

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia

n. 13 del 1.04.2024



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:



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

1921 — 2021
UN SECOLO
DI STORIA
D'AVANTIAMO



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Professore Associato di Igiene e Medicina Preventiva presso la Facoltà di Economia dell’Università Cattolica del Sacro Cuore. Dal 2009 al 2012, Coordinatore e Segretario Scientifico dell’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane e curatore del Rapporto Osservasalute, dal 2011 è referente per l’Italia dello European Observatory on Health Care Systems and Policies e co-autore del report “HIT-Italy” 2014. Dal 2012 è Direttore della UOC “Percorsi e valutazione degli outcome clinici” della Fondazione Policlinico Universitario “A. Gemelli” - IRCCS.

Maurizio Dal Maso

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Ha svolto la sua attività professionale come medico clinico dal 1979 al 1999. Successivamente come medico di Direzione sanitaria e Project Manager aziendale,

Direttore Sanitario aziendale, Direttore Generale e Commissario straordinario. Dal luglio 2019 svolge attività di consulente in Organizzazione aziendale e formatore in Project Management per Accademia Nazionale di Medicina.

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Generale, acquisiti master universitari di secondo livello. Pubblicati lavori scientifici, coautore 1 Libro, autore di articoli su riviste on line. Medico di direzione sanitaria dell'A.O San Camillo Forlanini, direttore della UOSD Gestione dei Blocchi operatori e Pre-ospedalizzazione e direttore 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 ASIQUAS, 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
- Volume 2 dal n. 14 al n.29:
- Volume 3 dal n. 30 al n. 34:
- Volume 4 dal n. 35 al n. 60
- Volume 5 dal n. 16, Prima serie settimanale:
- Volume 6 dal n. [1 al n. 4, Prima Serie quindicinale](#);
- Volume 7 dal n.1 al n. 46, Seconda Serie Settimanale;

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

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

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

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

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

- [Monografia 1– Long Covid](#)
- [Monografia 2 – ASQUAS, Covid 19 e PNRR](#)
- [Antologia “One Health”](#)
- [Antologia “Per una sanità pubblica anche dopo la pandemia: il rapporto con il “privato”](#)

Indice

Articoli di apertura	10
Quotidiano sanità - <i>One health. Come una strategia globale può essere messa in atto in un sistema sanitario gestito da realtà geodemografiche limitate quali le singole Regioni italiane</i> - Giorgio Banchieri, Luigi Bertinato, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci,	10
Toscana Medica - <i>I medici possono contribuire a costruire la fiducia nel sistema sanitario</i> - Andrea Vannucci	16
Toscana Medica - <i>La misura del cambiamento del nostro SSN/SSR</i> - Maurizio Dal Maso	19
I luoghi di Cura – <i>Riforma non autosufficienza: tradimenti e rinvii</i> – Franco Pesaresi	22
Toscana Medica - <i>Le reti cliniche ieri, oggi e domani</i> - Maurizio Dal Maso	24
Scenari della sanità	30
Il Sole 24Ore - <i>Mintzberg sfida lo storytelling sull'Healthcare</i> - Valeria Tozzi	30
Salute Internazionale - <i>Etica medica e contesto politico e sociale. In una prospettiva storica</i> - Gavino Maciocco	31
The Lancet – <i>Mortalità globale specifica per età, aspettative di vita e stime della popolazione in 204 paesi e territori subnazionali, 1950 – 2021 ...</i> - Collaboratori demografici GBD 2021	37
Quotidiano sanità - <i>Le morti infantili nel mondo raggiungono nel 2022 il minimo storico. Ma milioni di bambini continuano a morire. Il Rapporto dell'Onu</i>	43
Quotidiano sanità - <i>Aspettativa di vita alla nascita. Nell'UE torna a crescere e arriva a 80,6 anni nel 2022 ma ancora non raggiunge i livelli pre Covid. La Pa Trento è la seconda in Europa</i>	47
Quotidiano sanità - <i>Sanità e assistenza sociale. Eurostat: attivo in questi settori il 7,4% di tutte le imprese dell'UE</i>	48
Epidemiologia e prevenzione - <i>Il diritto universale alla salute richiede la pace e rifiuta la guerra</i>	49
The Lancet – <i>Sviluppo di standard di sanità pubblica di buone pratiche per il sequenziamento dell'intero genoma del Mycobacterium tuberculosis</i> – J. T. Denhalm e altri	52
Scenari del SSN	54
Quotidiano sanità - <i>È necessario non abbassare la guardia e avere prospettive di lungo periodo per rilanciare il Ssn</i> - Roberto Polillo, Mara Tognetti	54
Sanità Informazione - <i>'Salute e Sanità': sei italiani su dieci hanno meno fiducia nel SSN. Del mal funzionamento si dà la responsabilità in primis allo Stato</i> - <u>Isabella Faggiano</u>	56
Quotidiano sanità - <i>Puntare su personale sanitario, territorio e ammodernamento tecnologico e digitale. E poi arriverà il nuovo Piano sanitario nazionale. Ecco l'atto di indirizzo 2024 del Ministero Salute</i>	60
Medicina 33 - <i>Riequilibrio dell'offerta sanitaria (per l'equità di accesso al SSR)</i> - Leopoldo Turani	63
Il Sole 24Ore - <i>Aggressioni in corsia: l'81% le ha subite ma il 69% non denuncia. Di Silverio: Finanziare il Ssn per aumentare i servizi e abbattere la frustrazione di medici e pazienti</i> - Anaa Assomed	68
Sostenibilità della sanità	70
Tecnomedicina - <i>Fondazione Roche: disponibile il volume "2030. La sostenibilità della salute. Nuovi equilibri tra dati, welfare e SSN"</i>	70
Think Tank Quotidiano - <i>Ecco come la sostenibilità influenza il debito di un Paese | L'analisi</i>	71
Quotidiano sanità - <i>Autonomia differenziata. I medici la bocciano.</i> - Anaa e Cimo	73
Centro Riforma dello Stato - <i>Autonomia differenziata, una disgregazione irreversibile</i> - <u>Gaetano Azzariti</u>	73
Il Sole 24Ore - <i>Le regole per una spesa sanitaria equa e coerente che non metta in ginocchio le Regioni del Sud</i> Ettore Jorio	78
La Repubblica - <i>Il 42% degli italiani rinuncia alle cure per problemi economici</i> - il Rapporto AIOP 2023	79
L'Espresso - <i>In Italia più di un milione e mezzo di persone non ha abbastanza soldi per curarsi</i> - Chiara Sgreccia	80
Quotidiano sanità - <i>Autonomia differenziata. Gimbe: "Porterà al collasso la sanità delle Regioni del Sud. Al Nord rischio sovraccarico da mobilità sanitaria"</i>	82
Quotidiano sanità - <i>Nell'Unione europea si fanno sempre meno bambini. Nel 2022 ne sono nati 3,88 mln, il numero più basso degli ultimi 60 anni. Italia agli ultimi posti per tasso di fertilità</i>	88
One Health, clima e salute	90
The Lancet – <i>Le stime sulla salute globale dovrebbero essere più rispondenti alle esigenze dei paesi</i> – K. Forte e altri	90
Agenda digitale - <i>One Health: un approccio integrato per la salute globale</i> - <u>Antonietta Pannella</u>	91
Centro Riforma dello Stato - <i>Crisi ambientale, una strage da evitare</i> - <u>Guido Viale</u>	94
The Lancet - <i>Stime del carico di mortalità globale associato all'esposizione a breve termine al particolato fine (PM2.5)</i> – Wenhua Yu Rongbin Xu , Tingting Ye	97
La Repubblica - <i>L'intelligenza artificiale non ci salverà dal cambiamento climatico: la denuncia</i> - Simone Cosimi	100

Quotidiano sanità - <i>Inquinamento. PM2,5 killer a breve termine, un morto su due. L'Asia paga il prezzo più alto</i>	102
The NEJM - <i>Effetti sulla salute degli interferenti endocrini derivati dai combustibili fossili</i> - Tracey J. Woodruff	103
WIRED - <i>Universalità delle cure, prevenzione e approccio One Health: ecco i temi che l'Italia porterà al G7 dei ministri della Salute</i>	107
World Economic Found – <i>9 Modi in cui l'intelligenza artificiale aiuta ad affrontare il cambiamento climatico</i>	108
Sciences Po - <i>Global Public Policy Network 2024: ridurre l'impatto dei cambiamenti climatici sui territori e sulle popolazioni vulnerabili</i>	111
The NEJM - <i>Microplastiche e nanoplastiche negli ateroscleromi e negli eventi cardiovascolari</i> – R. Marfella, F. Prattichizzo e altri	112
Salute Internazionale - <i>La terza transizione epidemiologica</i> - Andrea Ubiali	113
Salute Internazionale - <i>Il diritto all'ombra</i> - Ambra Chessa	116
Quotidiano sanità - <i>Italia deferita a Corte UE per mancato rispetto direttiva su trattamento acque reflue urbane</i>	118
Think Tank Quotidiano – <i>L'Italia è il secondo Paese meno vivibile in Europa</i>	119
La Repubblica - <i>Giornata delle foreste, in 30 anni persi 178 milioni di ettari di boschi: tre volte la superficie della Francia</i> - redazione Green&Blue	121
La Repubblica - <i>Inquinamento atmosferico, solo in 7 Paesi su 134 l'aria è pulita: la classifica IQAir</i> – G. Talignani	123
IQAir - <i>Mappa globale interattiva delle concentrazioni di PM2,5 nel 2023 per città</i>	124
Ecquologia - <i>Microplastiche dall'usura dei pneumatici</i>	126
Sanità pubblica e privata	128
Epidemiologia & Prevenzione - <i>Perché aumenta il privato in sanità?</i> - Il blog di Cesare Cislighi	128
Quotidiano sanità - <i>La sanità pubblica da sola non ce la fa? Il 20% della spesa utilizzata per acquistare prestazioni dal privato. Boom in Lazio e Lombardia</i> - Luciano Fassari	135
Pandemie, oggi e domani	137
The Lancet – <i>Terapie basate sull'mRNA: guardare oltre i vaccini Covid-19</i> – H. Parhiz e altri	137
Science - <i>La dengue imperversa in Brasile. Manca almeno un anno per un promettente vaccino locale</i> – <u>Marcia Triunfol</u>	137
Il Sole 24 Ore - <i>Dengue: implementare le misure di prevenzione e avanti sullo sviluppo dei vaccini</i> - Emanuele Nicastrì,	140
La Repubblica - <i>Dengue, tutto quello che c'è da sapere sul vaccino</i> - Mara Magistroni	141
AOU - <i>Dengue, Chikungunya, Zika virus, malattia di West Nile e altre arbovirus</i>	142
ISS - <i>Zika virus</i> – <u>News</u> ,	143
Nurse24.it - <i>Chikungunya</i>	146
ISS – <i>Febbre Dengue</i>	147
Quotidiano sanità - <i>Zoonosi e antropozoonosi: gli esseri umani trasmettono più virus agli animali di quanti ne prendano da loro</i>	149
Quotidiano sanità - <i>Tubercolosi. In Europa boom di decessi durante la pandemia: + 7mila rispetto all'atteso. Aumenta la prevalenza della Tbc resistente ai farmaci. Il nuovo Rapporto Oms Europa/Ecdc</i>	151
JAMA - <i>Eventi avversi dopo i vaccini XBB.1.5 contenenti mRNA COVID-19</i> - <u>Niklas Worm Andersson</u> e altri	154
The NEJM - <i>Cognizione e memoria dopo il Covid-19 in un ampio campione comunitario</i> – A. Hampshire e altri	155
The Lancet – <i>Accelerare l'accesso e la gestione degli antibiotici: un nuovo modello per salvaguardare la salute pubblica</i> – Jennifer Cohn e altri	161
The Lancet – <i>Immunogenicità e sicurezza di un vaccino bivalente (omicron BA.5 più ancestrale) con proteina spike ricombinante SARS-COV-2 come dose di richiamo eterologa ...</i> - C. Bennett e altri	162
The Lancet – <i>Vaccino proteico ricombinante bivalente (Omicron BA.5/ancestral): un richiamo promettente</i> – R. Zhang e altri	164
PNRR e sua implementazione	166
Quotidiano sanità - <i>Anziani. Raggiunto l'obiettivo del Pnrr, ma la riforma non c'è</i> - Franco Pesaresi	166
Quotidiano sanità - <i>Di Pnrr. I dubbi delle Regioni su rimodulazione fondi per la sanità: "Problemi di costituzionalità e servono nuove risorse"</i> - Luciano Fassari	170
L'ospedale che cambia	173
Quotidiano sanità - <i>Rischiamo l'arrivo di una nuova pletera medica. 108.700 medici in pensione entro il 2032, ma 141.000 già in formazione.</i> - Lo studio ANAAO	173
Il Sole 24 Ore - <i>Equo compenso: restano i nodi per le prestazioni dei medici libero professionisti</i> - Claudio Testuzza	174
Il Sole 24 Ore - <i>Gettonisti nel Ssn: così si viola il principio di legittimo affidamento dell'utenza</i> - Ettore Jorio	175
Il Sole 24 Ore - <i>8 marzo/ Fiaso: cresce la presenza femminile nelle direzioni strategiche delle aziende sanitarie</i>	178

Quotidiano sanità - <i>Donne in sanità: protagoniste nelle cure, invisibili ai vertici. Anaa: "Solo il 17% occupa posti apicali"</i>	178
Quotidiano sanità - <i>Medici. Un mestiere sempre più al femminile. Fnomceo: "Le donne sono il 53,5% dei professionisti in attività e l'onda rosa è destinata ad allargarsi nei prossimi dieci anni"</i>	179
Salute Internazionale - <i>Prevenire la violenza di genere - Gruppo di lavoro "Parità di Genere in Sanità Pubblica",</i>	180
Quotidiano sanità - <i>Medici: serve un cambio di passo che prima di tutto è culturale - Ornella Mancin</i>	183
Quotidiano sanità - <i>Nessun paese può dirsi democratico se non garantisce la salute ai propri cittadini – E. Bozza</i>	184
Medicina territoriale	187
Quotidiano sanità - <i>Quando il senso di appartenenza alla comunità vacilla - Claudia Zamin,</i>	187
Quotidiano sanità - <i>Case della Comunità, una sfida ancora aperta - Luciano Pletti</i>	189
Quotidiano sanità - <i>Costruire il senso di comunità - Fulvio Lonati</i>	190
Sanità Informazione - <i>Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, il Veneto si prepara a formare la sua 'squadra' - Isabella Faggiano</i>	192
Quotidiano sanità - <i>Case di Comunità, una proposta metodologica per il calcolo del fabbisogno di risorse umane Isabella Mastrobuono, Dario Stefanoni, Andreas Federspieler, Michele Goia,</i>	193
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia in via d'estinzione? Gimbe: "Ne mancano oltre 3.100. Entro il 2026 oltre 11.400 pensionamenti e nelle regioni del Sud le nuove leve non basteranno a rimpiazzarli"</i>	198
Quotidiano sanità - <i>Dai vaccini agli over 12, alla telemedicina fino alla scelta del medico di famiglia. La farmacia dei servizi allarga l'offerta. Ecco tutte le novità</i>	201
Quotidiano sanità - <i>Un attimo, per riprendere fiato dal soffocante pensiero unico - Bruno Agnetti</i>	202
Il Sole 24 Ore - <i>ADI e non autosufficienti: le prospettive dopo il PNRR e la delega anziani - Laura Pelliccia</i>	204
Quotidiano sanità - <i>La professione medica è ancora in grado di riprendere in mano il proprio destino - Bruno Agnetti</i>	205
Quotidiano sanità - <i>Ospedali di Comunità in Lombardia. L'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie teme un passaggio di mano al privato - A. Barbatto, F. Lonati</i>	207
Nursing	208
Quotidiano sanità - <i>Pnrr e autonomia. Per il 58% Piano inattuabile senza valorizzazione infermieri. Il ddl Calderoli rischia di aggravare divario Nord-Sud. Il sondaggio Nursind-Swg</i>	208
Elsivir - <i>L'intenzione degli infermieri di lasciare il lavoro, il carico di lavoro degli infermieri e la mortalità dei pazienti in ospedale in Italia: uno studio descrittivo e di regressione - G. Catania, M. Zanini</i>	210
Quotidiana sanità - <i>AO San Camillo di Roma: Inaugurato il nuovo reparto a degenza infermieristica</i>	211
Quotidiana sanità - <i>Tre anni dalla pandemia: poca sensibilità per l'assistenza infermieristica e le sorti del SSN – Walter De Caro</i>	212
Sociale, long care e terza età	214
Quotidiana sanità - <i>Io, Basaglia e la polenta ancora da mangiare - Ivan Cavicchi</i>	214
Salute Internazionale - <i>Franco Basaglia 100 (1) – B. Saraceno, L. Carrino, Nerina Dirindin e Roberto Beneduce</i>	216
Quotidiana sanità - <i>Dall'Oms un nuovo manuale a supporto della diagnosi di disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico</i>	218
ANSA - <i>Covid, il virus può rimanere nell'organismo per oltre 1 anno</i>	220
La Repubblica - <i>Istat, record storico delle famiglie in povertà assoluta. L'inflazione spinge la spesa</i>	220
La Repubblica - <i>Covid, durante la pandemia l'aspettativa di vita si è abbassata di 1,6 anni</i>	221
Quotidiana sanità - <i>Osservatorio integrazione sociosanitaria: censite 100 significative buone pratiche nelle prime 8 regioni. Nel 2024 a termine la mappatura nazionale</i>	222
Fondazione Sussidiarietà - <i>Analisi dei dati forniti dal rapporto Ocse "Health at a glance" - Sanità: paesi europei a confronto. L'Italia mostra luci e ombre</i>	224
Forum D&D - <i>Perché un libro sull'Europa</i>	231
Digitalizzazione e telemedicina	235
Noam Chomsky a 95 anni, è il cervello vivente più giovane al mondo...dice questo sull'intelligenza artificiale	235
The Lancet - <i>IA generativa ed editoria scientifica: domande urgenti, risposte difficili – J. Bagenal</i>	235
The Guardian - <i>Sostenere che l'intelligenza artificiale aiuterà a risolvere la crisi climatica è fuorviante, avverte una coalizione di gruppi ambientalisti - Oliver Milmann</i>	236
Quotidiana sanità - <i>Intelligenza artificiale. "Non possiamo delegare tutto all'IA, l'ultima parola deve rimanere al medico. Fondamentale affrontare il tema etico". Intervista a Eugenio Santoro (Mario Negri) - Ester Maragò</i>	238
La Repubblica - <i>Manifesto per un'azione collettiva su intelligenza artificiale e robotica</i>	240
La Repubblica - <i>L'IA che velocizza la mappatura degli iceberg per monitorare la fusione</i>	242

La Repubblica - <i>Il negazionismo climatico si aggiorna: più che negare, su YouTube l'obiettivo è normalizzare</i> - Simone Cosimi	243
DCD - <i>I data center AI potrebbero utilizzare più elettricità dei Paesi Bassi entro il 2027</i> - Pietro Giudice	244
Economia e sanità	246
Rapporto CER 2024	246
Fisco Equo - <i>Il governo fondato sui condoni: sedici mesi di regali agli evasori (Il Fatto Quotidiano)</i> - Chiara Brusini	247
Il Sole 24 Ore - <i>Ocse: debito pubblico e corporate globale a 100mila mld \$</i> - Mara Monti	248
La Repubblica - <i>Istat, nel 2023 in media 481mila occupati in più. Il lavoro si chiede ad amici e parenti</i>	250
To Day Economia - <i>Bonus fino a 2mila euro per i lavoratori con figli: nei fringe benefit anche affitto e mutuo</i>	251



quotidianosanita.it

One health. Come una strategia globale può essere messa in atto in un sistema sanitario gestito da realtà geodemografiche limitate quali le singole Regioni italiane

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

Luigi Bertinato, Consultant, Who office for investment for Health and development Venice, Italy

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

Andrea Vannucci, Professore a contratto di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM UNISI

La capacità delle singole Regioni italiane di adottare un approccio "One Health" efficace e sostenibile dipenderà da diversi fattori, tra cui risorse finanziarie, infrastrutture sanitarie, competenze tecniche e coordinamento interdisciplinare. Verosimilmente ci riusciranno le Regioni che hanno una maggiore massa critica, più competenze scientifiche e tecniche per implementare una strategia "One Health" mentre altre potranno dover affrontare sfide molto più ardue

14 MAR -

Premessa. Con la strategia Global Gateway la UE mira a realizzare "connessioni sostenibili e affidabili per le persone e il pianeta". La volontà è quella di contribuire ad affrontare le sfide globali più urgenti, dalla lotta ai cambiamenti climatici al miglioramento dei sistemi sanitari e al rafforzamento della competitività e della sicurezza delle catene di approvvigionamento globali.

Abbiamo analizzato quanto sopra nei nostri precedenti articoli su "Quotidiano sanità", ovvero, "One Health in Italia", "L'approccio "One Health" e le policy per la sua gestione", "Nuovi approcci per sviluppare politiche integrate di "One Health".

Tale strategia propone tre priorità, correlate tra loro, per affrontare i problemi sanitari globali:

- Migliorare la salute e il benessere delle persone lungo tutto l'arco della vita;
- Rafforzare i sistemi sanitari e promuovere la copertura sanitaria universale;
- Prevenire e combattere le minacce sanitarie, comprese le pandemie, con un approccio "one health".

Il riferimento principale è il documento di "vision" a cui WHO si ispira per la programmazione di "One Health", ovvero: "One Health Quadripartite Joint Plan of Action (2022-2026)":

One Health viene definita come l'approccio primario per affrontare le complesse sfide sanitarie che la nostra società deve sostenere: il degrado degli ecosistemi, i problemi legati alla sicurezza alimentare, le malattie infettive emergenti e riemergenti e la resistenza antimicrobica.

