424.689 milioni di euro, in aumento del 6,05% rispetto all'assestato 2023.

Considerando le principali voci in uscita, spiega il Civ, il bilancio prevede una spesa per le pensioni previdenziali pari a 310.739 milioni di euro, con un incremento del 5,19% rispetto al 2023, derivante quasi esclusivamente dalle rivalutazioni delle pensioni in essere, pari al 5%.

L'incremento percentuale più significativo delle spese riguarda il sostegno alle famiglie, che raggiungeranno i 24.342 milioni di euro (+11,1% rispetto all'anno precedente). Per quanto concerne l'assegno di inclusione, è prevista una spesa di 5.533 milioni di euro, rispetto ai 7.619 milioni di euro a cui era ammontata l'ultima annualità del Reddito e della Pensione di Cittadinanza.

La situazione patrimoniale netta dell'Istituto alla fine dell'esercizio 2024 si stima in positivo di 16.288 milioni di euro, registrando un peggioramento di 4.750 milioni rispetto alle previsioni assestate 2023. Il bilancio prevede inoltre spese per il funzionamento dell'Ente pari a 4.996 milioni di euro, con una riduzione del 3,9% rispetto al preventivo consolidato 2023

Per il Supporto per la formazione e il lavoro, anch'esso di nuova introduzione, è prevista una spesa di 1.354 milioni di euro. Per quanto concerne gli sgravi alle imprese si prevede, a legislazione vigente, una riduzione da 26.800 milioni di euro a 19.700 milioni.

Il bilancio indica, inoltre, le spese per il funzionamento dell'Ente pari a 4.996 milioni (-3,9% sul preventivo consolidato 2023).

Sulla base delle verifiche effettuate viene confermato che l'azione dell'Istituto, nel prossimo triennio, dovrà orientarsi verso la normalizzazione del conto assicurativo dei dipendenti pubblici e il monitoraggio dell'aggiornamento delle posizioni assicurative per garantire l'esigibilità di diritti omogenei per tutti i lavoratori.

Dovrà, inoltre, garantire la completezza delle banche dati relative alle posizioni assicurative, con particolare riferimento all'estratto conto previdenziale, al fine di assicurare scelte consapevoli agli iscritti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-12-21/negativo-bilancio-previsione-inps-925-mld-121100.php?uuid=AFTbos8B&cmpid=nlqf>

Patto di stabilità Ue guarda al debito. Giorgetti: calo sia sostenibile

Sia il vicepresidente della Commissione Valdis Dombrovskis che il commissario all'Economia Paolo Gentiloni hanno rinnovato l'invito a una riforma del Patto per fine anno.

Francia e Germania “mano nella mano” al lavoro per la riforma del Patto di stabilità dell'Ue, anche se un'intesa resta lontana e si avvicina fine anno con la prospettiva del ritorno alle regole della 'vecchia' governane economica sospesa a inizio pandemia. Alla riunione dell'Ecofin a Lussemburgo si sarebbe trovata, secondo quanto filtrato, una 'convergenza' sulla necessità di paletti per il calo del debito, resta da chiarire quanto e in che tempi. Per l'Italia, ha sottolineato il ministro **Giancarlo Giorgetti**, conta che tutto sia “sostenibile” e “realistico”

Giorgetti: equilibrio tra sostenibilità fiscale e crescita

L'Italia nel negoziato sul calo del debito, secondo quanto filtra, non sarebbe contraria a dei benchmark per il calo del debito, si tratta però di vedere come sarà fatto. «La nuova disciplina di bilancio deve mirare a un consolidamento graduale e sostenibile. Solo così può essere credibile e pienamente applicabile», ha detto Giorgetti, definendo “fondamentale” un'intesa entro fine anno. «Siamo aperti a lavorare sulla proposta di compromesso predisposta dalla presidenza spagnola, con l'obiettivo di raggiungere il giusto equilibrio tra garantire la sostenibilità fiscale e preservare la crescita economica». L'importante è che non si ignorino «gli investimenti e le spese legate alle priorità europee, inclusa la difesa - ha spiegato il ministro -: sono obiettivi politici strategici». Sia il vicepresidente della Commissione **Valdis Dombrovskis** che il commissario all'Economia **Paolo Gentiloni** hanno intanto rinnovato l'invito a una riforma del Patto per fine anno.