L'OMS, allo scopo, ha preparato due importanti documenti strategici: il cosiddetto "[One health joint plan of action \(2022–2026\): working together for the health of humans, animals, plants and the environment](#)" e la sua corrispettiva "Implementation Guide (pubblicata lo scorso dicembre 2023 alla COP 28), denominata [A guide to implementing the One Health Joint Plan of Action at national level, per definirne i contorni strategici per tutti gli Stati Membri](#).

Tutto ciò riorienta l'azione dell'OMS e dell'UE verso il conseguimento, attraverso queste nuove strategie, di una copertura sanitaria universale, il rafforzamento dell'assistenza sanitaria primaria e la lotta contro la povertà e le disuguaglianze sociali.

Con queste strategie si sottolinea anche la necessità di affrontare importanti determinanti di salute come i cambiamenti climatici e il degrado ambientale, la sicurezza alimentare, i conflitti e altre crisi umanitarie.

Per questo motivo s'invoca l'adozione di un solido approccio di "salute in tutte le politiche" integrando quelle di promozione della salute umana con quelle sulla salute animale e quelle su salute e ambiente.

Per migliorare la sicurezza sanitaria mondiale tutelando i cittadini dalle minacce per la salute quindi, la strategia è quella di ripensare la prevenzione, la preparazione e la capacità di risposta, nonché l'individuazione precoce dei problemi di salute che sono attualmente in discussione tra gli Stati Membri dell'OMS (1) attraverso la visione "One Health".

Se insistiamo negli approcci sanitari solo “riparativi” sappiamo anche che i nostri sistemi andranno incontro a gravi problemi di sostenibilità con il rischio di aggravare e non mitigare le disuguaglianze di salute.

A fronte di minacce che possono essere di natura chimica, biologica, nucleare, in pandemie o nella crescente resistenza antimicrobica che uccide senza far rumore, è richiesta un'ampia gamma di azioni per fronteggiarle:

- Un accesso più equo ai vaccini e alle cure mediche rafforzando i sistemi farmaceutici locali e la capacità di produzione;
- Norme internazionali solide e vincolanti in materia di pandemie;
- Una sorveglianza più rigorosa e l'individuazione degli agenti patogeni umani e anomali;
- Un approccio globale che affronti tutte le correlazioni esistenti tra l'ambiente, la salute animale/vegetale e la salute umana (“approccio one health”).

Per implementare quanto detto nei vari Paesi, quindi, è necessario sviluppare politiche integrate e coordinate, con obiettivi e standard condivisi. Serve all'Italia una UE propositiva e che eserciti un forte coordinamento delle politiche regionali compresa anche una capacità/facoltà di surrogare e supportare quei Paesi che fossero in difficoltà a sviluppare policy “One Health”. (2)

Questo tenendo conto per l'Italia la connessione forte e evidente tra strategie e obiettivi del PNRR, derivato da New Generation UE e gli obiettivi della strategia ONU come segue:



La prospettiva One Health anche in Italia

One Health è un approccio integrato che riconosce l'interconnessione tra la salute umana, animale e ambientale. Implementare la strategia One Health può portare a una maggiore sostenibilità del sistema sanitario attraverso diverse vie:

- **Prevenzione delle malattie trasmissibili:** investire in programmi di prevenzione delle malattie che coinvolgono sia gli esseri umani che gli animali può ridurre conseguentemente la trasmissione di malattie zoonotiche trasmissibili agli esseri umani e migliorare la salute pubblica complessiva.
- **Sorveglianza integrata:** creare sistemi che monitorano la salute umana, animale e ambientale, che vanno principalmente sotto il nome della “Epidemic Intelligence”, della “Digital Disease Detection” oppure della “Sorveglianza Basata su Eventi” (EBS), e che consentono una risposta più rapida ed efficace alle improvvise comparse di malattie, anche su larga scala, riducendo così l'impatto sanitario ed economico delle epidemie. (3)
- **Collaborazione interdisciplinare:** promuovere la collaborazione tra professionisti della salute umana, veterinaria e ambientale permette una migliore comprensione delle interconnessioni tra salute umana, animale e ambientale e facilita soluzioni più efficaci per i problemi sanitari emergenti.
- **Gestione appropriata degli antibiotici:** l'abuso e il cattivo uso degli antibiotici in ambito medico e veterinario facilitano la resistenza antimicrobica, una minaccia crescente per la salute pubblica. Promuovere pratiche di utilizzo responsabile degli antibiotici e progettare alternative può preservare l'efficacia degli antibiotici esistenti e ridurre il rischio delle infezioni antibiotico-resistenti.
- **Educazione e consapevolezza:** se ci impegniamo nell'educazione e miglioriamo la consapevolezza pubblica sui legami tra salute umana, animale e ambientale promuoveremo

comportamenti più sani e sostenibili e favoriremo un maggiore sostegno alle politiche e agli interventi che portano avanti l'approccio One Health.

È possibile per fare ciò basarsi sul quadro dell'IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change, promosso dall'ONU, per valutare il rischio climatico nella prospettiva "One Health" per la sorveglianza integrata della salute animale, umana e ambientale.

È necessario un "approccio olistico" e "integrato" per affrontare le emergenze, la trasmissione e la dispersione delle malattie infettive. Nel recente articolo sulla rivista "The Lancet" intitolato "Strumenti di supporto alle decisioni per costruire la resilienza climatica contro le malattie infettive emergenti in Europa e oltre", di [Joacim Rocklöv, Jan C. Semenza](#), et al., pubblicato il 07 agosto 2023 [DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100701>], gli autori affermano che un "quadro integrato dalla conoscenza all'azione transdisciplinare", mette insieme flussi di ricerca applicata per co-produrre strumenti e soluzioni di supporto decisionale basati su prove, in collaborazione con un insieme diversificato di parti politiche interessate.

Da dove possiamo iniziare?

È evidente che l'uomo vive e si riproduce in un ambiente che ha contribuito fortemente a modificare a suo uso, spesso con un'assenza di visione prospettica e non valutando gli impatti delle sue scelte economiche ed industriali. Siamo i più grandi manipolatori dell'ambiente che condividiamo con tutte le altre specie viventi, spesso condizionandone le forme di vita e anche portandone migliaia all'estinzione. Per iniziare, proviamo a concentrarci su:

- Interventi che affrontano le malattie zoonotiche emergenti o prioritariamente rilevanti per una determinata area geografica con programmi di vaccinazione sia per gli esseri umani che per gli animali.
- Monitoraggio della salute degli animali selvatici, creando sistemi di monitoraggio per rilevare e rispondere prontamente alle malattie zoonotiche che possono emergere o essere trasmesse da animali selvatici.
- Controllo delle malattie infettive negli animali da allevamento, implementando efficaci pratiche di controllo negli animali da allevamento per prevenire la trasmissione di patogeni zoonotici attraverso la catena alimentare.
- Gestione sostenibile delle risorse naturali, promuovere pratiche agricole sostenibili e una gestione ambientale per ridurre il rischio di trasmissione di malattie zoonotiche e proteggere la salute degli ecosistemi.
- Collaborazione interdisciplinare e comunicazione, favorendo la collaborazione tra le varie discipline coinvolte nella salute umana, animale e ambientale e migliorando la comunicazione tra esse per garantire una risposta coordinata e tempestiva all'insorgenza di malattie a rischio epidemico.

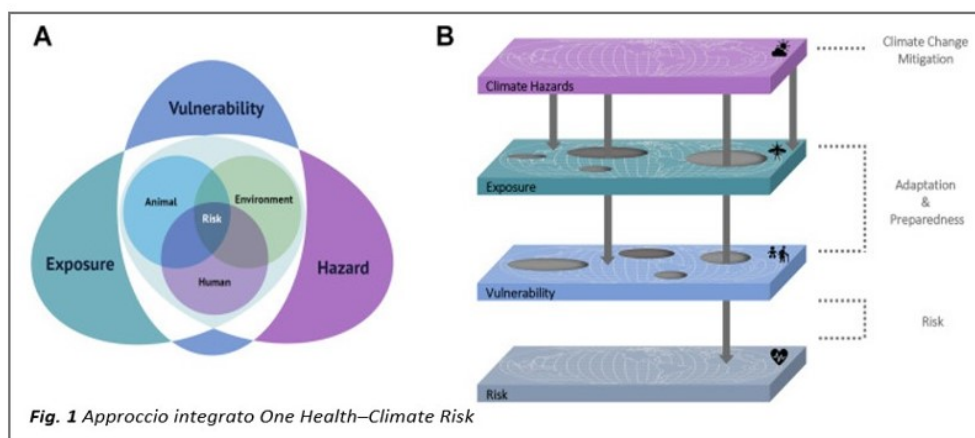
Come consolidare una strategia One Health che funzioni?

Per adottare una strategia One Health efficace, è essenziale raccogliere una vasta gamma di dati da diverse fonti e così facendo comprendere appieno le interconnessioni tra salute umana, animale e ambientale. Raccogliere e integrare queste fonti di dati può fornire una visione completa delle interazioni tra salute umana, animale e ambientale e guidare l'implementazione di interventi efficaci basati sull'approccio One Health.

Le fonti di dati e informazioni da raccogliere, almeno quelle indispensabili, riguardano:

- Sorveglianza sanitaria: monitoraggio delle malattie e degli eventi sanitari sia negli esseri umani che negli animali. Questo può includere dati epidemiologici su malattie infettive, statistiche veterinarie, rapporti diagnostici dai laboratori, e segnalazioni di malattie da parte di medici veterinari e professionisti della salute umana.
- Dati ambientali: raccolta di dati ambientali che possono influenzare la salute umana e animale, come qualità dell'aria, qualità dell'acqua, cambiamenti climatici, deforestazione, perdita di habitat e inquinamento ambientale. Questi dati possono provenire da agenzie governative, istituti di ricerca, organizzazioni ambientali e sensori ambientali.
- Dati agricoli e di allevamento: informazioni sull'agricoltura, l'allevamento e la produzione alimentare che possono influenzare la salute umana e animale, come pratiche agricole, uso di antibiotici negli animali da allevamento, sicurezza alimentare e tracciabilità degli alimenti. Questi dati possono essere raccolti da enti governativi, aziende agricole, associazioni di allevatori e organismi di regolamentazione alimentare.

- *Dati demografici e socio-economici: informazioni sulla demografia, distribuzione geografica, condizioni socio-economiche e accesso ai servizi sanitari delle popolazioni umane e animali. Questi dati possono essere ottenuti da censimenti demografici, indagini socio-economiche, registri sanitari e dati di popolazione animale.*
- *Dati genetici e biologici: raccolta di dati genetici e biologici per comprendere la suscettibilità alle malattie, la variabilità genetica delle popolazioni umane e animali e l'evoluzione dei patogeni. Possiamo raccogliere queste informazioni da studi genetici, banche dati genetiche, campionamenti di popolazioni e sequenziamento del genoma, se attuiamo un coordinamento dei vari studi e progetti in corso.*
- *Dati di mobilità e trasporto: Informazioni sulla mobilità umana e animale che possono influenzare la diffusione delle malattie e la trasmissione dei patogeni. Questi dati possono provenire da registri di viaggio, dati di trasporto pubblico, monitoraggio delle migrazioni animali e modelli di diffusione delle malattie.*
- *Dati comportamentali: informazioni sui comportamenti umani e animali che possono influenzare la trasmissione delle malattie, come contatti sociali, pratiche igieniche, dieta, abitudini di viaggio e comportamenti di vita selvatica. Questi dati possono essere raccolti attraverso indagini, interviste, osservazioni sul campo e dati di monitoraggio.*



Bisogna conoscere e applicare gli strumenti e i modelli di valutazione comunemente utilizzati dalle Nazioni Unite e dalla Banca Mondiale per la sicurezza sanitaria globale e “One Health” per esercitare pressioni sui Ministeri e sugli Istituti Nazionali di Sanità Pubblica come sono riportati nel seguente schema:

La IA avrà un ruolo di facilitazione per la strategia One Health?

L'intelligenza artificiale (IA) può offrire diversi contributi significativi per adottare una strategia One Health, soprattutto nel contesto della gestione dei dati e dell'analisi delle informazioni:

- *Analisi dei Big Data: l'IA può analizzare grandi quantità di dati provenienti da fonti eterogenee, come dati sanitari umani e animali, dati ambientali, dati genetici e altro ancora. L'IA può identificare modelli, correlazioni e anomalie nei dati che possono essere utilizzati per prevedere malattie emergenti, individuare cluster di malattie o identificare potenziali rischi per la salute pubblica.*
- *Sorveglianza e rilevamento precoce delle malattie: l'IA può essere utilizzata per lo sviluppo di sistemi di sorveglianza automatizzati in grado di rilevare segnali precoci di malattie attraverso l'analisi di dati epidemiologici, segnali biologici, dati ambientali e altre fonti di dati. Ciò consente una risposta più rapida in caso d'insorgenza di malattie e una migliore gestione delle emergenze sanitarie.*
- *Modellazione e previsione: l'IA può essere utilizzata per sviluppare modelli predittivi e simulazioni per valutare il rischio di diffusione di malattie, valutare l'efficacia di interventi di controllo e prevedere l'impatto di cambiamenti ambientali o socio-economici sulla salute umana, animale e ambientale.*

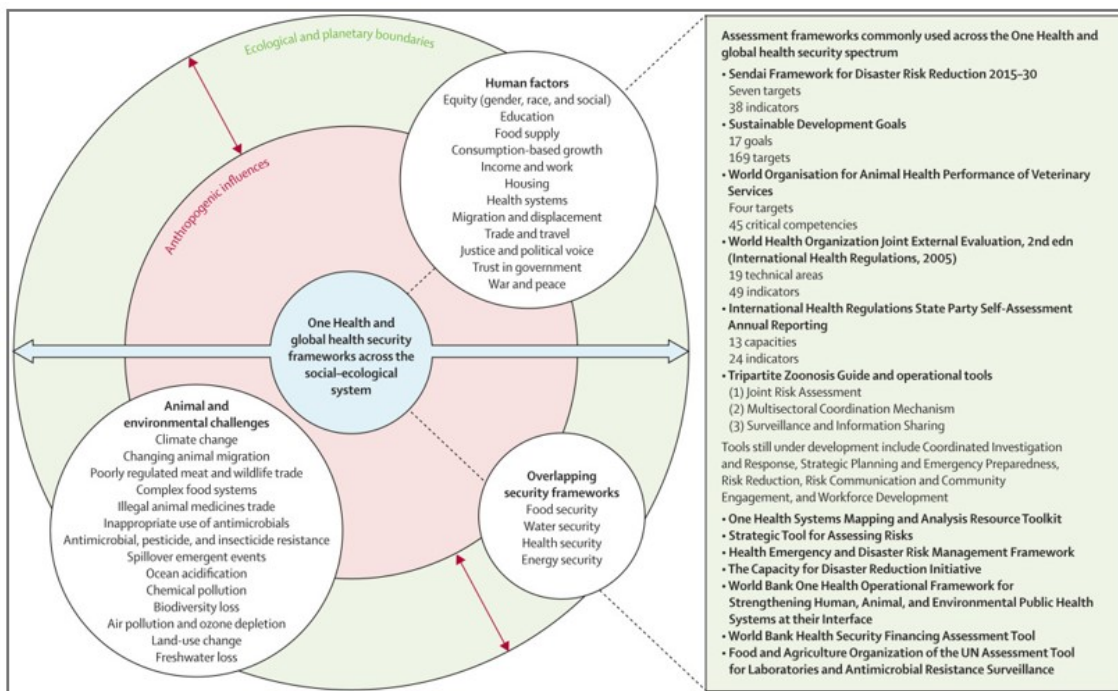


Fig. 2 Il quadro integrato Knowledge-to-Action

- *Gestione dei farmaci e resistenza antimicrobica: l'IA può supportare la gestione responsabile degli antibiotici e altri farmaci attraverso l'ottimizzazione delle terapie, il monitoraggio della resistenza antimicrobica e la prevenzione dell'abuso di antibiotici sia nel contesto medico che veterinario.*
- *Analisi genomica: l'IA può analizzare grandi dataset genomici per identificare marcatori genetici associati a malattie, resistenza agli antimicrobici o altre caratteristiche di interesse. Ciò può guidare lo sviluppo di nuovi trattamenti, vaccini o strategie di controllo delle malattie.*
- *Promozione della ricerca traslazionale: l'IA può facilitare l'integrazione e l'analisi di dati provenienti da diverse discipline scientifiche, promuovendo la ricerca traslazionale che collega la ricerca di base con la pratica clinica e veterinaria.*

È possibile quindi sviluppare sistemi di supporto alle decisioni che saranno d'aiuto per la salute umana, animale e ambientale a prendere decisioni informate e basate su evidenze.

Proprio perché l'IA giocherà un ruolo cruciale si pone in tutta la sua forza la grande questione di chi sarà la proprietà, lo sviluppo e l'uso di questa potente risorsa e se le istituzioni preposte all'uso collettivo ed egualitario delle opportunità che ricerca e progresso scientifico ci mettono a disposizione saranno in grado di garantirne un effettivo beneficio per tutti.

Il rischio è che pochi usino queste tecnologie per condizionare e manipolare i più, inducendo comportamenti, consumi e stili di vita condizionati e "personalizzati" ad uso e consumo dei pochi che controllano queste tecnologie, tipo "Orwell 1984" ... sembra fantascienza, ma in Paesi autocratici e già realtà per il controllo di massa.

Riusciranno aree geografiche di limitate dimensioni come le Regioni italiane e mettere in campo strategia a visione globale come "One Health"?

La capacità delle singole Regioni italiane di adottare un approccio "One Health" efficace e sostenibile dipenderà da diversi fattori, tra cui risorse finanziarie, infrastrutture sanitarie, competenze tecniche e coordinamento interdisciplinare. Verosimilmente ci riusciranno le Regioni che hanno una maggiore massa critica, più competenze scientifiche e tecniche per implementare una strategia "One Health" mentre altre potranno dover affrontare sfide molto più ardue.

Per altro l'"autonomia differenziata" rischia di planare su una realtà molto differenziata per PIL, redditi medi, infrastrutture, accesso alle cure e ai LEA, etc. delle Regioni del nostro Paese, aumentando i divari e le diseguaglianze economiche, sociali e di salute.

Al fine di evitarlo e mitigarlo ecco alcuni fattori da considerare:

- *Risorse finanziarie:* le risorse finanziarie sono fondamentali per sostenere programmi di sorveglianza integrata, interventi di prevenzione delle malattie, formazione del personale sanitario e altre attività necessarie per implementare una strategia "One Health". Le Regioni con maggiori risorse finanziarie possono avere una maggiore capacità di investire in queste iniziative.
- *Infrastrutture sanitarie:* la presenza di infrastrutture sanitarie ben sviluppate, compresi laboratori di diagnostica avanzata, sistemi di sorveglianza sanitaria e servizi veterinarie, può facilitare l'implementazione di una strategia "One Health". Le Regioni con infrastrutture sanitarie più avanzate possono essere in grado di adottare un approccio "One Health" in modo più efficace.
- *Competenze tecniche:* le competenze tecniche del personale sanitario e veterinario sono essenziali per implementare una strategia "One Health". Le Regioni con una forza lavoro sanitaria ben formata e con competenze interdisciplinari solide possono saranno in una condizione migliore per adottare un approccio "One Health".
- *Collaborazione e coordinamento:* il coordinamento e la collaborazione tra diverse agenzie e stakeholder, tra cui autorità sanitarie, veterinari, comunità locali, centri di ricerca, enti rappresentativi del mondo produttivo sono fondamentali per il successo di una strategia "One Health". Le Regioni che promuovono la collaborazione e il coordinamento tra queste parti interessate possono avere maggiori probabilità di implementare con successo un approccio "One Health".
- *Supporto politico e consapevolezza:* Il supporto politico e l'interesse pubblico possono influenzare la capacità delle regioni di adottare una strategia "One Health". Le Regioni con un forte sostegno politico e un'alta consapevolezza pubblica sui legami tra salute umana, animale e ambientale possono essere più propense a investire risorse e adottare politiche volte a promuovere l'approccio "One Health".

Infine è importante, quasi indispensabile, che le autorità regionali lavorino insieme a livello nazionale e internazionale per promuovere e sostenere l'approccio "One Health" e affrontare le sfide sanitarie complesse che coinvolgono la salute umana, animale e ambientale del mondo contemporaneo.

Le politiche di contenimento dei costi per ambiente, sanità, sociale e quindi salute verso Regioni e Enti Locali non hanno aiutato e non aiutano questo tipo di approccio, anzi, creano un impoverimento progressivo dell'operatività delle Istituzioni e delle Aziende e Agenzie pubbliche che stiamo scontando oggi nella ricerca della "messa a terra" del PNRR nel nostro Paese.

Come potremo dare evidenza dell'approccio "One Health" nei Livelli Essenziali di Assistenza delle Regioni italiane

Per adeguare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a una strategia "One Health", sarebbe necessario integrare considerazioni relative alla salute animale e ambientale nei servizi sanitari per garantire un approccio olistico alla salute umana.

Proviamo ad elencare alcune azioni e indicatori che potrebbero essere considerati, quest'ultimi dovrebbero essere progettati per misurare l'efficacia degli interventi nella promozione della salute complessiva e misurare così il raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità:

- *Revisione dei LEA:* rivedere i LEA per includere servizi e interventi che supportano la salute umana, animale e ambientale. Questo potrebbe includere servizi di sorveglianza integrata, screening per malattie zoonotiche, interventi per la gestione delle malattie infettive negli animali e misure di protezione ambientale per prevenire la trasmissione di malattie.
- *Formazione del personale sanitario:* Integrare la formazione del personale sanitario per comprendere e gestire le interazioni tra salute umana, animale e ambientale. Gli indicatori potrebbero includere il numero di professionisti sanitari formati sull'approccio "One Health" e la partecipazione a programmi di educazione continua su questo argomento.
- *Collaborazione interdisciplinare:* promuovere la collaborazione tra professionisti della salute umana, animale e ambientale nei processi decisionali e nella pianificazione dei servizi sanitari. Gli indicatori potrebbero includere inizialmente il numero, e successivamente i risultati, di progetti o iniziative collaborative tra le diverse discipline e la partecipazione a riunioni interprofessionali.
- *Sorveglianza integrata:* sviluppare sistemi di sorveglianza integrata che monitorano la salute umana, animale e ambientale per rilevare precocemente le minacce alla salute pubblica e implementare misure preventive. Gli indicatori potrebbero includere il numero di malattie zoonotiche monitorate, la tempestività delle segnalazioni di malattie e l'efficacia delle risposte di controllo.
- *Prevenzione delle malattie zoonotiche:* implementare interventi per prevenire la trasmissione di malattie zoonotiche attraverso la promozione di pratiche agricole sostenibili, la gestione

responsabile degli animali domestici e il controllo delle malattie negli animali da allevamento. Gli indicatori potrebbero includere la copertura vaccinale degli animali, il numero di animali sottoposti a screening per malattie zoonotiche e l'efficacia delle campagne di sensibilizzazione pubblica.

- Valutazione dell'impatto ambientale: valutare l'impatto ambientale delle attività sanitarie e promuovere pratiche sostenibili per ridurre l'inquinamento ambientale e preservare la biodiversità. Gli indicatori potrebbero includere il monitoraggio delle emissioni di gas serra e rifiuti sanitari, l'adozione di pratiche energetiche efficienti e la conservazione degli habitat naturali.

In sintesi, adeguare i LEA a una strategia "One Health" richiede un approccio integrato che consideri la salute umana, animale e ambientale in modo equilibrato.

Occorre ritornare, anche se in un contesto diverso e con un approccio più ampio, alla costruzione di "Piani Regionali di Salute" come strumenti di integrazione di policy agricole e ambientali, sanitarie, sociali, abitative, politiche del lavoro e della formazione, nonché dei trasporti, che anche in Italia iniziarono a essere sperimentate ad inizio secolo con evidenze ancora tutte da considerare. Al momento, le politiche e il dibattito politico tendono a non tenere conto degli impatti dell'adattamento climatico e delle trasformazioni guidate dalla mitigazione sugli esiti delle malattie infettive.

In Italia se guardiamo alla Legge di Bilancio 2024 e al dibattito politico relativo si vede come non si tiene conto di quanto qui riportato e, anzi, persista un'inadeguata considerazione dei problemi attualmente presenti e delle necessarie azioni di integrazione delle varie componenti del sistema salute, trascurando di considerarlo un "driver fondamentale" per ridisegnare e fortificare il "sistema Paese".

Le previsioni macroeconomiche internazionali sono non espansive. La crisi della bolla immobiliare cinese spinge al ribasso le Borse internazionali. Eurostat e Banca d'Italia rivedono le previsioni del PIL italiano sotto l'1% al ribasso tendenziale. I margini per rifinanziare welfare e sanità si restringono.

In questo contesto il Governo ha annunciato tagli per oltre 15 Miliardi di Euro sulle progettualità previste con il PNRR in particolare quelle legate a temi ambientali e di riqualificazione urbana e di servizi sociali. I tagli proposti andranno inevitabilmente ad impattare sulla tenuta dei territori e delle comunità, sapendo che la mancanza di servizi sociali e di ambienti vivibili saranno la premessa e la causa di successive "medicalizzazioni" improprie ed inappropriate altrimenti evitabili.

Integrare le policy di salute e far sì che siano coerenti con la strategia One Health vuol dire anche contribuire a costruire una visione di quale Paese e di quale sanità vogliamo oggi e domani.

Riferimenti:

1) The World Health Organization's pandemic treaty, *BMJ* 2023; 380 doi:

<https://doi.org/10.1136/bmj.p463>

2) The European Union One Health 2022 Zoonoses Report, *EFSA Journal*,

10.2903/j.efsa.2023.p211202, 21, 12, (2023).

3) Kaiser R, Coulombier D. Different approaches to gathering epidemic intelligence in Europe. *Euro Surveill.* 2006;11(4):E060427.1.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120859



I medici possono contribuire a costruire la fiducia nel sistema sanitario

Andrea Vannucci, professore a contratto di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM UNISI

Noi medici siamo così concentrati sulla persona che abbiamo davanti, sul desiderio di capire cosa ha che non va e in quale modo possiamo intervenire in modo efficace, che trascuriamo quale grande problema sia quell'altra persona che non vediamo perché difficilmente sarà in grado di arrivare fino a noi e che non riceverà cure adeguate.

I fattori che influenzano l'accesso alle cure sono molteplici: accessibilità, accettabilità, disponibilità del processo di cura, disponibilità del luogo di cura, sostenibilità e appropriatezza.

Il bisogno che appare oggi essere preminente è rappresentato dalle persone che presentano stati di comorbidità. Il livello di carico di comorbidità è maggiore nella sottopopolazione caratterizzata da bassi titoli di studio e difficoltà economiche rispetto alla sottopopolazione ricca, caratterizzata da un alto livello di istruzione. Avviene quindi che chi avrebbe più bisogno ha anche maggiori difficoltà di accesso.

Sempre più chi può permetterselo sceglie di curarsi pagando di tasca propria.

Tra le famiglie più abbienti, quelle che ricorrono a spese sanitarie private, superano l'80 per cento.

Sembra però che anche chi non potrebbe ricorre alla sanità privata dal momento che tra le famiglie meno abbienti la quota di chi rinuncia all'offerta pubblica raggiunge il 60 per cento. In particolare, spendono per la salute le coppie anziane over 75 e le famiglie con tre o più figli.

Cresce anche il ricorso ai servizi delle strutture private accreditate: la quota di ricoveri nelle strutture accreditate sul totale è passato dal 24,8 per cento del 2017 al 27,1 per cento del 2022 mentre per gli interventi chirurgici si passa dal 33,4 per cento al 35,8 per cento.

Ma questo, va ricordato, è una redistribuzione dell'offerta sanitaria che non pesa sulle finanze dei cittadini in quanto sta dentro il finanziamento pubblico.

Le diseguaglianze

Mentre i ministri della salute ed i leader sanitari europei si riunivano in Estonia (12 dicembre 2023) per la Conferenza sui sistemi sanitari, un nuovo rapporto OMS/Europa riporta che milioni di persone sono in difficoltà perché debbono pagare di tasca propria l'assistenza sanitaria.

Tale difficoltà diventa in singoli casi una vera "catastrofe", cioè quando la spesa supera il 40 per cento della capacità di spesa della persona e la sua famiglia. Spesa sanitaria catastrofica significa che una famiglia non può più permettersi di soddisfare i bisogni di base – cibo, alloggio e utenze domestiche – a causa del fatto di dover spendere per l'assistenza sanitaria.

Se si considera il quinto più povero della popolazione, la spesa sanitaria catastrofica può essere da 2 a 5 volte superiore alla media nazionale.

Ciò significa che le persone più povere sono quelle che hanno maggiori probabilità di soffrire le maggiori difficoltà finanziarie.

Le spese sanitarie catastrofiche vengono sostenute dal 2,8 per cento delle famiglie residenti (731.489 nuclei), un dato in aumento di 0,4 punti percentuali rispetto al 2019.

Il Mezzogiorno continua a essere il più colpito: 4,7 per cento delle famiglie, in aumento di 1 punto percentuale nell'ultimo anno.

Le famiglie più esposte al rischio di spese "catastrofiche" sono quelle degli anziani over 75 (soli o in coppia) e le coppie con tre o più figli minorenni: in queste ultime, in particolare, pesano le cure odontoiatriche.

La pandemia ha peggiorato la situazione per molti, creando enormi arretrati che possono costringere le persone a ricorrere a prestazioni sanitarie a pagamento

OMS/Europa esorta quindi i paesi a fare 5 scelte politiche per migliorare la protezione finanziaria dei propri cittadini e mantenere la loro fiducia nelle istituzioni sanitarie:

- 1. La copertura finanziaria dovrebbe essere garantita con la spesa pubblica per far sì che non vi siano gravi carenze di personale sanitario, lunghi tempi di attesa per le cure e spese dei privati cittadini.*
- 2. Il diritto all'assistenza sanitaria dovrebbe rimanere svincolato dal pagamento di eventuali assicurazioni e/o fondi sanitari.*
- 3. Eventuali co pagamenti (i "ticket ") dovrebbero essere applicati con parsimonia e concepiti in modo tale che le persone a basso reddito o con malattie croniche siano automaticamente esentate.*
- 4. La copertura delle cure primarie dovrebbe includere l'intero trattamento, non solo la consultazione e la diagnosi.*
- 5. I rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti privi di documenti dovrebbero avere diritto alle stesse prestazioni degli altri residenti, senza ostacoli amministrativi all'accesso ai diritti.*

La fiducia

La fiducia è il collante che tiene insieme le nostre società, compresi i nostri sistemi sanitari.

La sfiducia nelle istituzioni e nei politici sta crescendo, con un conseguente impatto sui nostri sistemi sanitari.

Sempre più spesso, le persone non si fidano del fatto che i servizi sanitari forniranno loro quanto necessario.

Gli operatori sanitari stanno perdendo fiducia sulla capacità del sistema di aver "cura" di loro e di essere in grado di valorizzarli e ciò sta determinando molteplici scioperi e azioni sindacali in vari paesi europei.

Per la prima volta nella storia del servizio sanitario nazionale, il settore pubblico non è più la prima scelta dei professionisti.

Molti giovani, sempre meno disposti ad accettare condizioni di lavoro dure e poco gratificanti, preferiscono andare all'estero o lavorare come liberi professionisti.

Oltre il 40 per cento dei medici si dichiara non soddisfatto della propria situazione professionale.

Ancora più grave è il fenomeno per gli infermieri.

Osserviamo una forte carenza di vocazioni.

Le nuove leve sono in numero molto inferiore rispetto agli altri Paesi europei.

Ai test di ingresso per la laurea in infermieristica hanno preso parte 22.957 candidati per 20.059 posti, con un rapporto domande/posti pari a 1,1.

Anche i politici, magari senza dichiararlo esplicitamente, sembrano non fidarsi della capacità del sistema sanitario di riformarsi di fronte alle nuove sfide (ad esempio, sfruttando le innovazioni digitali) o di affrontare questioni che destano preoccupazione (ad esempio, il rapido invecchiamento della popolazione).

La fiducia è alla base di un sistema sanitario ben funzionante e svolge un ruolo cruciale per far sì che servizi sanitari efficaci e di alta qualità vengano erogati.

La fiducia è essenziale sia perché le politiche governative finanzino convintamente il sistema sanitario, sia nei frangenti nei quali si chiedono ai cittadini contributi ulteriori a fronte di aumenti di spesa non programmati.

Nell'ultimo rapporto di Meridiano Sanità, come si può leggere nell'area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria", Emilia-Romagna e Toscana si confermano (ancora) ai primi due posti mentre tutte le Regioni del Sud sono al di sotto della media nazionale.

E' da ricordare però che questo primato ci sta costando più di quanto disponiamo e che la Giunta regionale toscana ha deciso un'addizionale IRPEF.

Ecco che nel chiedere uno sforzo di questo tipo ai cittadini sarà indispensabile rassicurarli che niente verrà trascurato per migliorare l'efficienza del sistema e renderne poi conto in modo trasparente.

Solo procedere con queste attenzioni manterrà e rinforzerà la fiducia nel sistema.

Aumentare la fiducia nel sistema sanitario pubblico richiede sforzi coordinati e una serie di azioni mirate per affrontare le preoccupazioni e le percezioni negative.

Le strategie che potrebbero essere adottate sono molteplici e sinergiche, tra queste ricordiamo:

La comunicazione trasparente

Fornire informazioni chiare e accessibili sulla qualità dei servizi sanitari, le politiche di sicurezza e gli standard di cura. Comunicare apertamente sugli errori e sulle azioni correttive adottate, dimostrando responsabilità e impegno per il miglioramento continuo.

Il coinvolgimento della comunità

Coinvolgere attivamente la comunità nelle decisioni relative alla salute pubblica. Creare spazio di partecipazione per ascoltare i bisogni e le preoccupazioni della popolazione. Organizzare incontri pubblici, forum e tavoli di discussione per favorire il dialogo tra i cittadini e i responsabili del sistema sanitario.

Il Monitoraggio della qualità

Implementare programmi di monitoraggio della qualità per garantire che gli standard sanitari siano rispettati. Pubblicare regolarmente rapporti sulla qualità dei servizi e sulle misure adottate per migliorarli. Coinvolgere organizzazioni indipendenti per valutare la qualità dei servizi e condividere pubblicamente i risultati.

La trasparenza finanziaria

Fornire informazioni trasparenti sui finanziamenti del sistema sanitario pubblico, mostrando come vengono utilizzati i fondi pubblici per migliorare la qualità dei servizi. Evitare pratiche finanziarie opache e garantire la responsabilità nella gestione delle risorse.

La risposta efficace alle crisi

Prepararsi a gestire crisi sanitarie in modo rapido ed efficace.

Dimostrare leadership competente e comunicare tempestivamente con il pubblico durante situazioni di emergenza.

È indispensabile però riconoscere che i medici giocano un ruolo fondamentale nel contribuire a aumentare la fiducia nel sistema sanitario pubblico.

Questa consapevolezza richiede sia che tale ruolo venga riconosciuto pubblicamente, e con convinzione, sia anche una chiara assunzione di responsabilità. Ecco alcune delle azioni che confidiamo noi medici possiamo intraprendere:

Curare una relazione efficace

Comunicare in modo chiaro e comprensibile con i pazienti, spiegando diagnosi, trattamenti e procedure in modo accessibile. Rispondere alle domande dei pazienti con pazienza e trasmettere empatia.

Dimostrare interesse e attenzione nei confronti delle preoccupazioni e delle esperienze dei pazienti. Favorire un ambiente in cui i pazienti si sentano liberi di condividere le proprie preoccupazioni e aspettative. Creare un ambiente di cura inclusivo e senza discriminazioni

Promuovere l'educazione sanitaria

Fornire informazioni educative sui comportamenti preventivi, stili di vita sani e sulla gestione delle malattie. Incentivare la partecipazione attiva del paziente nella propria cura e coinvolgerlo nella presa di decisioni informate. Collaborare con i pazienti per sviluppare piani personalizzati di prevenzione e gestione della salute.

Coinvolgere le comunità

Partecipare a iniziative comunitarie e programmi di sensibilizzazione sulla salute. Collaborare con organizzazioni locali per promuovere la salute e rispondere alle esigenze specifiche della comunità.

Essere aperti sulla sicurezza

Riconoscere e affrontare gli errori in modo aperto e trasparente, dimostrando responsabilità e impegno per l'apprendimento continuo. Promuovere una cultura della sicurezza e della qualità all'interno dell'ambiente di lavoro.

Fare azioni di "advocacy" per il sistema sanitario pubblico:

- Sostenere pubblicamente il sistema sanitario pubblico e spiegare i benefici di un accesso equo e universale ai servizi sanitari.
- Partecipare a discussioni pubbliche e difendere l'importanza del finanziamento adeguato del sistema sanitario.
- Implementare queste strategie richiede tempo e sforzi ma è in grado di costruire una fiducia più solida della comunità nei confronti del sistema sanitario pubblico.

I medici possono contribuire significativamente a costruire fiducia nel sistema sanitario pubblico attraverso una pratica medica centrata sul paziente, la promozione della prevenzione e la partecipazione attiva nella comunità. La loro leadership e advocacy sono fondamentali per creare un ambiente in cui i pazienti si sentono sostenuti e sono fiduciosi nel sistema sanitario.

Questo ruolo però deve anche essere chiaramente riconosciuto, considerato ed apprezzato da parte delle organizzazioni nelle quali lavorano e da chi le dirige.

Ci sono stati casi di sottovalutazione e talvolta di sottile ed arrogante disprezzo.

Manifestazioni che abbiamo riscontrato ma che ci auguriamo appartengano al passato.

<https://www.toscanamedica.org/i-medici-possono-contribuire-a-costruire-la-fiducia-nel-sistema-sanitario/>



La misura del cambiamento del nostro SSN/SSR

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 tutelarlo. 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 tornati 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 pluri-patologico, 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.

Overo 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'efficientamento 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 truardare 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.

<https://www.toscanamedica.org/la-misura-del-cambiamento-del-nostro-ssn-ssr/>

Riforma non autosufficienza: tradimenti e rinvii

Con il Decreto Legislativo attuativo, approvato il 25 gennaio scorso, il Consiglio dei Ministri anziché procedere con l'avvio dell'attuazione della riforma della non autosufficienza prevista dalla Legge Delega 33/2023, si limita a disporre un rinvio quasi generalizzato degli obiettivi fondanti la riforma stessa. Franco Pesaresi mette a fuoco gli elementi centrali del recente Decreto, evidenziandone la distanza dai contenuti della Legge delega approvata meno di un anno fa dal Governo, una riforma che anziani non autosufficienti e caregiver attendono da anni.

di Franco Pesaresi (Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, NNA)

A marzo 2023, circa un anno fa, c'è stata l'approvazione della Legge 33/2023. Una Legge delega per la riforma dell'assistenza per la non autosufficienza. La Legge è importante perché per la prima volta viene prevista la costruzione di un sistema di welfare che si occupa in modo completo della non autosufficienza. Con la riforma, l'Italia riconosce il diritto degli anziani ad essere assistiti in modo idoneo ed integrato. Ci allineiamo così ai principali paesi europei che già da anni hanno approvato sistemi assistenziali di questo tipo.

La Legge delega, come noto, è una norma fatta di principi e per la sua realizzazione sono previsti uno o più decreti attuativi. Ma invece di questo, con lo Schema di Decreto Legislativo attuativo presentato alle Camere, il Governo ha richiesto un rinvio quasi generalizzato dell'attuazione della delega che, a rigor di legge, dovrebbe invece essere approvata entro marzo 2024.

Anziché attuare la Legge Delega 33, il Decreto Legislativo attuativo ne rinvia la messa in opera

Così accade che il Decreto legislativo attuativo in discussione in Parlamento contenga la **previsione di ulteriori 17 decreti attuativi e l'approvazione futura di 5 Linee guida** (che presumibilmente saranno approvate con decreto). Totale **22 atti ulteriori**. La metà circa di questi (9) riguardano l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Quasi tutte le decisioni importanti vengono rinviate ad atti futuri.

Nello schema di Decreto Legislativo c'è una sola decisione importante ed apprezzabile: la scelta di arrivare ad una **valutazione multidimensionale unificata**. L'intento è quello di semplificare ed unificare percorsi che oggi prevedono 5-6 diversi sistemi di valutazione. Con la riforma le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale e una di competenza delle regioni. Nulla di immediatamente attuabile, ma la scelta viene fatta. Le decisioni sostanziali sono rinviate ad un decreto che dovrà decidere tutto sulla valutazione multidimensionale (composizione della Unità valutativa, modalità di funzionamento, strumento nazionale di valutazione, ecc.). Ci sono anche delle criticità nel testo presentato (priorità di accesso agli ultra80enni, rapporto fra valutazione per l'accesso alle prestazioni "nazionali" e la valutazione per l'accesso ai servizi locali) ma la scelta è fatta.

Non cambia nulla invece nei modelli di intervento. **Tutto è rinvitato ad atti successivi** o ad una sperimentazione minimale.

Assistenza domiciliare, assistenza semiresidenziale e residenziale: riforma rinviata

Nei **lavori di assistenza domiciliare** gli obiettivi della Legge Delega erano due: integrazione sociosanitaria e l'introduzione di un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, il che comporta essenzialmente un'assistenza domiciliare con una durata ed una intensità (numero di ore settimanali) legate ai bisogni degli anziani. Nel decreto attuativo c'è attenzione alla integrazione sociosanitaria ma non ci sono contenuti nuovi. C'è un rinvio a delle nuove linee guida specifiche sulla integrazione fra ADI e SAD (assistenza domiciliare dei Comuni). Per il resto, di "durata ed intensità adeguate" non se ne parla anche se era un principio contenuto nella legge delega (art. 4, c. 2, lett. n). In questo ultimo caso, non siamo in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni contenute nella Legge 33/2023 consistente in un nuovo modello di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti che oggi non c'è.

Anche gli obiettivi della Legge delega per l'**assistenza residenziale e semiresidenziale** erano due: la revisione degli standard di personale per adeguarli (aumentarli) alle necessità degli anziani e la revisione dei requisiti strutturali per realizzare ambienti di vita amichevoli, familiari, sicuri (più riservatezza negli spazi privati e più spazi per la vita di relazione). Anche in questo caso non c'è stata l'attuazione della Legge delega; tutto rinviato ad un successivo decreto.

Dalla Prestazione "universale" prevista dalla Legge delega, ad un assegno di assistenza "per pochi"

La L.D. 33/2023 prevede una **prestazione universale** (che sostituirà l'indennità di accompagnamento) graduata secondo i bisogni del cittadino da fruire come trasferimento monetario o come servizi alla persona secondo la libera scelta dell'utente. Ed invece che cosa abbiamo? Una sperimentazione che coinvolge una quota minimale di persone (**meno di 30.000 su 1,5 milioni di fruitori** di indennità di accompagnamento) che potrà usufruire di una prestazione aggiuntiva di 850 euro mensili in servizi. E, cosa forse ancor più grave, non ci sono determinazioni su che cosa succederà dopo la conclusione della sperimentazione. Non c'è la riforma, non c'è l'universalismo nell'accesso, non c'è l'equità nell'importo (chi sta peggio riceve di più), non c'è libertà di scelta tra denaro e servizi e non c'è la promozione dell'appropriatezza (importo maggiorato per i servizi). Le uniche risorse stanziate per l'attuazione della legge sono destinate a questa sperimentazione. Nulla di strutturale e nulla per il 2024. Per il 2025 e 2026 si prelevano 250 milioni per anno dal fondo per le non autosufficienze, dal fondo lotta alla povertà e dal PNRR.

Le badanti: passi troppo timidi, lontani dalle necessità di regolazione del lavoro domestico

Per le **badanti**, La Legge delega prevede una ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali finalizzata al loro "riordino" e cioè ad un intervento fiscale (deduzioni, detrazioni) per sollevare un po' le famiglie dall'onere del pagamento dell'assistenza personale.