Il 21 novembre giudizio della Commissione Ue sulla manovra

Giorgetti non avrebbe parlato con i colleghi europei della manovra approvata in consiglio dei ministri e del Documento programmatico di bilancio, inviato a Bruxelles. La Commissione europea darà ora il proprio giudizio il 21 novembre nell'ambito del semestre europeo, con anche una valutazione rispetto alle raccomandazioni specifiche per Paese.

Obiettivo intesa entro il 2023

Del Patto di stabilità intanto si riparerà al Consiglio dell'Economia del 9 novembre, con la presidenza spagnola fiduciosa di poter trovare un'intesa entro il 2023 e pronta a Ecofin straordinari, se necessario.

<https://www.ilsole24ore.com/art/patto-stabilita-ue-guarda-debito-giorgetti-calo-sia-sostenibile-AFH0yCHB>



Accordo sul bilancio annuale UE per il 2024

Un rapido accordo sulla revisione del Quadro finanziario pluriennale (QFP), come proposto dalla Commissione nel giugno 2023, è urgentemente necessario per fornire le risorse necessarie a nuove esigenze cruciali, che non possono essere finanziate nell'ambito degli attuali massimali del QFP.

Ciò è necessario per consentire all'UE di rispondere in modo stabile alle conseguenze della guerra di aggressione della Russia in Ucraina, alle continue pressioni migratorie e alle loro cause profonde, alla risposta dell'UE alle catastrofi naturali e alla competizione globale sulle tecnologie critiche fondamentali.

Il Parlamento europeo e il Consiglio dell'Unione europea hanno raggiunto un accordo sul bilancio dell'UE per il 2024, che contribuirà in particolare ad affrontare le conseguenze più urgenti della crisi in Medio Oriente nei Paesi interessati, nonché in Europa e nel suo vicinato.

L'accordo sul bilancio 2024 prevede impegni per 189,4 miliardi di euro e pagamenti per 142,6 miliardi di euro. Il bilancio 2024 continuerà a sostenere la ripresa economica in corso, rafforzando al contempo l'autonomia strategica dell'Europa. La spesa verde e digitale continuerà a essere prioritaria per rendere l'Europa più resiliente e adatta al futuro, anche attraverso NextGenerationEU.

Per affrontare le priorità dell'Unione, è stato deciso di finanziare, tra l'altro:

- 16,2 miliardi di euro per sostenere le nazioni vicine e lo sviluppo e la cooperazione internazionali. L'accordo prevede aumenti mirati per il programma di aiuti umanitari (1,9 miliardi di euro) per affrontare le situazioni di crisi in tutto il mondo, compresi i bisogni urgenti nel vicinato dell'UE. I finanziamenti per lo Strumento di vicinato, sviluppo e cooperazione internazionale (NDICI) - Europa globale (11,5 miliardi di euro) si concentrano, ad esempio, sulla migrazione nel vicinato meridionale, sulle cause profonde della migrazione in Africa. 2,1 miliardi di euro saranno disponibili per lo Strumento di assistenza preadesione (IPA III) per sostenere, ad esempio, le riforme nei Balcani occidentali;

- 53,7 miliardi di euro per la Politica agricola comune e 1,1 miliardi di euro per il Fondo europeo per gli affari marittimi, la pesca e l'acquacoltura, per gli agricoltori e i pescatori europei, ma anche per rafforzare la resilienza dei settori agroalimentare e della pesca e per fornire il margine necessario per la gestione delle crisi;

- 47,9 miliardi di euro per lo sviluppo e la coesione regionale, a sostegno della coesione economica, sociale e territoriale, nonché delle infrastrutture a sostegno della transizione verde e dei progetti prioritari dell'Unione;

- 13,6 miliardi di euro per la ricerca e l'innovazione, di cui 12,9 miliardi di euro per Horizon Europe, il programma di ricerca faro dell'Unione. Il bilancio comprende anche il finanziamento dell'European Chips Act nell'ambito di Horizon Europe e del programma Digital Europe;

- 4,6 miliardi di euro per gli investimenti strategici europei, di cui 2,7 miliardi di euro per il Meccanismo per collegare l'Europa per migliorare le infrastrutture transfrontaliere, 1,3 miliardi di euro per il Programma Europa digitale per plasmare il futuro digitale dell'Unione e 348 milioni di euro per InvestEU per le priorità chiave (ricerca e innovazione, transizione verde e digitale gemella, settore sanitario e tecnologie strategiche);