Lo schema di Decreto Legislativo prevede solo la parte "comoda": la ricognizione. Del riordino e quindi degli sgravi fiscali non se ne parla. Ed anche l'altro aspetto quello relativo agli standard formativi delle badanti (dalla quale si

svilupperanno poi i corsi ed i registri regionali) viene rinviato a delle successive linee guida. Insomma, anche qui non c'è l'attuazione.

Ripartire dai principi fondanti della Legge delega: costruire un sistema integrato

Il sistema dei servizi e degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti prevede l'intervento di diversi soggetti e, pertanto, ha bisogno di una forte integrazione fra lo Stato, le Regioni e gli Enti locali e poi anche una integrazione orizzontale fra il sociale, la sanità e l'INPS per essere efficace. Oggi le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps non sono adeguatamente coordinate. La Legge delega prevede la costruzione di un sistema integrato. Nel Decreto attuativo, il Sistema nazionale per l'assistenza degli anziani non autosufficienti (SNAA) previsto dalla Legge 33/2023 e preposto proprio a questo compito non svolge adeguatamente questo compito di integrazione. La programmazione coinvolge formalmente tutti i soggetti pubblici interessati ma concerne, nella sostanza, solo servizi e interventi sociali. Infatti, per fare un esempio, il Piano nazionale assistenza e cura degli anziani non autosufficienti viene elaborato all'interno del Ministero del Welfare ed è parte integrante del Piano nazionale dei servizi e interventi sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. **Occorre superare queste criticità per promuovere l'integrazione del sistema (SNAA) coinvolgendo in modo pieno e paritario il Ministero della sanità altrimenti il sistema non funzionerà mai.**

In sostanza, il Decreto Legislativo attuativo in discussione in Parlamento, in grandissima parte, non dà attuazione alla Legge delega rinviano quasi tutte le decisioni più importanti ad una serie impressionante di ulteriori 22 decreti. Siamo dunque in presenza di una Riforma rinviata e, in alcune sue parti significative, perfino tradita (assistenza domiciliare, prestazione universale, badanti e ruolo dello SNAA). Per questo c'è grande delusione nel mondo della non autosufficienza. Occorre una profonda revisione del decreto perché sia in linea con le previsioni più innovative della legge. L'argomento delle risorse necessarie al suo finanziamento, che certo ha influenzato negativamente i contenuti del Decreto, può essere affrontato in modo graduale pensando ad una riforma da implementare progressivamente in modo pluriennale.

Note

1. Per approfondimenti sulle revisioni proposte dal Patto si rimanda al documento: **"Decreto legislativo in attuazione della l. delega 33/2023 "politiche in favore delle persone anziane". Proposte di revisioni"**: Patto per un Nuovo Welfare sulla Non autosufficienza



Le reti cliniche ieri, oggi e domani

Maurizio Dal Maso, Healthability Società Benefit, Firenze

Stephen W. Hawking definiva l'intelligenza come "la capacità di adattarsi al cambiamento", quindi dobbiamo sperare di essere tutti molto intelligenti nei prossimi anni per governare il cambiamento necessario del nostro SSN/SSR ma anche per evitare la sua trasformazione "non governata" e quindi potenzialmente dannosa come avviene in tutti i cambiamenti subiti e non guidati.

Da dove cominciare, però, visto che ci servirebbe un “grande progetto”, come scriveva S. Harari il 29 dicembre 2023 sul Corriere della Sera e, francamente, non sembra di vedere all’orizzonte dei grandi “project managers” capaci di governare a tutti i livelli istituzionali e professionali la riforma del SSN/SSR. Da dove potremmo partire avendo “le persone giuste al posto giusto”?

Come in tutti i progetti bisognerebbe seguire tre passi fondamentali:

- 1. Cosa fare e chi fa cosa?*
- 2. Con che cosa fare e come fare?*
- 3. Quanto costa?*

Alla prima domanda ci troveremmo subito in difficoltà.

Eppure da questi primi 46 anni di SSN/SSR dovremmo avere ricavato tutti gli elementi di conoscenza necessari per realizzare questo progetto.

Facciamo alcune considerazioni sulle reti cliniche e la collocazione dei diversi attori del sistema al loro interno, dato che questo potrebbe essere un modo corretto e coerente per rispondere alla prima strategica domanda e provare a superare la difficile situazione in cui ci troviamo oggi.

L’OMS nel 1998 definiva la rete come “un raggruppamento di individui, organizzazioni o agenzie organizzate su base non-gerarchica intorno a problemi o obiettivi comuni, alimentate in modo proattivo e fondate su impegno e fiducia”.

Nel 2000 il NHS definiva le reti cliniche quelle costituite da “gruppi di professionisti collegati, provenienti da cure primarie, secondarie e terziarie, che lavorano in modo coordinato, non vincolati dai confini professionali e/o organizzativi esistenti, per garantire la fornitura equa di servizi efficaci e di alta qualità”.

Nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 le reti cliniche sono considerate funzionali al miglioramento dell’efficacia ed efficienza del sistema di cura perché consentono di erogare cure integrate e continue in termini di azioni clinico-assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali, facilitano la condivisione di good e best practice e la maggiore equità di accesso ai servizi per favorire il reale diritto alla salute e la centralizzazione dei pazienti nei percorsi di cura con l’uso ottimale di tutte le risorse, permettono lo sviluppo di economie di scopo e di scala, facilitano la condivisione dei costi assistenziali e anche di quelli di ricerca e sviluppo, favoriscono una maggiore circolazione delle informazioni e della comunicazione interprofessionale, con conseguente accelerazione dei processi di diffusione della innovazione.

Ne deriva che costruire reti cliniche è uno dei modi principali per fare contestualmente “Clinical Governance e Integrazione”, i due asset principali di sviluppo, grazie ai quali le questioni della continuità delle cure, della presa in carico completa di “quello specifico paziente” per determinate aree di bisogno/domanda sono condivise tra il livello politico-istituzionale, quello aziendale e quello tecnico-professionale.

Nell’ottica aziendale la realizzazione delle reti si colloca nella dimensione della programmazione (gestione, attività, riprogrammazione) e riconosciamo reti di tipo verticale, orizzontale e quelle dei servizi.

Le prime nascono e si sviluppano in un contesto di forte integrazione istituzionale che pone al centro il risultato di salute come valore atteso per il singolo o per una comunità, sono strutturate in maniera trasversale rispetto ai PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) patologie, discipline collegate a specifici stati di bisogno ad es, reti tempo dipendenti, riabilitative o simili.

Le seconde sono quelle che pongono al centro il problema di salute del cittadino e i relativi esiti di cura, attraverso risposte qualificate in percorsi assistenziali il cui fattore guida è rappresentato dalla integrazione professionale di attori diversi del sistema di cura all’interno di teams multidisciplinari e multiprofessionali ad es. le reti oncologiche, dell’IMA, cardiologica e altre. Infine troviamo le reti dei servizi ad es. dei centri trasfusionali, dei laboratori, dei trapianti, delle anatomie patologiche.

Il modello di rete clinico-assistenziale (RCA), previsto dal DM 70/2015 aveva come obiettivo quello di assicurare che la presa in carico globale del paziente avvenisse in condizioni che definisco “dei 4 assi” ovvero appropriatezza, sostenibilità, sistema e innovazione.

Considerava le RCA lo strumento principale per migliorare la qualità dell’assistenza socio-sanitaria, la collaborazione fra tutti i professionisti, la presa in carico completa e non parziale o, peggio, solo formale, la risposta migliore nei confronti dei loro diversi e sempre più integrati bisogni sanitari e sociali al punto che spesso è difficile capire quali sono e dove finiscono quelli sanitari o quelli sociali visto il loro complesso livello di integrazione.

Negli anni abbiamo sviluppato le loro caratteristiche essenziali quali l’integrazione e il coordinamento, la definizione di nodi e connessioni, il sistema di governance, la validazione dei piani di rete, il sistema di monitoraggio e valutazione e l’ottimizzazione delle risorse.

Abbiamo poi definito le reti cliniche ospedaliere spinti dalla considerazione che l’invecchiamento della popolazione e il quadro epidemiologico dominato da malattie cronico-degenerative richiedessero una

riorganizzazione pesante dei processi di cura con una completa integrazione clinica tra ospedali e la rete dei servizi territoriali attraverso l'adozione di linee guida per la gestione dei diversi PDTA, ma non solo.

Le reti cliniche ospedaliere riconoscono due modelli organizzativi di cui il primo, modelli "in rete", ha valenza clinico-scientifica e si può concretizzare a livello dipartimentale o di una specifica area clinica, mentre il modello "a rete" prevede due sub-modelli: quello hub-spoke e quello poli-antenne (F. Lega, 2003).

Il primo si fonda sulla differenziazione degli ospedali in base al loro case-mix: hub è il perno del sistema che tratta, avendone tutte le risorse necessarie, la casistica di media-alta complessità, mentre spoke rappresenta le strutture che effettuano trattamenti di medio-bassa complessità in setting assistenziali diversi.

Il secondo modello si costituisce in base alla ricerca della complementarità tra vocazioni specialistiche dove i poli sono i centri ospedalieri che si specializzano in determinate discipline e sono il perno del sistema per quella specialità, mentre le antenne svolgono la funzione di primo accesso, diagnosi e trattamento di bassa complessità per le discipline trattate dai poli.

Definiti i modelli di rete che potremmo creare, bisogna passare alla loro realizzazione quindi ad una serie di azioni che nel 2012 una pubblicazione della Fiaso, coordinata dalla SDA Bocconi, riassumeva nel decalogo della Tabella 1, indagine che aveva interessato lo sviluppo di 88 reti cliniche allora censite nelle 12 Regioni analizzate (al 2022 ne registriamo in Italia circa 220).

Tab. 1 – DIECI PUNTI PER LA REALIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE NEL SSN/SSR	
1	<i>Coinvolgere la componente professionale nella progettazione e definire chiaramente il suo esatto posizionamento nell'intero sistema – revisione dell'esistente e ideazione condivisa e ufficializzazione dei (nuovi) PDTA e non solo quelli</i>
2	<i>Valorizzare la rete come opportunità di confronto e di crescita professionale per tutte le figure sanitarie coinvolte – progetti, formazione, simulazione, audit clinici, benchmark.....</i>
3	<i>Definire chiaramente il sistema di governance della rete : regole, responsabilità, risorse, risultati – definire "chi fa cosa" dove, come e quando, ruoli, autonomia, funzioni e responsabilità dei singoli nodi della rete.</i>
4	<i>Allineare in fase di definizione gli obiettivi della rete con quelli aziendali e sovraziendali – allineare le azioni cliniche e assistenziali agli obiettivi preventivamente concordati (budget integrati)</i>
5	<i>Definire con chiarezza il sistema di finanziamento della rete, prevedendo anche le modalità di intervento per le necessità emergenti nel corso del funzionamento – elencare chiaramente le risorse (umane, materiali, tecnologiche e finanziarie) che dovranno integrare e garantire migliorandola l'azione di una offerta già qualitativamente strutturata.</i>
6	<i>Sostenere il modello da parte della Direzione aziendale prevedendo per il proprio nodo : budget, sistema di verifica, sistema premiante, formazione in coerenza con il progetto della rete – rendere evidente il forte commitment delle Direzioni strategiche regionali e delle Aziende sanitarie e ospedaliere coinvolte.</i>
7	<i>Considerare la relazione tra il nuovo sistema a rete e gli assetti organizzativi «storici» costituendo questi un possibile quanto prevedibile ostacolo</i>
8	<i>Impostare fin dalla fase di progettazione un sistema «esplicito e condiviso» di valutazione dei risultati ottenuti, chiarendo bene e prima quali sono quelli attesi. – definire gli indicatori di processo e di esito che devono essere «sfidanti» e realizzabili integrandosi con quelli aziendali.</i>
9	<i>Definire gli strumenti informatici di connessione e l'onerosità sui diversi nodi della rete – prima decidere il nuovo modello organizzativo e poi adottare le tecnologie necessarie</i>
10	<i>Adottare da subito tutti i precedenti punti pena la non realizzazione dell'intero «progetto» che andrà gestito e realizzato con logiche di "project management"</i>

Alla fase di realizzazione/implementazione delle RCA segue, doverosamente, quella della loro valutazione per verificare il livello di miglioramento raggiunto per il paziente valutando l'efficacia della rete in termini di outcome per l'utente finale e per la comunità di riferimento.

Si tratta di valutare dimensioni quali il conseguimento della centralità del paziente nel processo di cura e di conseguenza il miglioramento della «patient experience» e l'incremento della qualità delle cure, ma anche la percentuale di utenti che ha trovato risposta ai propri bisogni attraverso servizi erogati dalla rete o la maggiore equità, geografica o sociale, di accesso ai servizi intendendo quindi l'efficacia della rete anche in termini sociali e ri-distributivi.

Oppure si può valutare l'outcome di processo, ovvero il livello di sviluppo e l'efficacia dei meccanismi di funzionamento delle reti, ad es. la presenza di strutture di governance chiare che rappresentino tutti i vari stakeholder, l'effettivo coinvolgimento di tutte le organizzazioni nella rete, la presenza di una pianificazione strategica di rete e della programmazione operativa aziendale, l'intensità degli scambi tra i diversi nodi della rete o la messa in atto di meccanismi di collaborazione e coordinamento efficace tra tutti i nodi della rete.

Nella Tabella 2 sono riportati i diversi indicatori dei sistemi di valutazione in base ai diversi stakeholder delle reti cliniche (Fiaso-SDA Bocconi, 2012)

Tab. 2 – SISTEMA DI VALUTAZIONE PER I PRINCIPALI STAKEHOLDER DELLE RETI CLINICHE	
Pazienti Utenti /	<i>Standard di percorso: rispetto degli standard previsti come azioni, tempi, priorità, ... Equità in accesso: uguale offerta senza distinzioni geografiche, sociali, culturali, ... Continuità di cura e presa in carico effettiva: unico interlocutore come referente dell'intero ciclo di trattamento, ... Informazione e comunicazione: conoscenza e coinvolgimento attivo nelle varie fasi o luoghi di cura Attenzione al paziente: coinvolgimento e sua partecipazione attiva alle scelte terapeutiche, ... Riduzione costi anche sociali per la famiglia: minori costi diretti ed indiretti sopportati.</i>
Istituzioni	<i>Qualità ed appropriatezza dei servizi: supporto EBM scelte terapeutiche, volumi minimi per garantire casistica adeguata, percentuale di pazienti trattati all'interno dei vari PDTA, ... Recupero di efficienza: offerta adeguata alla domanda, ottimizzazione dell'uso di tutte le risorse, riduzione costi generali, ... Attività delle strutture: potere di attrazione attiva e riduzione di quella passiva, ... Integrazione Territorio-Ospedale-Territorio: integrazione dei diversi livelli di cura, previsione sedi di erogazione, scambio di conoscenze fra i professionisti coinvolti, ... Integrazione assistenziale sanitaria e socio-sanitaria: coinvolgimento e verifica della effettiva operatività di figure professionali diverse, in sede diverse di istituzioni diverse, ... Appropriata uso risorse: verifica su dati aggregati di spesa divisi per paziente, percorso, struttura, unità organizzativa, ... Rapporto con gli utenti: coinvolgimento loro rappresentanti nelle sedi di governance della rete....</i>
Professionisti	<i>Sviluppo delle conoscenze: preparazioni nuove linee guida, protocolli di cura, ... Trasferimento delle conoscenze e formazione: nuove conoscenze, competenze, capacità, comportamenti, abilità, ruoli, funzioni, diversi sistemi di sviluppo formativo.. Incremento attività di didattica e ricerca: nuove conoscenze, nuovi sistemi di valutazione della rete stessa, nuove evidenze,.. Accesso ad innovazioni tecnologiche: nuovi modelli di cura e sviluppo di nuovi rapporti multidisciplinari e multiprofessionali, ... Integrazioni professionale: sviluppo team clinici, uso di second opinion, ... Sviluppo comunità professionali: possibilità di partecipare a tavoli di programmazione, aziendali, interaziendali, regionali, nazionali e in generale riconoscimento nelle diverse comunità professionali che compongono la rete, ...</i>

Nel 2021 l'OMS Europa descriveva in un suo rapporto gli impatti economici-finanziari e quelli sociali con i relativi benefici generati dai sistemi sanitari, concludendo che il settore sanitario:

1. è essenziale nel determinare la performance economica e la stabilità di un Paese;
2. ha un impatto positivo sul risultato economico di altri settori dell'economia nazionale, attraverso i posti di lavoro generati e gli acquisti di beni e servizi;
3. ha un ruolo importante da svolgere nella riduzione dell'esclusione sociale a livello locale, a causa del suo impatto sulla occupazione, le condizioni di lavoro e il reddito delle famiglie;
4. può aumentare il suo status di settore chiave per portare avanti l'attuazione degli obiettivi locali e nazionali per uno sviluppo sostenibile, migliorando le sue funzioni inerenti l'occupazione, la formazione e gli acquisti.

Questi sono anche i motivi per cui diventa importante misurare, a distanza di anni dalla loro implementazione, l'efficienza anche economica delle RCA nel nostro SSN/SSR rispetto ai modelli di cura abituali.

In questa area di ricerca la bibliografia non presenta dati divergenti per cui si può concludere che i percorsi di cura sono da adottare perché riducono gli errori di sistema, migliorano la qualità dell'assistenza e riducono, contestualmente, i costi generali.

Sfortunatamente la qualità non elevata degli studi sulla loro efficacia limita la capacità di avere una misura oggettiva delle reti cliniche come strumento per migliorare l'assistenza sanitaria e la misura del "valore" per il paziente.

L'obiettivo finale è che decisori politici, clinici, ricercatori e pazienti lavorino sempre di più insieme per progettare valutazioni precise per potere dimostrare il loro reale impatto, anche sotto il punto di vista finanziario.

Quali sono le prospettive della loro progressiva implementazione e quali sono le criticità attuali?

Una prima considerazione parte dall'analisi delle configurazioni organizzative di H. Mintzberg da cui emerge che, anche nel mondo sanitario e socio-sanitario, è in atto il passaggio dalle forme attuali totalmente verticalizzate, accentrate funzionalmente e gerarchicamente formalizzate, con processi decisionali di tipo top-down (burocrazie professionali), a strutture sempre più progressivamente di tipo ad hoc (top-down e bottom-up in equilibrio dinamico) in cui domina l'elevata integrazione delle mansioni e delle diverse competenze professionali.

Questo è il tipo di configurazione adatta per le innovazioni delle "organizzazioni complesse", quali sono quelle sanitarie, perché in grado di diffondere competenze diverse in gruppi di lavoro integrati e coordinati verso specifici obiettivi che possono cambiare anche rapidamente nel tempo.

Una prima conseguenza di questo cambiamento, peraltro già in atto, porterà l'attuale "middle management" delle Aziende sanitarie ad avere una posizione nuova, diversa e molto strategica essendo loro i professionisti che detengono l'autorità formale e le competenze professionali che gli permettono di essere il collegamento fra il vertice strategico e il nucleo operativo.

Per questo motivo saranno al centro delle nuove funzioni aziendali ovvero i processi/progetti, l'integrazione, il coordinamento e lo sviluppo di piattaforme produttive.

Le 5 famiglie professionali coinvolte e i 12 profili in cui troviamo oggi raccolto tutti i "middle managers" delle Aziende sanitarie saranno sempre più coinvolti nelle sinergie per l'efficacia, nelle garanzie degli outcome, nella continuità delle cure, nella integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, nelle nuove azioni assistenziali sempre più orientate al paziente, nella sicurezza e qualità delle cure, nella valorizzazione e sviluppo delle risorse umane, nell'ottimizzazione nell'uso delle risorse, nella responsabilizzazione economica-finanziaria, nella organizzazione e sviluppo della ricerca. In questo quadro il middle management sarà sempre più visto con un forte connotato strategico in quanto gli sarà affidato anche il compito di negoziare/gestire obiettivi di budget e di performance.

Un secondo punto di analisi delle reti cliniche come risposta alla richiesta di Clinical governance e integrazione nel SSN/SSR ci porta a pensare a nuovi modelli di RCA altamente flessibili, decentrate e de-verticalizzate fondate sull'interdipendenza tra unità organizzative, su continui scambi di informazioni e su sistemi decisionali decentrati, conosciuti, condivisi e coordinati.

A questo proposito si potranno sperimentare nuovi strumenti nelle organizzazioni sanitarie "adhocratiche" tipo la value creation structure, il job sharing o il task shifting, processo di delega in base al quale i compiti vengono spostati, se del caso o per necessità, da forza lavoro altamente specializzata a operatori sanitari meno specializzati.

Questi sono i presupposti per abbattere stabilmente i mitici "silos" che ancora oggi governano pesantemente tutto il nostro SSN/SSR.

Accanto ai vari silos della assistenza sanitaria, che da sempre ostacolano i processi di disinvestimento e riallocazione delle risorse, esiste un primo grande silos che contiene varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario che è in continua crescita, che oggi vede due contenitori separati per la spesa sanitaria e per quella sociale e che rimanendo come forma separata e non organizzata di risposta ai bisogni "complessi e integrati" dei pazienti non potrà mai essere davvero performante non permettendo l'integrazione della assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale e di quella domiciliare e territoriale.

Questo modello organizzativo comporta da sempre problemi di diverso genere come si evince da studi diversi, infatti già nel 2016 uno studio dell'OCSE (Improving care pathways for elderly people) aveva dimostrato che il costo dei ricoveri evitabili negli ospedali da parte delle strutture di lungodegenza (LTC) era, in Europa, di circa 18 miliardi di dollari, e questa cifra equivaleva al 2.5% di tutta la spesa per l'assistenza ospedaliera ovvero al 4.4% della spesa LTC.

Un chiaro esempio di costi della "Non Qualità" ovvero risorse consumate per fare bene cose inutili o sbagliate.

Questi studi permettono di fare alcune considerazioni circa la necessità di ridefinire i budget delle strutture secondo percorsi di cura, non limitandosi solo a retribuire le singole prestazioni erogate, creando bilanci unici e integrati di cura e LTC, unificando regole, procedure e, magari, arrivando ad usare una cartella clinica digitale unica per ogni paziente.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1694596546.pdf>

E' necessario un approccio sistemico per cambiare i paradigmi e ragionare seguendo "il flusso di pazienti" fuori e dentro gli ospedali e ciò richiede l'impegno e la collaborazione di team multidisciplinari per lavorare verso obiettivi comuni durante l'intero percorso clinico-assistenziale del paziente.

Poiché gli ospedali si dovranno concentrare sempre più sull'assistenza basata sul valore (high cost, high tech, high performance) e non potranno continuare a vicariare altri setting assistenziali, è probabile che gli incentivi

continuino a crescere per i cambiamenti gestionali fatti per migliorare il flusso di pazienti attraverso tutte le strutture sanitarie "in rete".

Gli ospedali che supportano questi cambiamenti culturali e gestionali saranno nella posizione migliore per migliorare il flusso di cura completo dei loro pazienti.

Una gestione efficace del flusso dei pazienti negli ospedali aumenta la velocità di erogazione e la qualità dell'assistenza ai pazienti, migliora la loro soddisfazione e quella dei dipendenti e riduce complessivamente tutti i costi sanitari.

Per tutti questi motivi, e non solo, è evidente che non può esistere una rete clinica senza ospedali ma anche non esistono e non potranno resistere, ospedali senza una rete, ovvero senza una reale e ben strutturata integrazione territoriale.

Questi cambiamenti saranno necessari e inevitabili e gli strumenti per realizzarli sono già oggi presenti e sono quelli tecnici (pianificazione, programmazione e controllo) ma anche, e soprattutto, quelli "non tecnici" ovvero le "soft skills". Il loro uso sapiente e integrato permetterebbe in poco tempo di fare quello che non abbiamo fatto negli ultimi decenni e riconoscere il punto fondamentale, e vincente, delle reti cliniche, ovvero quello di essere "reti di persone".

Quindi dovremo pensare a diversi piani di formazione come forme e contenuti, sapendo che anche il mondo sanitario sarà sempre più "VUCA" ovvero volatile, incerto, complesso e ambiguo.

Non potremo quindi continuare a dimenticarci di uno strumento come il project management che è una soluzione vincente perché è uno strumento di gestione manageriale che permette di affrontare situazioni nuove e complesse, coordinando persone, tecnologie e strutture per realizzare soluzioni efficaci ed innovative in un periodo definito e con un budget predeterminato.

Ma il vero valore per le organizzazioni sanitarie che deriva dall'uso costante del project management è quello di essere uno strumento potente di cambiamento organizzativo e il cambiamento organizzativo si ottiene lavorando sulla cultura e quindi sulle competenze individuali che sono alla base delle organizzazioni, non il ruolo o la funzione.

Concludo con alcune indicazioni contenute nel Rapporto OASI-Bocconi del 2023 che tracciano alcuni passi non indolori ma necessari da fare subito:

- una analisi dettagliata dei consumi dei pazienti con profili di salute omogenei, per individuare le aree di over e under-treatment, considerando nel conteggio anche quanto erogato nel regime privato (out of pocket e sanità intermedia);
- una limitazione delle prescrizioni a quanto effettivamente erogabile;
- uno snellimento delle procedure facendo coincidere il momento della prescrizione e della prenotazione;
- una riorganizzazione dei servizi passando dalla logica prestazionale a quella del percorso di cura, una modalità di spendere i fondi PNRR in modo più efficiente di un semplice potenziamento dei servizi a modello invariato, che non avrebbe possibilità di rivelarsi sostenibile nel lungo, ma anche nel breve periodo.

Le reti cliniche sono dunque uno strumento vincente per fare davvero Clinical governance & Integrazione nel SSN/SSR a patto di usare nella loro costruzione, o manutenzione, 3 fattori essenziali: i dati, "senza dati sei una persona con una opinione", come scriveva W.E. Deming; i leader ovvero coloro che sanno fare le cose giuste non semplicemente farle bene e le azioni perché per il nostro SSN/SSR è finito il tempo delle parole, ora dobbiamo agire.

<https://www.toscanamedica.org/le-reti-cliniche-ieri-oggi-e-domani/>



Mintzberg sfida lo storytelling sull'Healthcare

Valeria Tozzi Direttore Emmas (Master in Management delle aziende sanitarie e socio assistenziali), Sda Bocconi

Chiunque abbia studiato management ha sentito parlare di Henry Mintzberg. Già nel 1979 aveva messo a fuoco alcune caratteristiche delle aziende sanitarie che le rendono diverse dalle altre organizzazioni.

Con la sua lente di ingrandimento aveva valorizzato la dimensione "professionale" (in primo luogo per la presenza di veri e propri professionisti altamente qualificati che godono di autonomia decisionale nel rispondere ai bisogni del paziente) di quelle singolari burocrazie (per l'importanza che ha la codifica delle pratiche e dei "saperi") che sono le aziende sanitarie.

Più di recente Mintzberg si è focalizzato su quelle rappresentazioni collettive e condivise sulla sanità (che chiama "miti") che producono un condizionamento sulla gestione di queste "creature" singolari che sono le aziende sanitarie. Straordinario è il ribaltamento della prospettiva che Mintzberg propone nell'affrontare alcuni temi arcinoti nella narrazione sul settore della sanità.

«In quasi tutto il mondo, le persone sono convinte che il loro sistema sanitario sia in grande difficoltà e di esso sono spesso insoddisfatte. La verità è esattamente il contrario: nella maggior parte del mondo sviluppato, la sanità sta avendo successo, ma in modo costoso. In altre parole, il successo dei sistemi sanitari è il loro problema, non il loro fallimento».

Questo è il primo (e forse più cruciale) ribaltamento di prospettiva che Mintzberg propone per cambiare la narrazione che intorno alla sanità si concentra in ogni sistema sanitario anche con configurazioni molto diverse dalla nostra (a vocazione universalistica grazie al Servizio sanitario nazionale).

Ogni indagine demografica, infatti, ci ricorda che stiamo vivendo più a lungo, che si riduce la mortalità infantile, e così via. Per fortuna non è difficile rintracciare fonti che attestino i risultati conseguiti grazie agli investimenti collettivi sul Ssn e su interventi correlati alla tutela della salute.

Il sito del ministero della Salute ci ricorda che "in Italia l'allungamento della speranza di vita rispetto al 2000 si deve principalmente alla riduzione dei tassi di mortalità dopo i 65 anni.

All'età di 65 anni, gli italiani hanno una speranza di vita superiore rispetto ai coetanei di altri paesi dell'Unione europea, ma con differenze tra uomini e donne. Nel 2016 una donna italiana sessantacinquenne aveva una speranza di vita di 22,9 anni, mentre per un uomo della stessa età si scendeva a 19,4 anni. All'età di 65 anni, alle donne si prospettavano 10,1 anni di vita in buona salute, agli uomini 10,4. (Fonte: Health a Glance: Europe 2018)". Il problema è che molti di questi sono costosi e le persone, soprattutto quelle sane, spesso non accettano di sostenerne i costi.

Questa scarsa propensione al sostegno dei sistemi sanitari, li condanna alla loro difficile sostenibilità economica finanziaria. Sono certamente molteplici i fenomeni che producono questo risultato e, sebbene non possa essere tutto ricondotto a una specifica configurazione del sistema sanitario, il funzionamento del settore nella sua globalità ha certamente contribuito. E proprio su questo passaggio che si innesta un altro ribaltamento di prospettiva che si basa su un neologismo proposto dall'autore, «communityship».

Non vi si trova nascosta la retorica della bontà dei sistemi sanitari pubblici (che pure rappresenta una posizione legittima), ma la convenienza basata sul fatto che la rilevanza sociale della salute spinge i tutti i soggetti (pubblici, privati e non profit) a preservare quelle condizioni di equilibrio che preservano la sopravvivenza del sistema stesso.

In buona sostanza, i sistemi pubblici in contesti economici e sociali deboli rischiano di non riuscire a tutelare gli interessi generali della collettività lasciandosi condizionare da alcuni di tipo particolare promossi da soggetti privati.

Ma è proprio a questi ultimi che non conviene la permeabilità dei sistemi pubblici nel lungo periodo.

Ciascuno deve agire il proprio ruolo sapendo che sono diverse le condizioni per preservare efficienza ed efficacia nei contesti pubblici e in quelli privati e che l'orientamento alla salute (in senso ampio) della comunità è un orizzonte di senso a cui tendere, in cui trovano spazio modelli nuovi di coproduzione in cui le diverse forme di organizzazione non profit aiutano ad avvicinare gli interventi alle attese di cittadini contemporaneamente "portatori di interesse" e fruitori degli interventi stessi.

Quello che c'è dietro al termine communityship non è certamente nuovo, ma rinnovato dalla prospettiva di sistema dell'autore.

Insomma, quello che è accaduto qualche giorno presso Sda Bocconi è stato un momento di confronto tra uno dei più grandi pensatori del nostro tempo e un ampio gruppo di direttori e direttrici di aziende sanitarie pubbliche che partecipano a un progetto che chiamiamo Network Dasp.

Riflettere sul senso del management in un settore complesso come quello che si occupa di tutela della salute aiuta a riallineare paesaggi di senso che spesso vengono offuscati da una quotidianità difficile e appesantita da una retorica demotivante.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-03-01/mintzberg-sfida-storytelling-healthcare-102803.php?uid=AFI9IQv&cmpid=nlqf>



Etica medica e contesto politico e sociale. In una prospettiva storica.

Gavino Maciocco

“Ma come? Voi medici vi circoscrivete entro i limiti degli ospedali e delle cliniche, dei laboratori universitari, e restate indifferenti a tutto quello che si svolge fuori delle pareti dei vostri ospedali (...)? Scendete fra gli operai, affiliatevi con i lavoratori e farete opera utile, uscendo dagli ospedali e dalle cliniche, alla scienza e all’umanità” – L. Devoto, 1903[1]

1. Bernardino Ramazzini e la salute dei lavoratori

La nostra storia potrebbe iniziare da Bernardino Ramazzini (1633-1714)[2], medico nato Carpi, che pubblicò nel 1700 il primo trattato sulle malattie dei lavoratori (“De morbis artificum diatriba”), nella cui prefazione, tra l’altro, si legge: “Bisogna ammettere che gli operai di certe arti e mestieri ne traggono talvolta gravi lesioni, tanto che laddove speravano in una sussistenza che prolungasse la loro vita e nutrisse le loro famiglie, troppo spesso vengono ripagati con le malattie più pericolose. e infine, maledicendo le professioni a cui si erano dedicati, abbandonano il loro posto tra i vivi.(...) Questo libro lo dobbiamo alle misere condizioni degli operai, dal cui lavoro manuale, così necessario anche se a volte così meschino e sordido, derivano tanti benefici per la comunità umana; sì, questo debito deve essere pagato dalla più gloriosa delle arti, come la chiama Ippocrate nei suoi “Precetti”, quella della medicina, che cura gratuitamente e soccorre i poveri”.[3]

Con la sua opera Ramazzini si fa latore di un messaggio perenne che riguarda il primato della prevenzione della salute e non soltanto quella che si consuma nei luoghi di lavoro; il messaggio più che ai lavoratori che non leggono il latino ed ai suoi colleghi medici del suo tempo viene dichiaratamente rivolto a Principi e mercanti con il motivo che ne avrebbero potuto trarre dei vantaggi e quindi, come argomenta Cosmacini, lo storico della sanità, più per una esigenza “utilitaristica” che ideale[4].

2. Rudolf Virchow e la nascita della medicina sociale.

Ben diverso è il contesto politico e sociale che si manifesta un secolo e mezzo dopo. Il 1848 è un anno di svolta nel corso della rivoluzione industriale, segnato dai primi scontri tra capitale e forza-lavoro, e da fiammate rivoluzionarie in varie parti d’Europa. È anche l’anno della pubblicazione del Manifesto del Partito Comunista scritto da Karl Marx e Friedrich Engels.

Nel 1848 il governo prussiano inviò Rudolf Virchow (1821-1902), professore di anatomia patologica all’Università di Berlino, in Slesia, per combattere un’epidemia di tifo nella popolazione polacca. Egli constatò subito che la vera causa del male erano la povertà, le pessime condizioni d’igiene e la presenza di uno Stato autoritario e repressivo. Sull’origine dell’epidemia in questa regione, abitata prevalentemente da minatori, emergeva l’ipotesi climatica. Virchow sostenne invece che il clima non avrebbe potuto causare l’epidemia se la popolazione avesse avuto un’alimentazione adeguata e fosse stata meno oppressa.

La terapia proposta nella relazione finale prevedeva quindi tre ingredienti principali: «Istruzione con i suoi figli: libertà e prosperità». Virchow, dopo tale esperienza, sviluppò la tesi dell’origine multifattoriale delle malattie, sostenendo che erano le condizioni materiali della vita quotidiana delle persone la principale causa di malattia e di morte. Perciò – secondo Virchow – un efficace sistema sanitario non poteva limitarsi a trattare i disturbi clinici dei pazienti, doveva affrontare le radici profonde delle malattie e delle epidemie. Per fare ciò erano necessari cambiamenti sociali, tanto importanti quanto gli interventi medici, forse anche di più: «Il miglioramento della

medicina potrà alla fine prolungare la vita umana, ma il miglioramento delle condizioni sociali può raggiungere questo risultato più in fretta e con maggiore successo».

Virchow – di fronte alla condizione di miseria in cui versava la maggioranza della popolazione – criticava l'indifferenza e l'apatia dei governanti, e nel 1849, quando un'epidemia di colera imperversava a Berlino, così espresse tutta la sua indignazione: "Non è chiaro che la nostra battaglia deve essere sociale? Che il nostro compito non è quello di scrivere le istruzioni per proteggere i consumatori di meloni e di salmone, di dolci e gelati, cioè la borghesia benestante, ma quello di creare istituzioni che proteggano i poveri, coloro che non possono permettersi pane fresco, carne e caldi vestiti? Potrebbero i ricchi durante l'inverno – davanti alle calde stufe e alle torte di mele – ricordarsi che gli equipaggi delle navi che portano carbone e mele muoiono di colera? È triste constatare che migliaia devono sempre morire in miseria per consentire a poche centinaia di vivere bene."^[5]

Virchow riuscì a conciliare l'attività accademica e scientifica (di fondamentale importanza le sue ricerche sulla "Patologia cellulare") con la militanza politica, prima come consigliere comunale a Berlino, poi come parlamentare per il Partito progressista tedesco. È molto citata la sua frase: "La medicina è una scienza sociale e la politica non è nulla di più che medicina su larga scala". Meno nota è la frase che la precede e che ne amplia il significato: "Chi potrebbe sorprendersi del fatto che democrazia e socialismo non trovino da nessuna parte più aderenti che tra i medici o che, alla sinistra estrema, siano frequentemente i medici a dirigere il movimento?"^[6]

Le idee di Virchow si diffusero anche in America Latina. Max Westenhöfer (1871-1957), un eminente patologo tedesco della scuola di Virchow, direttore del dipartimento di Anatomia patologica nella facoltà di Medicina dell'Università del Cile, per molti anni influenzò una generazione di studenti, incluso Salvador Allende (1908-1973), futuro presidente del Cile. Allende, medico e patologo, militante socialista, nel 1939 divenne ministro della Sanità in un governo di fronte popolare. Un suo libro, *La realidad médico-social chilena*, descriveva le condizioni del pueblo trabajador, denunciava lo stato di sottosviluppo del paese, la dipendenza internazionale e le conseguenze del debito estero. Il libro, inoltre, focalizzava alcuni specifici problemi sociosanitari come la mortalità materno-infantile, la tubercolosi, l'aborto illegale e la densità abitativa come fattori favorevoli alla diffusione delle malattie infettive. Le conclusioni erano tratte dal pensiero di Virchow: la soluzione dei problemi sanitari della popolazione più povera stava negli interventi sociali (redistribuzione del reddito, sussidi alimentari, piano nazionale sulla casa), prima ancora che negli interventi medici. Quando Salvador Allende, nel 1970, fu eletto presidente del Cile, attuò una serie di politiche economiche, sociali e sanitarie che lo portarono in rotta di collisione con gli Stati Uniti, che dapprima imposero l'embargo commerciale, poi sostennero **un colpo di Stato militare, nel corso del quale – era l'11 settembre 1973 – il presidente perse la vita.**

Prima di morire Allende tenne un memorabile discorso radiofonico alla nazione in cui parlò del suo sacrificio per la patria. Il colpo di Stato gettò il Cile in una spirale di terrore, con una dittatura militare guidata da Augusto Pinochet che sarebbe durata 17 lunghissimi anni.

3. Medicina e politica in Italia tra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento.

Il maggiore interprete italiano di Rudolf Virchow fu Giulio Bizzozzero (1846-1901), professore di patologia generale a Torino. Inaugurando l'anno accademico 1883-84 con un discorso sulla Difesa della società contro le malattie infettive affermò tra l'altro: "Voi udite, e udrete sempre più parlare di questioni sociali. Ma quando si tratta di bonificare terreni malarici, di costruire spedali, di migliorare le condizioni igieniche dei quartieri operai, allora l'erario è esausto, allora si grida ai quattro venti la necessità di ricorrere a nuove imposte. Ma al tempo stesso si trovano e si approfondono milioni per rendere più teatralmente pomposa un'incoronazione – come quella, cinque anni prima, del nuovo re Umberto I – o per ricostruire più splendidi i palazzi dei parlamenti – come quelli romani recentemente restaurati – o per imporre a colpi di cannone il proprio protettorato a popoli – come quello eritreo – che si vogliono sfruttare a beneficio di pochi affaristi".

Altra figura accademica che legò l'impegno scientifico alla risoluzione dei problemi sociali fu il clinico medico di Bologna Augusto Murri (1841-1932): «Bisogna sviluppare fortemente lo spirito scientifico. Ma un sapere il quale non dovesse modificare le azioni umane diventerebbe una divertente speculazione. Non la scienza per la scienza, ma la scienza per tutta l'umanità». Anche Murri si dedicò alla vita politica e – in un discorso del 1891 – afferma: «Quando il medico è condannato a contemplare impotente di quante calamità gli ordinamenti sociali e politici son fecondi per tanti sventurati, egli diventa nemico di questo che pomposamente si suole chiamare ordine [...]. Per questo noi ci schieriamo tra coloro che combattono più ardentemente per un ordine nuovo».

In Sicilia emerse la figura di Napoleone Colajanni (1847-1921). Dopo aver conseguito la laurea in Medicina partì per l'America del Sud, prima di tornare in Italia per dedicarsi allo studio della sociologia e continuare la sua attività politica, già iniziata nel 1872 con l'elezione a consigliere comunale a Castrogiovanni e proseguita nel 1882 come consigliere provinciale. Nel 1890 fu eletto per la prima volta deputato alla Camera del Regno, ma continuò la carriera accademica, diventando professore di Statistica all'università di Palermo nel 1892. Dopo avere svolto un ruolo da leader di fatto dei repubblicani in Parlamento, muovendosi da promotore di iniziative parlamentari come l'inchiesta sull'Eritrea (1891) e la denuncia dello scandalo della Banca Romana (1892). Nel suo

celebre pamphlet **Nel regno della Mafia** (1900) denunciò le connivenze tra mafia, politica ed autorità statali in relazione al clamoroso omicidio del marchese Emanuele Notarbartolo (1893). In questa pubblicazione spiega come il governo italiano, già a partire dall'Unità d'Italia, non solo non aveva fatto nulla per distruggere la mafia che esisteva sotto i Borboni, ma aveva fatto di tutto per consolidarla e renderla onnipotente, rendendola un metodo di governo nazionale.

A Milano la presenza di medici che svolgono attività politica, come "partigiani della giustizia sociale", è impressionante: nel 1911 la metà esatta dei consiglieri socialisti eletti al Comune di Milano sono medici, tra cui Gaetano Pini, apostolo della lotta al rachitismo, Giuseppe Forlanini e Edoardo Bonardi, entrambi primari dell'Ospedale Maggiore di Milano. A quel tempo la capitale lombarda accoglieva ogni anno circa 20 mila immigrati, con 40 mila famiglie che vivevano in una stanza sola. "In questa città in fase di industrializzazione e proletarizzazione crescenti – scrive Giorgio Cosmacini – che si candida a capitale economica e morale dell'Italia giolittiana i medici dei poveri sono uomini la cui carta d'identità professionale è connotata da un impegno più specifico del generico apostolato. La loro "andata verso il popolo" non è più fatta soltanto di "consigli e conforti", di "istruzioni" e di filantropia. Essi sanno essere anche sovversivi, come scrive Rossi Doria, partigiani della giustizia sociale, come dice Forlanini, attivamente partecipi, come Pini, alla vita politica"^[7].

Sempre a Milano, siamo alla vigilia della prima guerra mondiale, una ristretta avanguardia di medici, tanto responsabile quanto minoritaria, si oppone all'entrata in guerra. Di questa minoranza fa parte il **dr. Filippetti** che nel 1912 viene eletto presidente del neonato Ordine dei Medici della provincia di Milano, e che nell'agosto 1917 sarà costretto a dimettersi insieme all'intero consiglio perché accusato di aver dato all'associazione un indirizzo definito dagli oppositori "incompatibile con le aspirazioni patriottiche dei medici milanesi"^[8].

Va ricordato che il regime fascista soppresse gli Ordini dei Medici nel marzo 1935, con un laconico articolo di legge che ne trasferiva le funzioni ed i compiti al Sindacato fascista di categoria. Gli Ordini dei Medici furono ricostituiti dall'Assemblea Costituente nel settembre del 1946.