- 2,3 miliardi di euro per la spesa dedicata allo spazio, principalmente per il Programma spaziale europeo, che riunirà l'azione dell'Unione in questo settore strategico;

- 21,9 miliardi di euro per le persone, la coesione sociale e i valori, 16,8 miliardi di euro per il Fondo sociale europeo (FSE+), 3,8 miliardi di euro per Erasmus+ per creare opportunità di istruzione e mobilità per le persone, 335 milioni di euro per sostenere gli artisti e i creatori in Europa e 261 milioni di euro per promuovere giustizia, diritti e valori;

- 3,3 miliardi di euro per i crescenti costi di finanziamento della NextGenerationEU;

- 2,4 miliardi di euro per l'ambiente e l'azione per il clima, di cui 765 milioni di euro per il programma LIFE a sostegno della mitigazione e dell'adattamento ai cambiamenti climatici e 1,5 miliardi di euro per il Fondo per la transizione giusta, per garantire che la transizione verde funzioni per tutti;

- 2,2 miliardi di euro per la protezione delle frontiere, di cui 1,2 miliardi di euro per il Fondo per la gestione integrata delle frontiere (IBMF) e 859 milioni di euro (contributo totale dell'UE) per l'Agenzia europea della guardia di frontiera e costiera (Frontex);

- 1,7 miliardi di euro per le spese relative alla migrazione, di cui 1,5 miliardi di euro per sostenere i migranti e i richiedenti asilo in linea con i nostri valori e le nostre priorità;

- 1,6 miliardi di euro per affrontare le sfide della difesa, di cui 638 milioni di euro per sostenere lo sviluppo delle capacità e la ricerca nell'ambito del Fondo europeo per la difesa (FES), 251 milioni di euro per sostenere la mobilità militare, 260 milioni di euro per il nuovo strumento di difesa a breve termine (EDIRPA) e 343 milioni di euro per sostenere la produzione di munizioni;

- 958 milioni di euro per garantire il funzionamento del mercato unico, di cui 602 milioni di euro per il Programma per il mercato unico e 200 milioni di euro per le attività antifrode, fiscali e doganali;

- 754 milioni di euro per EU4Health, per garantire una risposta sanitaria completa alle esigenze dei cittadini, e 240 milioni di euro per il Meccanismo unionale di protezione civile (rescEU), per poter dispiegare rapidamente l'assistenza operativa in caso di crisi.

- 733 milioni di euro per la sicurezza, di cui 322 milioni di euro per il Fondo Sicurezza Interna (ISF), che combatterà il terrorismo, la radicalizzazione, l'antisemitismo, la criminalità organizzata e la criminalità informatica.

Il bilancio annuale per il 2024 sarà ora formalmente adottato dal Consiglio dell'Unione europea e dal Parlamento europeo. Il voto in plenaria, che segnerà la fine del processo, è attualmente previsto per il 22 novembre 2023.

Maggiori informazioni:

[Accordo sul bilancio annuale 2024](#)

<https://www.regione.toscana.it/-/accordo-sul-bilancio-annuale-ue-per-il-2024>

ACCORDI INTERISTITUZIONALI

ACCORDO INTERISTITUZIONALE TRA IL PARLAMENTO EUROPEO, IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA E LA COMMISSIONE EUROPEA SULLA DISCIPLINA DI BILANCIO, SULLA COOPERAZIONE IN MATERIA DI BILANCIO E SULLA SANA GESTIONE FINANZIARIA, NONCHÉ SU NUOVE RISORSE PROPRIE, COMPRESA UNA TABELLA DI MARCIA PER L'INTRODUZIONE DI NUOVE RISORSE PROPRIE

ACCORDO INTERISTITUZIONALE

del 16 dicembre 2020

tra il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea e la Commissione europea sulla disciplina di bilancio, sulla cooperazione in materia di bilancio e sulla sana gestione finanziaria, nonché su nuove risorse proprie, compresa una tabella di marcia verso l'introduzione di nuove risorse proprie

IL PARLAMENTO EUROPEO, IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA E LA COMMISSIONE EUROPEA,

in seguito denominati «istituzioni»,

visto il trattato sul funzionamento dell'Unione europea, in particolare l'articolo 295,

HANNO CONVENUTO QUANTO SEGUE:

1. Il presente accordo ha lo scopo di dare applicazione alla disciplina di bilancio, di migliorare lo svolgimento della procedura annuale di bilancio e la cooperazione tra istituzioni in materia di bilancio, nonché di garantire una sana gestione finanziaria, così come di attuare una cooperazione e stabilire una tabella di marcia verso l'introduzione, per la durata del quadro finanziario pluriennale 2021-2027 («QFP 2021-2027») di nuove risorse proprie sufficienti a coprire il rimborso dello strumento dell'Unione europea per la ripresa istituito a norma del regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio ⁽¹⁾ («regolamento EURI).
2. La disciplina di bilancio di cui al presente accordo si applica a tutte le spese. Il presente accordo impegna le istituzioni, per tutta la sua durata. Gli allegati del presente accordo ne costituiscono parte integrante.
3. Il presente accordo non incide sulle rispettive competenze di bilancio e legislative delle istituzioni, quali definite nei trattati, nel regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 ⁽²⁾ del Consiglio («regolamento QFP»), e nel regolamento (UE, Euratom) 2018/1046 del Parlamento europeo e del Consiglio ⁽³⁾ («regolamento finanziario»), nonché nella decisione (UE, Euratom) 2020/2053 ⁽⁴⁾ del Consiglio («decisione sulle risorse proprie»), e non pregiudica le competenze dei parlamenti nazionali in materia di risorse proprie.

⁽¹⁾ Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, che istituisce uno strumento dell'Unione europea per la ripresa, a sostegno della ripresa dopo la crisi COVID-19 (cfr. pag. 23 della presente Gazzetta ufficiale).

⁽²⁾ Regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 del Consiglio, del 17 dicembre 2020, che stabilisce il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027 (cfr. pag. 11 della presente Gazzetta ufficiale).

⁽³⁾ Regolamento (UE, Euratom) 2018/1046 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 luglio 2018, che stabilisce le regole finanziarie applicabili al bilancio generale dell'Unione, che modifica i regolamenti (UE) n. 1296/2013, (UE) n. 1301/2013, (UE) n. 1303/2013, (UE) n. 1304/2013, (UE) n. 1309/2013, (UE) n. 1316/2013, (UE) n. 223/2014, (UE) n. 263/2014 e la decisione n. 541/2014/UE e abroga il regolamento (UE, Euratom) n. 966/2012 (GU L 193 del 30.7.2018, pag. 1).

⁽⁴⁾ Decisione (UE, Euratom) 2020/2053 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, relativa al sistema delle risorse proprie dell'Unione europea e che abroga la decisione 2014/335/UE (GU L 424 del 15.12.2020, pag. 1).

L'elenco delle banche italiane più solide secondo la Bce

Denominazione dell'ente	P2R applicabile nel 2022	P2R applicabile nel 2023	P2R applicabile nel 2024	P2R-LR appli nel 2024
Credito Emiliano Holding S.p.A.	1,00%	1,00%	1,00%	n.a.
Banca Mediocredito S.p.A.	n.a.	1,50%	1,50%	n.a.
Intesa Sanpaolo S.p.A.	1,70%	1,50%	1,50%	n.a.
Mediobanca - Banca di Credito Falciano S.p.A.	1,50%	1,80%	1,80%	n.a.
Fiocobank S.p.A.	n.a.	1,70%	2,00%	n.a.
UniCredit S.p.A.	1,70%	2,00%	2,00%	n.a.
SPER Banca S.p.A.	2,00%	2,40%	2,40%	n.a.
Cassa Centrale Banca - Credito Cooperativo Italiano S.p.A.	2,40%	2,50%	2,50%	n.a.
Banco BPM S.p.A.	2,20%	2,50%	2,50%	n.a.
Monte dei Paschi di Siena S.p.A. - Istituto Centrale del Credito Cooperativo	2,80%	2,80%	2,80%	n.a.
BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.p.A.	2,70%	2,70%	2,70%	n.a.
Banca Popolare di Sondrio S.p.A.	2,70%	2,80%	2,70%	n.a.

CORRIERE DELLA SERA

Mes, cosa prevedeva la riforma e che effetti ha il «no» sugli altri 19 Paesi



https://roma.corriere.it/notizie/politica/23_dicembre_24/mes-cosa-prevedeva-la-riforma-e-che-effetti-ha-il-no-sugli-altri-diciannove-paesi-0d3cd7a1-6e5d-4a1a-8023-1eb23b2dfx1k.shtml