4. La Grande Depressione e l'etica dei medici USA

Negli Stati Uniti il crollo della Borsa di New York (29 ottobre 1929) provocò una catastrofica crisi economica e finanziaria (Grande Depressione) che mise in ginocchio il paese, con il fallimento di decine di migliaia di imprese e la conseguente perdita del lavoro per milioni di americani. Il presidente democratico **Franklin D. Roosevelt** eletto nel 1932, per uscire dalla crisi mise in atto un vasto e radicale programma di riforme economiche e sociali, conosciuto con il nome di **New Deal**. Violando l'ortodossia economica liberista, che non ammetteva l'intervento dello Stato nell'economia del paese, Roosevelt attuò quel programma con enormi investimenti pubblici (aumentando le tasse, soprattutto ai più ricchi) per rimettere in moto l'occupazione e sostenere la popolazione che maggiormente aveva sofferto dalla crisi. Nel 1935 venne varata una legge – **Social Security Act** – che creava una vasta rete di protezione sociale, dall'indennità di disoccupazione, all'assistenza sociale alla maternità, alle pensioni per invalidità e vecchiaia. **Nonostante i ripetuti tentativi di Roosevelt, rimase fuori dalla legge del 1935 ogni provvedimento nel campo dell'assistenza sanitaria, in particolare l'assicurazione nazionale contro le malattie; ciò fu dovuto all'intransigente opposizione dell'associazione dei medici americani (American Medical Association – AMA), contrari a ogni forma di assistenza mutualistica e di medicina socializzata.** Il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie da parte dei pazienti si coniugava infatti con il principio della responsabilità individuale così radicato nella società americana.

Ma non tutti i cittadini e medici USA la pensavano così, come racconta la seguente storia.

Sidney Garfield si laurea in medicina nel 1928 e nel 1932 – nel pieno della Grande Depressione e nell'anno dell'elezione a Presidente degli Stati Uniti di Franklin D. Roosevelt – si specializza in Chirurgia presso il Los Angeles County General Hospital, un ospedale pubblico la cui vocazione per i bisogni della comunità era scolpita in una lastra di pietra all'ingresso dell'edificio: "Eretto dai cittadini della Contea di Los Angeles per fornire assistenza sanitaria a coloro che soffrono e che sono malati acutamente, nei confronti dei quali i medici offrono i loro servizi gratuitamente affinché nessun cittadino della contea possa essere privato della salute per mancanza di assistenza e di servizi". Come ogni altro ospedale durante la Grande Depressione, qui i medici dovevano da una parte rispondere a una crescente domanda di assistenza da parte di una popolazione disperata e ridotta in povertà e dall'altra tenere il passo delle incalzanti innovazioni scientifiche e tecnologiche della medicina. **I medici che vi lavoravano riuscirono a far fronte ad entrambe le sfide, come testimoniano i brani che seguono, scritti da medici che vissero in prima persona quell'esperienza:**

"I giovani medici assorbono un senso della medicina come una forma di pratica sociale che fu tipica non solo del Los Angeles County, ma della stessa America negli anni della Depressione. Nel mezzo delle terribili difficoltà economiche, la dimensione sociale dell'esperienza americana ebbe a confrontarsi con la consolidata filosofia dell'individualismo. I giovani medici impararono non solo l'uno dall'altro e dai diversi gruppi di medici del Los

Angeles County, ma anche dalla filosofia di responsabilità sociale che animava un grande ospedale pubblico al tempo della crisi economica” (John G. Smillie).

“Noi eravamo in un momento di grande cambiamento sociale, dove la Grande Depressione e le innovative politiche dell’Amministrazione Roosevelt portavano in primo piano la necessità di aiutare coloro che non ce la facevano da soli. (...). Come medici ci rendemmo conto dell’importanza di fornire tutto ciò che avevamo imparato senza barriere economiche. Inoltre constatammo che miglioravamo professionalmente attraverso il lavoro di gruppo e l’apprendimento vicendevole” (Ray Kay).

Sidney Garfield, dopo la specializzazione uscì dall’ospedale e, dopo varie esperienze, allestì nel 1938 un’organizzazione sanitaria per assistere i 5 mila operai della Henry J. Kaiser Company che stavano costruendo una diga nei pressi di Washington; **la novità dell’impresa consisteva nell’offerta del servizio (assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera e contro gli infortuni) – in cambio di una quota pre-pagata – non solo ai dipendenti, ma anche alle loro famiglie.** Il gradimento dell’iniziativa fu enorme e Garfield e Kaiser decisero di estendere il programma assistenziale ad altre aziende nel resto del paese con risultati sorprendenti. **Così sorprendenti da suscitare una dura reazione da parte dell’AMA**, a livello locale e nazionale: vari medici furono espulsi dall’associazione (e ciò comportava varie conseguenze tra cui l’impossibilità di iscriversi a una specialità) per il noto motivo che pre-pagamento e medicina di gruppo configuravano una pratica medica unethical and socialist. **Il medico più colpito fu ovviamente Sidney Garfield a cui fu inflitto dall’AMA un anno di sospensione dalla pratica medica.** Garfield fece ricorso presso un tribunale civile contro questo provvedimento e vinse la causa. JAMA, la rivista ufficiale dell’AMA, pubblicò la notizia della sospensione, ma non quella della revoca della sanzione[9]. Alcuni decenni dopo – con un contesto politico e sociale profondamente cambiato – anche le posizioni dell’AMA cambieranno (vedi Par. 6).

5. L’etica del servizio pubblico

“La società diventa più solidale, più serena e spiritualmente più sana se sa che i suoi cittadini percepiscono che tutti, quando sono ammalati, hanno uguale accesso alle migliori cure possibili”. **Con queste parole il Ministro della salute, Aneurin Bevan, salutò l’istituzione del National Health Service (NHS) entrata in vigore nel luglio 1948, ma preceduta dalla proposta formulata da William Beveridge nel gennaio 1942.** Il principio della salute come diritto, sul solco di quanto avvenuto nel Regno Unito, si diffonde rapidamente e diventa elemento fondante di numerose costituzioni, come nel caso della Costituzione della Repubblica italiana (27 dicembre 1947), e viene incorporato nella Dichiarazione universale dei diritti umani (Nazioni Unite, Parigi, 10 dicembre 1948). **Nei molti Servizi sanitari nazionali che da allora si formarono sul “modello Beveridge” (tra cui quello italiano nel 1978) la grande maggioranza dei medici – in particolare i medici ospedalieri – si trovarono nella posizione di pubblici dipendenti.** Nel Regno Unito i medici di famiglia si opposero fermamente a rinunciare alla loro posizione di liberi professionisti e alla fine si trovò il compromesso: liberi professionisti sì, ma con un contratto con il NHS che li legava fortemente alle strategie del Ministero della salute, quali garanti dell’appropriatezza e della qualità delle cure primarie (soluzione adottata in seguito anche in altri servizi sanitari, tra cui quello italiano).

I medici – pubblici dipendenti o convenzionati – si trovarono allora in un contesto politico e sociale del tutto nuovo, che li coinvolgeva non solo nell’erogazione dell’assistenza sanitaria finanziata e gestita dal servizio pubblico, ma anche nel contribuire a garantire il diritto alla salute per tutta la popolazione.

Julian Tudor Hart (1927-2018) era ancora uno studente di Medicina quando nel luglio 1948 entrò in funzione nel Regno Unito il National Health Service. Si laureò nel 1952 e nove anni dopo iniziò la sua attività di medico di famiglia (general practitioner) a Glyncorrwg, un villaggio di minatori nel Sud del Galles. È noto per aver elaborato il concetto dell’inverse care law (“legge dell’assistenza inversa”), a sottolineare che le comunità che avrebbero maggiore bisogno di una buona assistenza sono quelle che hanno minore probabilità di riceverla, come si legge in una ricerca da lui pubblicata sulla rivista “The Lancet”. Lo studio documentava come «la disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale al bisogno della popolazione servita. Questa legge dell’assistenza inversa opera più profondamente laddove le cure mediche sono in maggior misura esposte alle forze del mercato, e in modo meno rilevante laddove tale esposizione è ridotta»[10]

Tudor Hart a buona ragione può essere considerato il paladino e il simbolo delle cure primarie per la passione e la generosità con cui praticava la professione, per il rigore scientifico con cui descriveva i risultati del suo lavoro, per la visione quasi profetica del ruolo di questa componente all’interno di un sistema sanitario. Passione, rigore e visione che ritroviamo in un paper pubblicato su “The Lancet” con la firma di Tudor Hart e di altri sette autori, *Twenty Five Years of Case Finding and Audit in a Socially Deprived Community*[11]. Questo paper descrive il tentativo, durato oltre venticinque anni, di gestire i problemi di salute di una piccola comunità, valutando le variabili di salute in tutta la popolazione assistita e fornendo servizi sanitari innovativi e di qualità.

L’esperimento si svolse nella comunità di Glyncorrwg dal 1964 al 1987, e si basò su questa strategia: “Il nostro obiettivo era quello di migliorare la salute dell’intera popolazione identificando precocemente i problemi trattabili, spesso in uno stadio presintomatico, e imparando dai nostri errori, andandoli a ricercare sistematicamente, in un

ciclo continuo di case finding and audit. [...] Questa strategia proattiva dipendeva dal tipo di organizzazione del nostro gruppo e da un sistema strutturato di registrazione dei dati. Le autorità sanitarie locali non si resero conto che la continuità del personale era essenziale per garantire l'aderenza alle cure in una working class population, e che il personale può imparare solo dall'esperienza dei suoi pari nel lavoro quotidiano. Per questo fummo costretti ad assumere e a formare del nostro personale”.

L'arruolamento dei pazienti nell'Anticipatory Health Care (“sanità di iniziativa”) avvenne gradualmente: all'inizio furono presi in carico gli ipertesi e i fumatori, negli anni Settanta i diabetici, negli anni Ottanta i bronchitici cronici e i pazienti con problemi di alcol (accanto all'attività proattiva, il tempo era prevalentemente occupato dall'assistenza ai pazienti sintomatici). Su un punto metodologico Tudor Hart è irremovibile: l'Anticipatory Health Care deve essere svolta all'interno di un contesto clinico (la medicina di famiglia), dove il tempo è protetto (progressivamente il tempo destinato alle visite passò da 6 a 10 minuti), dove alcune funzioni sono delegate agli infermieri previa adeguata formazione, dove i defaulters (le persone che non si recano ai controlli) sono costantemente seguiti, dove è possibile organizzare gruppi di pazienti con problemi comuni, soluzione essenziale per il controllo delle malattie croniche. **Il bilancio finale di questa esperienza fu decisamente positivo. I risultati più importanti furono la riduzione della mortalità generale (del 30% più bassa rispetto a quella di un paese vicino, dove non si praticava la sanità di iniziativa), la riduzione della pressione media dei pazienti ipertesi seguiti nel tempo (da 186/110 mmHg a 146/84 mmHg) e la diminuzione della percentuale di fumatori (dal 56 al 20%).**

La questione del tempo da dedicare agli assistiti è un punto centrale, quasi un tormento, nelle riflessioni di Tudor Hart. “Nel passato le visite erano considerate come una transazione tra un fornitore attivo e un consumatore passivo. Noi ora sappiamo che i pazienti forniscono almeno l'85% delle informazioni richieste per la diagnosi e che la loro partecipazione e comprensione sono essenziali per il trattamento della malattia. Un'accurata diagnosi richiede che i pazienti abbiano un'intima fiducia negli operatori sanitari, creando relazioni personali su cui può e deve essere costruita una continua e reciproca responsabilità. Noi abbiamo tutti i motivi per ritenere che la qualità di queste relazioni abbia una profonda influenza sulla compliance, sul tasso di abbandono delle cure, sul tasso delle investigazioni, sulla propensione a “aspettare e vedere”, sul tasso di ammissioni ospedaliere di emergenza e nella durata media della degenza. (...) **Tutto ciò richiede tempo, continuità e intensività nel lavoro, piuttosto che strategie basate sull'intensività tecnologica,** senza con questo voler negare il valore delle tecnologie appropriate, ma scoraggiando il loro uso come sostituti di un'accurata e completa raccolta della storia personale del paziente, con diagnosi attinenti ai problemi del paziente nel loro reale contesto sociale. Ciò significa intelligente ricerca del risultato, non la sconsiderata replicazione del processo. (...) **Il tempo è la reale moneta delle cure primarie:** nell'attività medica nelle zone operaie ogni visita è fatta velocemente nella speranza che il tempo possa essere recuperato nella crisi successiva. Nel servizio pubblico poco dotato di personale i medici hanno il perverso incentivo di compensare il tempo inadeguato della visita con un'inappropriata attività prescrittoria e di riferimento specialistico. (...)”

Se gli operatori sanitari di base vogliono diventare i difensori dei propri pazienti, devono invertire il loro ruolo, aiutando i propri assistiti ad evitare l'ingresso nei canali delle cure secondarie, non perché costose, ma perché esse sono uno spreco di tempo per tutti, possono esporre a rischi non necessari e possono deviare l'attenzione da soluzioni più appropriate e efficaci”^[12]

6. L'etica medica al tempo del mercato

L'anno 1978 rappresenta uno spartiacque della storia nel campo della sanità, con un «prima» e un «dopo» che investirà altri settori della società. Il «prima» è il periodo politico a cavallo tra la fine della Seconda guerra mondiale e gli anni '70 appunto, in cui si registra l'espansione del welfare universalistico, noto anche “modello Beveridge”. Un modello basato sul principio che alcuni servizi fondamentali come sanità e istruzione dovessero essere sottratti ai meccanismi di mercato e quindi essere garantiti dallo Stato, attraverso adeguati finanziamenti pubblici.

Il «dopo» prende le mosse tra la fine degli anni '70 e inizi degli anni '80, con l'elezione di leader neo-liberisti come Margaret Thatcher in Gran Bretagna (1979) e Ronald Reagan negli Stati Uniti (1980), protagonisti di una “rivoluzione conservatrice”, la cui essenza consiste nell'applicazione integrale delle regole del mercato, anche nel campo dell'istruzione e della salute, e nel progressivo svuotamento della funzione pubblica e del ruolo dello Stato (riduzione delle tasse dei più abbienti, attacco al welfare state e ai servizi pubblici, forte spinta verso le privatizzazioni, finanziarizzazione dell'economia). Dagli anni '80 in poi la “rivoluzione conservatrice” si mette rapidamente in moto anche nel campo della sanità. **Rudolf Klein** ha paragonato le trasformazioni dei sistemi sanitari avvenute dagli anni '80 in poi in ogni parte del mondo a una sorta di epidemia planetaria^[13].

L'irruzione delle logiche di mercato ha avuto declinazioni e effetti differenti all'interno dei sistemi sanitari, ma conteneva un unico messaggio, un nuovo verbo: “La Salute deve diventare un business globale. Con la sanità si possono fare un sacco di soldi”. Se questo è il nuovo verbo, sorgono spontanee alcune domande:

Tutto ciò è compatibile con l'etica medica che impone, tra l'altro, “di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma discriminazione in campo sanitario”?

Ci si può arricchire, e far arricchire le compagnie che si occupano di sanità, discriminando tra chi può e chi non può pagare, o riducendo deliberatamente le cure ai pazienti per aumentare i profitti?"

Negli USA e nel Regno Unito, nelle culle del capitalismo, questi temi sono diventati oggetto di un forte dibattito bioetico oltre che di un acceso scontro politico. Memorabile al riguardo l'editoriale del New England Journal of Medicine (la più importante e letta rivista medica americana) del luglio 1995 (Managed Care and the Morality of the Marketplace)[14]. Siamo in una fase di svolta della sanità USA perché **in un sistema sanitario da sempre largamente privato irrompe una forma più stringente e aggressiva di mercato, la managed care.** Le assicurazioni sanitarie si trasformano in gestori dell'assistenza per i propri clienti (diventano HMOs, Health Maintenance Organizations[15]) con l'obiettivo primario di ridurre i costi delle cure, coinvolgendo nell'operazione i medici dipendenti o convenzionati con le HMOs. "L'assistenza sanitaria regolata dal mercato – scrive **Jerome P. Kassirer**, direttore della rivista – crea conflitti che minacciano la nostra professione. Da una parte ci si attende che i medici forniscano un ampio ventaglio di servizi e i migliori trattamenti per rafforzare la qualità della vita dei pazienti. Dall'altra, per contenere le spese al minimo essi devono limitare l'uso dei servizi, aumentare l'efficienza, ridurre il tempo dedicato a ciascun paziente e il ricorso agli specialisti. Sebbene molti ritengano che questo sia un dilemma astratto, io penso che questa crisi diventerà sempre più concreta e dura: **i medici saranno costretti a scegliere tra l'interesse del paziente e la propria sopravvivenza economica**". Jerome P. Kassirer continuerà a mantenere il punto sugli effetti perversi della managed care ("Se noi consentiamo alle forze del mercato di distorcere i nostri standard etici rischiamo di diventare agenti economici piuttosto che professionisti della salute. Inevitabilmente ne soffriranno i pazienti, e ne soffrirà anche la nostra nobile professione" ... "Il fondamentale errore nell'etica dell'assistenza sanitaria in questo paese è la struttura stessa del nostro sistema assistenziale. **Un sistema in cui non c'è equità è di fatto già non etico**") [16], ma alla fine – su pressione dell'editore – sarà costretto a dimettersi.

Kassirer, destituito da direttore del NEJM, sarà poco dopo ripagato dalla soddisfazione di vedere la sua posizione condivisa da tutte le più importanti associazioni mediche americane, con in testa l'AMA (American Medical Association). Il clima di "immensa pressione sui medici e sugli assistiti" generato dalla managed care portò l'AMA a elaborare strategie di difesa e di tutela dei pazienti, i cui contenuti sono compresi nel documento "Principles of managed care"[17]. **Ma ancora più importante è il Manifesto sottoscritto nel 1999 dalla AMA e da altre sei organizzazioni mediche** (American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Physicians, American College of Surgeons), dove viene ribaltata la tradizionale posizione di aperta ostilità dei medici nei confronti della socialized medicine, il termine dispregiativo con cui veniva bollata ogni iniziativa del governo di allargare la copertura sanitaria della popolazione (ultima in ordine di tempo, il fallito tentativo dei Clinton nel 1994). Di fronte alla rapida crescita della popolazione non assicurata (dai 31,8 milioni nel 1987 ai 43,1 milioni nel 1997), altro frutto avvelenato della managed care, i medici americani affermano solennemente: **"Noi mettiamo al centro l'interesse e il benessere dei nostri pazienti. Noi sosteniamo la copertura universale come strumento per migliorare la salute individuale e collettiva della società"**[18].

Nel Regno Unito il percorso verso la privatizzazione del NHS iniziò con la riforma del 1992 introdotta da Margaret Thatcher, e proseguì con il governo di Tony Blair, ma le porte del mercato si spalancarono con la radicale riforma del primo ministro conservatore David Cameron. "The end of our National Health Service" questo era il titolo di un editoriale di Lancet del gennaio 2011 che così commentava quello che stava capitando al glorioso Servizio sanitario nazionale inglese: "Il 3 luglio 1948 in un editoriale intitolato "Our Service" Lancet scriveva: 'Adesso che tutti hanno diritto a una completa assistenza medica, i medici la potranno fornire senza pensare al proprio profitto o alle perdite del proprio paziente, e potranno allocare i propri sforzi in relazione alle priorità mediche. La barriera economica li ha protetti da coloro che non avevano un reale bisogno, ma li ha tenuti lontani da coloro che il bisogno lo avevano veramente.' **Ora** (con la riforma Cameron, ndr) **i medici di famiglia torneranno nel mercato e decideranno quale assistenza si potranno permettere di fornire ai loro pazienti e chi sarà il loro provider** (quale specialista, quale laboratorio, quale ospedale, ndr). L'enfasi si sposterà dal bisogno clinico (il forte dei medici di famiglia) ai costi dell'assistenza (che i medici di famiglia non sono stati formati a valutare). L'etica sarà quella di ogni singolo provider, che sarà differente da luogo a luogo lungo tutta l'Inghilterra, rimpiazzando così la filosofia di un genuino servizio sanitario nazionale". **L'Associazione Britannica dei Medici (British Medical Association – BMA) si è a lungo e inutilmente battuta contro la riforma** dove "l'invasione del mercato è destinata a portare i medici a competere l'un contro l'altro, invece che a collaborare per il beneficio dei pazienti" (vedi "I medici inglesi contro la riforma del NHS" e "I medici inglesi dicono basta al mercato").

Anche in Italia il conflitto tra interesse del paziente (e più in generale, tra salute della popolazione) e il proprio interesse economico sta diventando per i medici sempre più attuale e drammatico. Certamente per responsabilità della politica che ha – da una parte – drasticamente ridotto gli spazi dei servizi pubblici dove poter esercitare con dignità, con il tempo necessario e la giusta remunerazione, la professione e – dall'altra – ha favorito l'enorme espansione del settore privato, sia nel versante della produzione dei servizi che in quello assicurativo. **Con il risultato di aver costretto i pazienti a dover scegliere tra aspettare più di un anno per ottenere dal servizio pubblico una prestazione necessaria o ottenerla subito ma a pagamento, dal privato. O peggio, a**

rinunciare a curarsi. Dopo aver ribadito che c'è un'evidente responsabilità politica, non si può negare che vi sia anche **una chiara responsabilità dei professionisti.** Perché qualsiasi paziente si rende conto che quelle interminabili liste di attesa nel settore pubblico sembrano fatte apposta per favorire laboratori e cliniche private, nonché la dilagante, lucrosa, professione privata dei medici, di cui non tutti i professionisti beneficiano, ma una parte consistente certamente sì.

Lo smantellamento del SSN portato avanti da governo centrale e governi regionali sta procedendo senza sosta da anni nel disinteresse generale. Siccome tutti sono responsabili, nessuno è responsabile. E nessuno alla fine è colpevole, come per le grandi stragi di cui è disseminata la storia del nostro paese (a partire da quella di Piazza Fontana del 12 dicembre 1969). **Tutto ciò è avvenuto in una fase di grave crisi sociale** (aggravata poi dalla pandemia), quando ci sarebbe stato bisogno dell'intervento di un forte sistema sanitario e sociale in grado di venire incontro alle crescenti sofferenze dei gruppi sociali più svantaggiati, mentre sull'altro versante – quello della parte più ricca della popolazione – si registrava un progressivo incremento della loro ricchezza. **Mentre tutto ciò avveniva – mentre le privatizzazioni dilagavano e le disuguaglianze sociali si dilatavano – l'afasia delle istituzioni accademiche, scientifiche, sanitarie e professionali è stata totale.**

Se in Italia l'etica pubblica (che comprende anche il dovere di pagare le tasse e di pretendere dallo Stato il corrispettivo nell'erogazione di adeguati servizi pubblici) è sottoterra, le cose non vanno certamente meglio per l'etica medica (che non ha mai messo in discussione l'intrusione nella sanità delle logiche del mercato, come almeno hanno tentato di fare i colleghi americani e britannici).

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/03/etica-medica-e-contesto-politico-e-sociale-in-una-prospettiva-storica/>

THE LANCET

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

Mortalità globale specifica per età, aspettativa di vita e stime della popolazione in 204 paesi e territori e 811 località subnazionali, 1950-2021, e impatto della pandemia di COVID-19: un'analisi demografica completa per il Global Burden of Disease Study 2021

Collaboratori demografici GBD 2021 [†] • Mostra le note a piè di pagina

Accesso Libero • Pubblicato: 11 marzo 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00476-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00476-8) •

Riepilogo

Sfondo

Le stime dei parametri demografici sono cruciali per valutare i livelli e le tendenze dei risultati sanitari della popolazione. Il profondo impatto della pandemia di COVID-19 sulle popolazioni di tutto il mondo ha sottolineato la necessità di stime tempestive per comprendere questo evento senza precedenti nel contesto delle tendenze sanitarie a lungo termine della popolazione.

Il Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2021 fornisce nuove stime demografiche per 204 paesi e territori e 811 ulteriori località subnazionali dal 1950 al 2021, con particolare enfasi sui cambiamenti nella mortalità e nell'aspettativa di vita avvenuti durante il periodo pandemico COVID-19 2020-21.

Metodi

Per stimare la mortalità sono state utilizzate 22.223 fonti di dati provenienti da registrazioni anagrafiche, registrazioni di campioni, indagini, censimenti e altre fonti, con un sottoinsieme di queste fonti utilizzato esclusivamente per stimare la mortalità in eccesso dovuta alla pandemia di COVID-19.

Per la stima della popolazione sono state utilizzate fonti di dati del 2026.

Ulteriori fonti sono state utilizzate per stimare la migrazione; gli effetti dell'epidemia di HIV; e discontinuità demografiche dovute a conflitti, carestie, disastri naturali e pandemie, che vengono utilizzate come input per stimare la mortalità e la popolazione. La regressione del processo gaussiano spaziotemporale (ST-GPR) è stata utilizzata per generare tassi di mortalità sotto i 5 anni, che ha sintetizzato 30.763 anni di localizzazione di dati vitali e di registrazione dei campioni, 1.365 indagini e censimenti e altre 80 fonti.

ST-GPR è stato utilizzato anche per stimare la mortalità degli adulti (di età compresa tra 15 e 59 anni) sulla base di informazioni provenienti da 31.642 anni di localizzazione di dati di registrazione anagrafica e di registrazione di campioni, 355 indagini e censimenti e 24 altre fonti. Le stime dei tassi di mortalità infantile e adulta sono state poi utilizzate per generare tavole di vita con un sistema di tabelle di vita modello relazionale.

Per i paesi con grandi epidemie di HIV, le tabelle di sopravvivenza sono state aggiustate utilizzando stime indipendenti della mortalità specifica per HIV generate attraverso un'analisi epidemiologica delle indagini sulla prevalenza dell'HIV, della sierosorveglianza clinica prenatale e di altre fonti di dati. La mortalità in eccesso dovuta alla pandemia di COVID-19 nel 2020 e nel 2021 è stata determinata sottraendo la mortalità osservata per tutte le cause (aggiustata per la registrazione tardiva e le anomalie di mortalità) dalla mortalità prevista in assenza della pandemia.

La mortalità attesa è stata calcolata sulla base delle tendenze storiche utilizzando un insieme di modelli. Negli anni in cui i dati sulla mortalità per tutte le cause non erano disponibili, abbiamo stimato i tassi di mortalità in eccesso utilizzando un modello di regressione con covariate relative alla pandemia.

La dimensione della popolazione è stata calcolata utilizzando un modello di componente di coorte gerarchica bayesiana. L'aspettativa di vita è stata calcolata utilizzando tassi di mortalità specifici per età e metodi demografici standard. Gli intervalli di incertezza (UI) sono stati calcolati per ogni metrica utilizzando il 25° e il 975° valore ordinato da una distribuzione a posteriori di 1000 estrazioni.

Risultati

La mortalità globale per tutte le cause ha seguito due modelli distinti durante il periodo di studio: i tassi di mortalità standardizzati per età sono diminuiti tra il 1950 e il 2019 (un calo del 62,8% [95% UI 60,5–65,1]) e sono aumentati durante il periodo COVID-19 (2020–21; aumento del 5,1% [0,9–9,6]).

In contrasto con l'inversione generale delle tendenze della mortalità durante il periodo pandemico, la mortalità infantile ha continuato a diminuire, con 4,66 milioni (3,98–5,50) decessi globali tra bambini di età inferiore a 5 anni nel 2021 rispetto a 5,21 milioni (4,50–6,01) nel 2019.

Si stima che circa 131 milioni (126–137) di persone siano morte a livello globale per tutte le cause nel 2020 e nel 2021 messi insieme, di cui 15,9 milioni (14,7–17,2) dovuti alla pandemia di COVID-19 (misurata dall'eccesso di mortalità, che include i decessi direttamente dovuti all'infezione da SARS-CoV-2 e quelli indirettamente dovuti ad altri cambiamenti sociali, economici o comportamentali associati alla pandemia).

I tassi di mortalità in eccesso hanno superato i 150 decessi per 100.000 abitanti durante almeno un anno di pandemia in 80 paesi e territori, mentre 20 nazioni hanno avuto un tasso di mortalità in eccesso negativo nel 2020 o 2021, indicando che la mortalità per tutte le cause in questi paesi era inferiore durante la pandemia di quanto previsto sulla base delle tendenze storiche. Tra il 1950 e il 2021, la speranza di vita globale alla nascita è aumentata di 22,7 anni (20,8–24,8), da 49,0 anni (46,7–51,3) a 71,7 anni (70,9–72,5). L'aspettativa di vita globale alla nascita è diminuita di 1,6 anni (1,0–2,2) tra il 2019 e il 2021, invertendo le tendenze storiche.

Un aumento dell'aspettativa di vita è stato osservato solo in 32 (15,7%) su 204 paesi e territori tra il 2019 e il 2021. La popolazione mondiale ha raggiunto i 7,89 miliardi (7,67–8,13) di persone nel 2021, 56 paesi e territori su 204 hanno raggiunto il picco e successivamente la popolazione è diminuita.

La percentuale maggiore di crescita demografica tra il 2020 e il 2021 si è verificata nell'Africa subsahariana (39,5% [28,4–52,7]) e nell'Asia meridionale (26,3% [9,0–44,7]). Dal 2000 al 2021, il rapporto tra la popolazione di età pari o superiore a 65 anni e la popolazione di età inferiore a 15 anni è aumentato in 188 (92,2%) su 204 nazioni.

Interpretazione

I tassi di mortalità globale degli adulti sono aumentati notevolmente durante la pandemia di COVID-19 nel 2020 e nel 2021, invertendo le tendenze decrescenti del passato, mentre i tassi di mortalità infantile hanno continuato a diminuire, anche se più lentamente rispetto agli anni precedenti.

Sebbene il COVID-19 abbia avuto un impatto sostanziale su molti indicatori demografici durante i primi due anni della pandemia, il progresso complessivo della salute globale nel corso dei 72 anni valutati è stato profondo, con notevoli miglioramenti nella mortalità e nell'aspettativa di vita. Inoltre, abbiamo osservato un rallentamento della crescita della

popolazione globale dal 2017, nonostante una crescita costante o crescente nei paesi a basso reddito, combinato con un continuo spostamento globale delle strutture per età della popolazione verso le età più anziane. Questi cambiamenti demografici porranno probabilmente sfide future ai sistemi sanitari, alle economie e alle società. Le stime demografiche complete qui riportate consentiranno a ricercatori, decisori politici, operatori sanitari e altre principali parti interessate di comprendere meglio e affrontare i profondi cambiamenti che si sono verificati nel panorama sanitario globale dopo i primi due anni della pandemia di COVID-19, e più a lungo, tendenze a lungo termine oltre la pandemia.

Finanziamento

Fondazione Bill e Melinda Gates.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

La Divisione Popolazione delle Nazioni Unite del Dipartimento degli Affari Economici e Sociali (UNPD) produce stime e proiezioni di parametri demografici globali, regionali e nazionali che vengono aggiornati ogni due anni.

I loro ultimi risultati, pubblicati nella revisione *World Population Prospects 2022*, hanno incorporato le stime dell'OMS sull'eccesso di mortalità dovuto alla pandemia di COVID-19 nel 2020 e nel 2021.

Le stime sull'eccesso di mortalità durante la pandemia sono state generate anche dall'*Institute for Health Metrics and Evaluation*, e il set di dati sulla mortalità mondiale. Il database internazionale dell'*US Census Bureau* riporta stime e proiezioni della popolazione per più di 200 paesi e aree, di cui un sottoinsieme viene aggiornato ogni anno.

Organizzazioni tra cui l'OMS, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico e l'Unione Europea rilasciano stime demografiche meno regolarmente e in genere solo per parametri o località selezionate.

Alcuni uffici statistici nazionali producono anche i propri indicatori demografici. Il *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD)* genera parametri sanitari regolarmente aggiornati e comparabili a livello globale, tra cui mortalità, aspettativa di vita e stime della popolazione per gli anni passati e previsioni fino all'anno 2100.

L'attuale ciclo GBD 2021 è direttamente preceduto da GBD 2019, che ha riportato stime demografiche per 204 paesi e territori per ogni anno dal 1950 al 2019. Sebbene ciascuno di questi studi rappresenti sforzi importanti per fornire approfondimenti sulle stime demografiche e sulla pandemia di COVID-19, solo le stime GBD sono conformi a le Linee guida per una rendicontazione delle stime sanitarie accurate e trasparenti, che identifica le migliori pratiche per la rendicontazione delle stime sanitarie globali.

Valore aggiunto di questo studio

GBD 2021 è uno dei primi studi a valutare pienamente le tendenze demografiche nel contesto dei primi 2 anni della pandemia COVID-19.

Lo studio ha utilizzato un quadro unificato per calcolare i tassi di mortalità in eccesso dovuti alla pandemia di COVID-19 insieme a una serie completa di parametri demografici tra cui mortalità per tutte le cause, aspettativa di vita e conteggio della popolazione per 204 paesi e territori e 811 località subnazionali.

Ciò ha consentito alle stime della mortalità per tutte le cause di informare le stime della mortalità in eccesso dovuta alla pandemia e viceversa. Al contrario, le stime demografiche pubblicate dall'UNPD per il 2020 e il 2021, sebbene basate sui dati disponibili durante la pandemia, non hanno utilizzato un quadro unificato per la mortalità per tutte le cause e per quella in eccesso. Inoltre, sebbene l'*US Census Bureau* abbia pubblicato le stime sulla popolazione per il 2020 e il 2021, le stime sono state adeguate per riflettere gli effetti della pandemia solo per un sottoinsieme di località. GBD 2021 ha utilizzato una suite di strumenti di elaborazione e modellazione dei dati personalizzati e convalidati, analizzando sistematicamente migliaia di fonti di dati per produrre stime demografiche globali, regionali, nazionali e subnazionali per età, sesso e livello di indice socio-demografico (SDI) per ogni anno dal 1950 al 2021. Rispetto a GBD 2019, GBD 2021 ha utilizzato 5296 fonti di dati aggiuntive. Inoltre, il sistema di tabelle di sopravvivenza modello utilizzato in GBD 2021 è stato migliorato per fornire stime di mortalità più accurate per le fasce di età più anziane.

Tutte le stime sono racchiuse in strumenti di condivisione e visualizzazione dei dati liberamente accessibili.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Il nostro studio evidenzia l'impatto dei primi 2 anni della pandemia di COVID-19 a un nuovo livello di granularità, dimostrando inversioni senza precedenti nella mortalità degli adulti e nelle tendenze dell'aspettativa di vita a livello globale, regionale e nazionale. Inoltre, misure comparabili a livello globale dell'eccesso di mortalità dovuto alla pandemia mostrano variazioni sostanziali nell'onere subito dai diversi paesi e territori.

Il nostro set completo di stime demografiche fornisce una ricca descrizione dell'evoluzione delle tendenze a lungo termine della mortalità e dell'aspettativa di vita in tutte le fasce di età, i sessi e i livelli di SDI, e le nostre analisi della

popolazione rivelano dinamiche di cambiamento e strutture di età con implicazioni per il futuro dell'assistenza sanitaria, sistemi, economie e società. Collettivamente, le stime qui riportate forniscono un quadro demografico integrato per il GBD e una base preziosa per la valutazione, lo sviluppo e l'attuazione delle politiche in tutto il mondo.

Figura 1 Completezza dei sistemi VR nelle superregioni GBD, 1975-2021

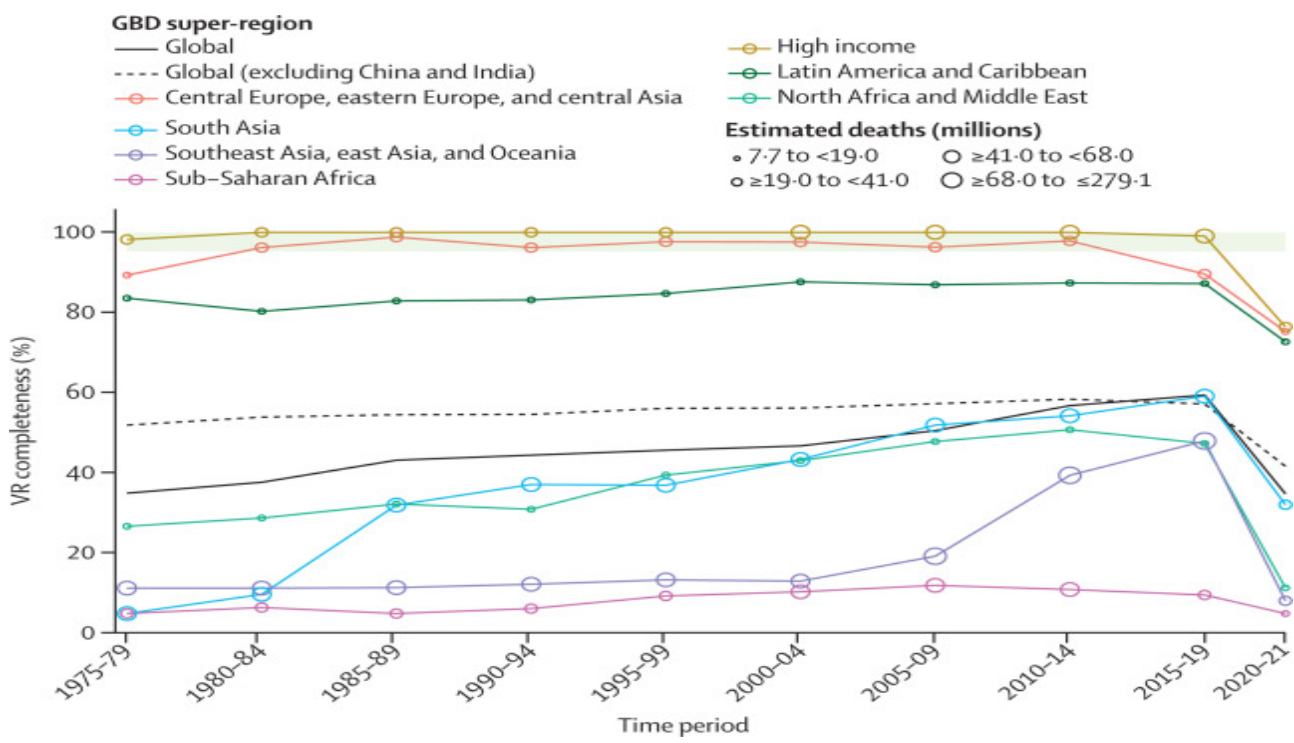


Figura 2 Tassi di mortalità per tutte le cause globali e nella superregione GBD nell'arco della vita nelle femmine (A) e nei maschi (B), 1950–2021

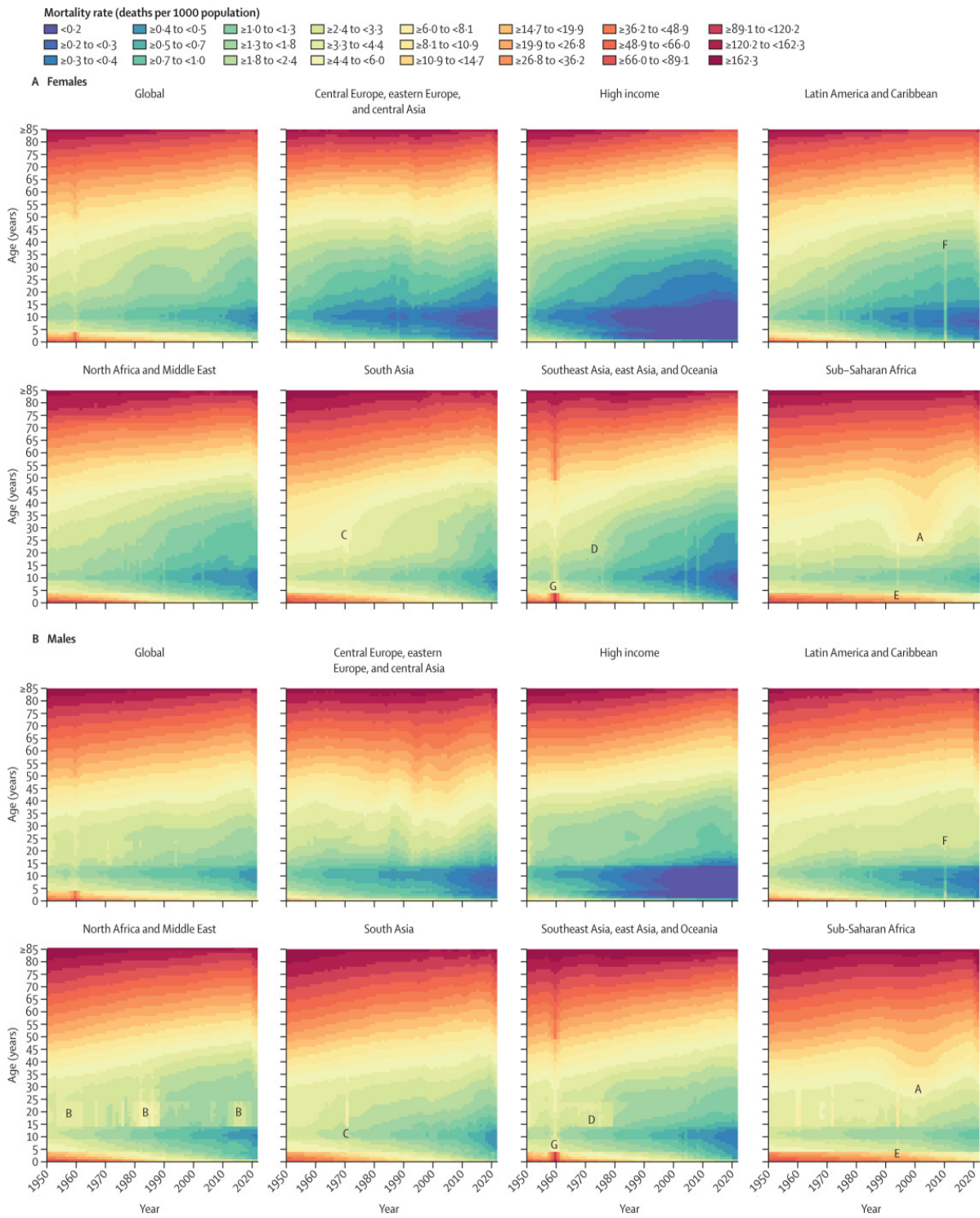


Figura 3 Distribuzione del rapporto tra i sessi della mortalità per età nel 1970, 2000, 2019 e 2021

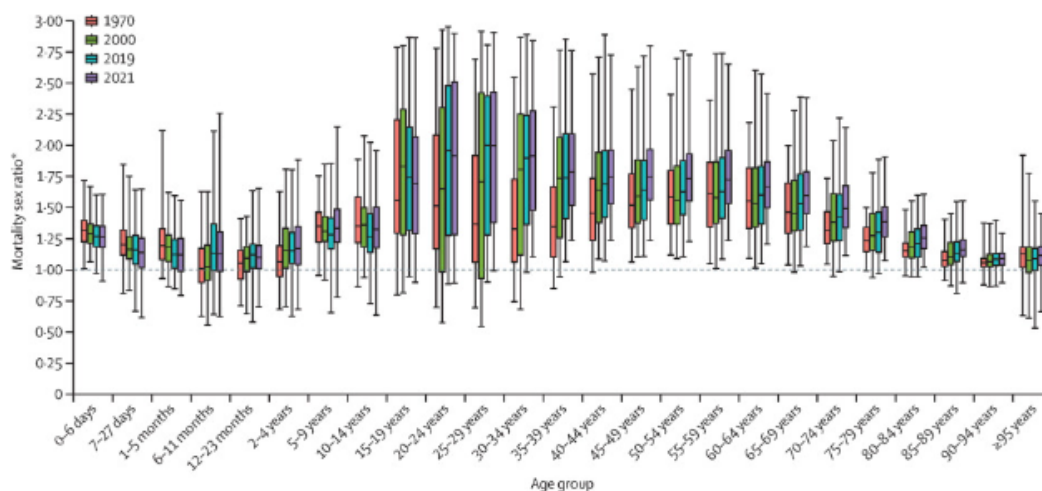


Figura 4 Variazione annuale dei decessi per tutte le cause per superregione GBD in tre gruppi di età, 1970–2021

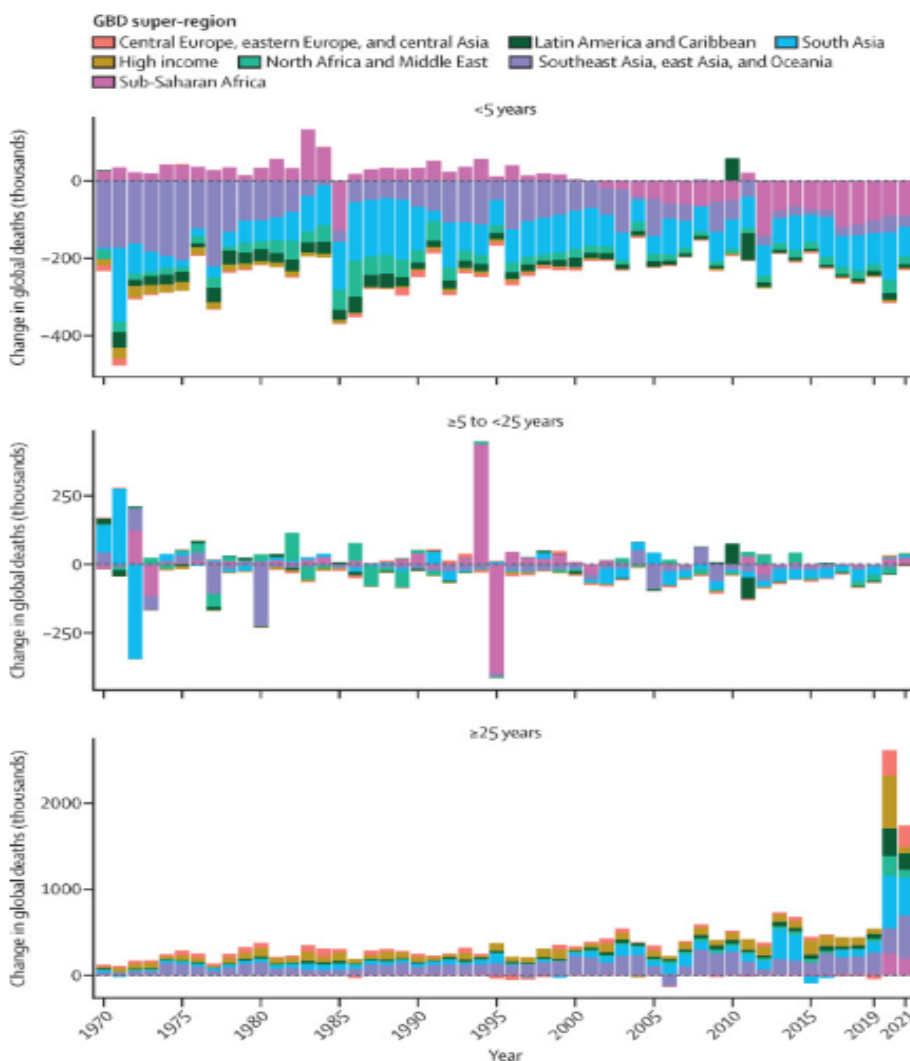


Figura 4 Variazione annuale dei decessi per tutte le cause per superregione GBD in tre gruppi di età, 1970–2021

Figura 5 Aspettativa di vita alla nascita nelle superregioni GBD e quintili SDI nelle femmine e nei maschi, 1950–2021

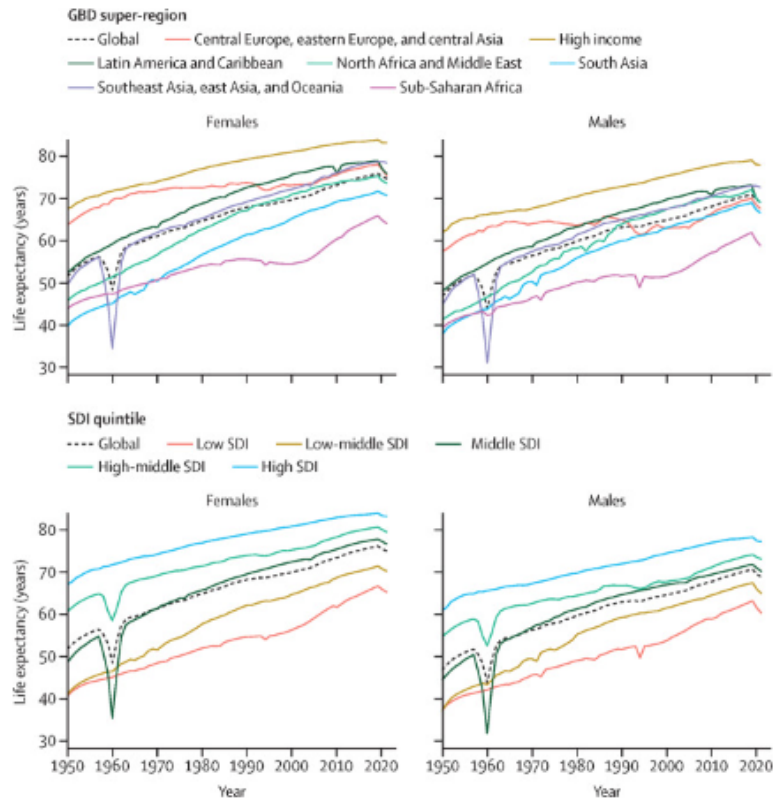
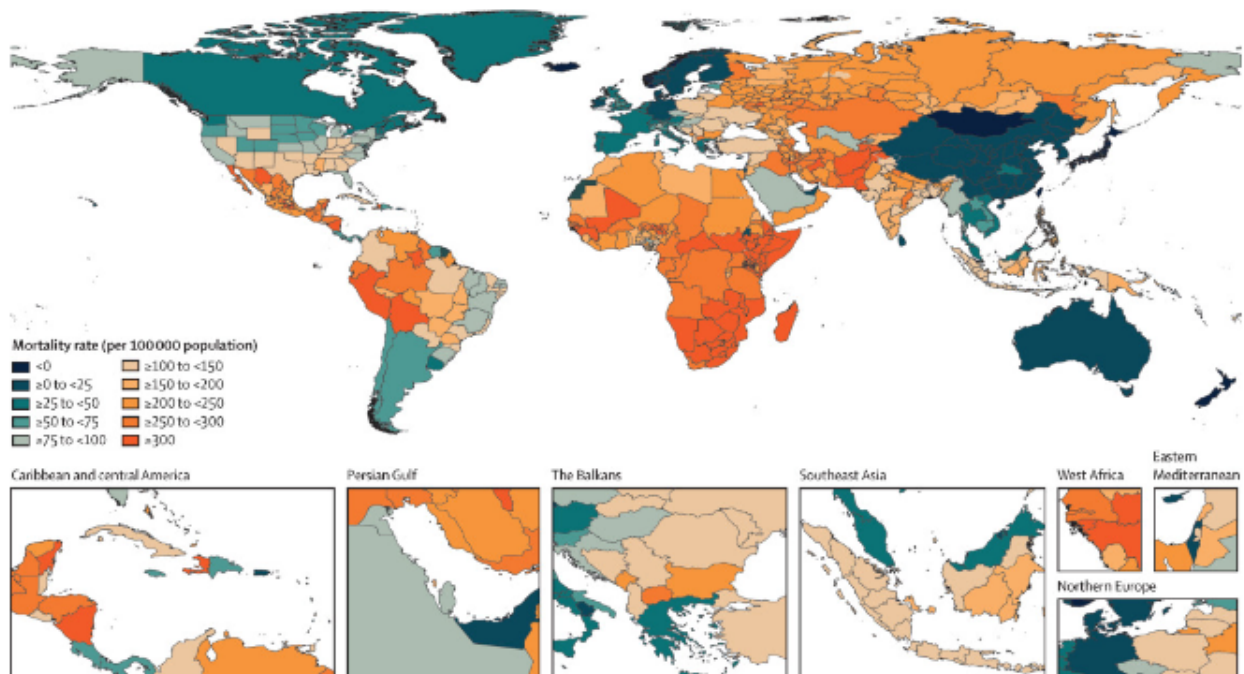


Figura 6 Distribuzione globale dei tassi di mortalità in eccesso standardizzati per età dovuti alla pandemia di COVID-19, 2020 e 2021 combinati



[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00476-8/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00476-8/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

Le morti infantili nel mondo raggiungono nel 2022 il minimo storico. Ma milioni di bambini continuano a morire. Il Rapporto dell'Onu

Nonostante i progressi, si stima che 4,9 milioni di bambini siano morti prima del loro quinto compleanno, 1 decesso ogni 6 secondi. perdite di vite umane dovute principalmente a cause prevenibili o curabili, come il parto pretermine, le complicazioni al momento della nascita, la polmonite, la diarrea e la malaria

13 MAR -

Il numero di bambini morti prima del loro quinto compleanno ha raggiunto un minimo storico, scendendo a 4,9 milioni nel 2022, con un tasso di mortalità globale sotto i 5 anni in calo del 51% dal 2000.

Nonostante progressi sono milioni i bambini morti: 4,9 milioni di vite perse prima dei 5 anni - quasi la metà erano neonati – alle quali si aggiungono altri 2,1 milioni di bambini e giovani di età compresa tra i 5 e i 24 anni.

La maggior parte di questi decessi si è concentrata nell’Africa sub-sahariana e nell’Asia meridionale. Aree dove, insieme a quelle di Paesi a medio e basso reddito, si stima che 35 milioni di bambini moriranno prima di raggiungere i 5 anni entro il 2030 se non si interviene per ridurre le disuguaglianze.

Queste le ultime stime sulla mortalità infantile pubblicate oggi dal Gruppo inter-agenzie delle Nazioni Unite (IGME delle Nazioni Unite).

*“Dietro questi numeri si nascondono le storie di ostetriche e personale sanitario qualificato che aiutano le madri a partorire in sicurezza i loro neonati, di operatori sanitari che vaccinano e proteggono i bambini da malattie mortali e di operatori sanitari comunitari che fanno visite a domicilio per sostenere le famiglie e garantire il giusto supporto sanitario e nutrizionale per i bambini – ha dichiarato **Catherine Russell**, Direttore generale dell’Unicef – attraverso decenni di impegno da parte di individui, comunità e nazioni per raggiungere i bambini con servizi sanitari a basso costo, di qualità ed efficaci, abbiamo dimostrato di avere le conoscenze e gli strumenti per salvare vite umane”.*

Dal Rapporto è emerso che diversi paesi a basso e medio-basso reddito hanno dimostrando che il progresso è possibile quando le risorse sono sufficientemente stanziare per l’assistenza sanitaria di base, compresa la salute e il benessere dei bambini.

Ad esempio, i risultati mostrano che la Cambogia, il Malawi, la Mongolia e il Ruanda hanno ridotto la mortalità sotto i 5 anni di oltre il 75% dal 2000.

Ma i risultati mostrano anche che, nonostante questi progressi, c’è ancora molta strada da fare per porre fine a tutte le morti prevenibili di bambini e giovani.

Questa tragica perdita di vite umane è dovuta principalmente a cause prevenibili o curabili, come il parto pretermine, le complicazioni al momento della nascita, la polmonite, la diarrea e la malaria.

Molte vite avrebbero potuto essere salvate con un migliore accesso a un’assistenza sanitaria di base di alta qualità, compresi interventi essenziali e a basso costo, come le vaccinazioni, la disponibilità di personale sanitario qualificato alla nascita, il sostegno all’allattamento precoce e continuato, la diagnosi e il trattamento delle malattie infantili.

“Anche se ci sono stati progressi positivi, ogni anno milioni di famiglie soffrono ancora il devastante dolore della perdita di un figlio, spesso nei primissimi giorni dopo la nascita – ha dichiarato il direttore generale dell’OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus – il luogo in cui nasce un bambino non dovrebbe determinare se vive o muore. È fondamentale migliorare l’accesso a servizi sanitari di qualità per ogni donna e bambino, anche durante le emergenze e nelle aree remote”.

Migliorare l’accesso a servizi sanitari di qualità e salvare la vita dei bambini da morti prevenibili, sottolinea quindi una nota del Who “richiede investimenti nell’istruzione, nell’occupazione e in condizioni di lavoro dignitose per gli operatori sanitari per fornire assistenza sanitaria di base, compresi gli operatori sanitari di comunità. Gli operatori sanitari della comunità svolgono un ruolo importante nel raggiungere i bambini e le famiglie in ogni comunità con servizi sanitari salvavita come vaccinazioni, test e medicine per malattie mortali ma curabili e supporto nutrizionale. Dovrebbero essere integrati nei sistemi di assistenza sanitaria di base e retribuiti in modo equo, ben formati e dotati dei mezzi per fornire la massima qualità di assistenza”.

Gli studi dimostrano che le morti infantili nei paesi a più alto rischio potrebbero diminuire in modo sostanziale se gli interventi di sopravvivenza infantile basati sulla comunità potessero raggiungere coloro che ne hanno bisogno.

Questo pacchetto di interventi da solo salverebbe milioni di bambini e fornirebbe assistenza più vicino a casa.

La gestione integrata delle malattie infantili, in particolare le principali cause di morte post-neonatale, infezioni respiratorie acute, diarrea e malaria, è necessaria per migliorare la salute e la sopravvivenza dei bambini.

“Il rapporto di quest’anno è un’importante pietra miliare che dimostra che meno bambini muoiono prima del loro quinto compleanno – ha dichiarato il dottor **Juan Pablo Uribe**, Direttore Globale per la Salute, la Nutrizione e la Popolazione, Banca Mondiale e Direttore dello Strumento di Finanziamento Globale per Donne, Bambini e Adolescenti – ma questo non è sufficiente. Dobbiamo accelerare i progressi con maggiori investimenti, collaborazione e attenzione per porre fine alle morti infantili prevenibili e onorare il nostro impegno globale. Lo dobbiamo a tutti i bambini per garantire loro l’accesso alle stesse cure sanitarie e alle stesse opportunità, indipendentemente da dove sono nati”.

Mentre i numeri globali mostrano segni positivi di progresso, ci sono anche minacce e disuguaglianze sostanziali che mettono a repentaglio la sopravvivenza dei bambini in molte parti del mondo.

Queste minacce includono l’aumento delle disuguaglianze e dell’instabilità economica, i conflitti nuovi e prolungati, l’intensificarsi dell’impatto del cambiamento climatico e le ricadute del Covid-19, che potrebbero portare alla stagnazione o addirittura all’inversione dei guadagni e alla continua perdita inutile di vite di bambini.

I bambini nati nelle famiglie più povere hanno il doppio delle probabilità di morire prima dei 5 anni rispetto alle famiglie più ricche, mentre i bambini che vivono in contesti fragili o colpiti da conflitti hanno quasi tre volte più probabilità di morire prima del loro quinto compleanno rispetto ai bambini di altri paesi.

“Le nuove stime mostrano che rafforzare l’accesso a un’assistenza sanitaria di alta qualità, soprattutto al momento della nascita, aiuta a ridurre la mortalità tra i bambini di età inferiore ai 5 anni – ha dichiarato **Li Junhua**, sottosegretario generale delle Nazioni Unite per gli affari economici e sociali – se da un lato le pietre miliari nella riduzione della mortalità infantile sono importanti per monitorare i progressi, dall’altro dovrebbero anche ricordarci che sono necessari ulteriori sforzi e investimenti per ridurre le disuguaglianze e porre fine alle morti prevenibili tra neonati, bambini e giovani in tutto il mondo”.

Ai ritmi attuali, 59 paesi non raggiungeranno l’obiettivo di mortalità sotto i 5 anni e 64 paesi non raggiungeranno l’obiettivo di mortalità neonatale. Ciò significa che si stima che 35 milioni di bambini moriranno prima di raggiungere il loro quinto compleanno entro il 2030, un bilancio di vittime che sarà in gran parte sostenuto dalle famiglie dell’Africa subsahariana e dell’Asia meridionale o nei paesi a basso e medio-basso reddito.

Il rapporto rileva anche grandi lacune nei dati, in particolare nell’Africa sub-sahariana e nell’Asia meridionale, dove il carico di mortalità è elevato. I dati e i sistemi statistici devono essere migliorati per tracciare e monitorare meglio la sopravvivenza e la salute dei bambini, compresi gli indicatori sulla mortalità e la salute attraverso indagini sulle famiglie, la registrazione delle nascite e dei decessi attraverso i sistemi informativi di gestione sanitaria (HMIS) e la registrazione civile e le statistiche anagrafiche (CRVS).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120827

Levels & Trends in
**Child
Mortality**

Report 2023

Estimates developed by the
United Nations Inter-agency Group
for Child Mortality Estimation



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1710317460.pdf>

Aspettativa di vita alla nascita. Nell'UE torna a crescere e arriva a 80,6 anni nel 2022 ma ancora non raggiunge i livelli pre Covid. La Pa Trento è la seconda in Europa

Nell'arco di due decenni, dal 2002, il valore più alto è stato registrato nel 2019, quando la speranza di vita alla nascita ha raggiunto gli 81,3 anni (con un aumento di 3,7 anni rispetto al 2002). Tuttavia, dopo lo scoppio della pandemia Covid, questo indicatore è sceso a 80,4 anni nel 2020 e a 80,1 anni nel 2021. Nel 2022, la speranza di vita alla nascita nell'UE è aumentata ma non ha raggiunto il valore del 2019. Le donne vivono 5,4 anni in più.

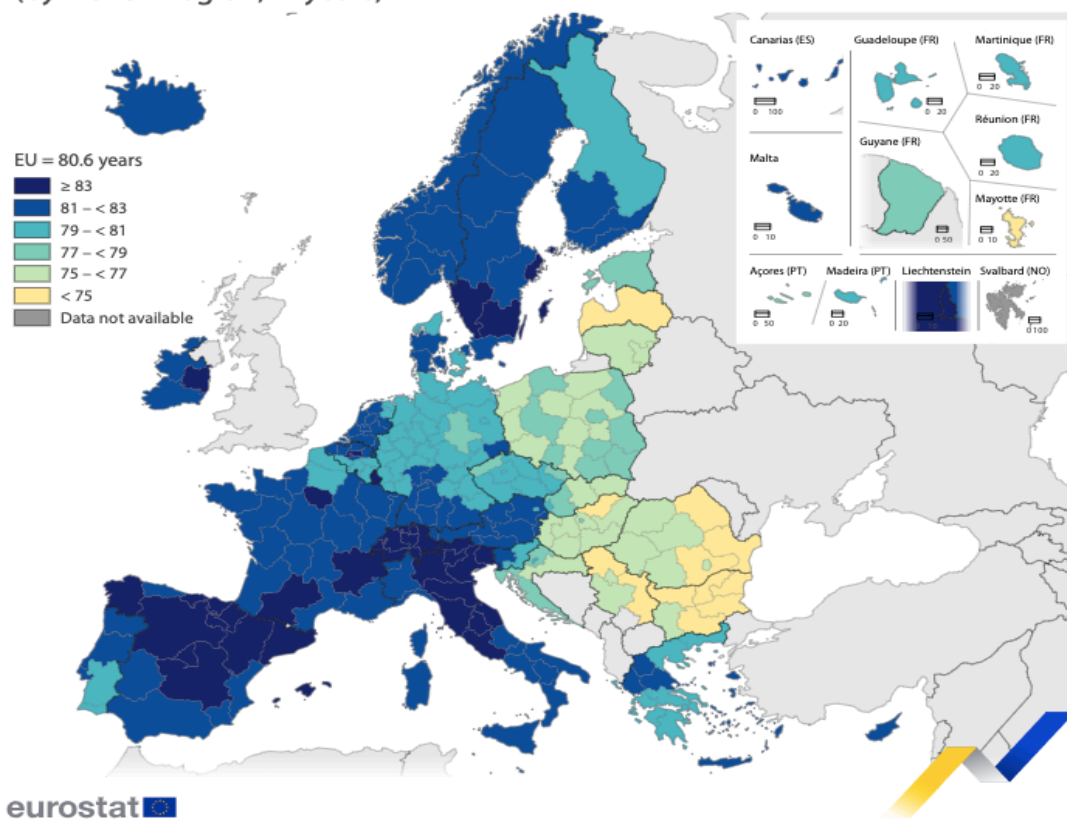
15 MAR -

Nel 2022, la speranza di vita alla nascita nell'UE è stata di 80,6 anni, in aumento di 0,5 anni rispetto al 2021. Nell'arco di due decenni, dal 2002, il valore più alto è stato registrato nel 2019, quando la speranza di vita alla nascita ha raggiunto gli 81,3 anni (con un aumento di 3,7 anni rispetto al 2002). Tuttavia, dopo lo scoppio della pandemia Covid, questo indicatore è sceso a 80,4 anni nel 2020 e a 80,1 anni nel 2021. Nel 2022, la speranza di vita alla nascita nell'UE è aumentata ma non ha raggiunto il valore del 2019. Queste informazioni provengono dai dati sull'aspettativa di vita pubblicati recentemente da Eurostat.

Le regioni con la più alta aspettativa di vita

La regione dell'UE con la più alta aspettativa di vita alla nascita è stata la regione spagnola della Comunidad de Madrid (85,2 anni), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento in Italia (84,4 anni), dall'Ile de France in Francia (84,1 anni), da Stoccolma in Svezia (84,0 anni) e dalla Comunidad Foral de Navarra in Spagna (83,9 anni). Di contro, tra le 5 regioni dell'UE con la più bassa aspettativa di vita alla nascita, 4 erano in Bulgaria: Severozapaden (72,3 anni), Severen tsentralen (73,2 anni), Yugoiztochen (73,7 anni), Severoiztochen (74,1 anni); e una in Ungheria, Észak-Magyarország (74,1 anni).

Life expectancy at birth, 2022
(by NUTS 2 region; in years)



Estonia, Cyprus, Latvia, Luxembourg and Malta: single regions at this level of detail. France, Malta and Portugal: provisional. Bulgaria, Croatia, Hungary, Poland and Portugal: break in time series. Romania: estimated.

Administrative boundaries: © EuroGeographics © UN-FAO © Turkstat
Cartography: Eurostat - IMAGE, 03/2024

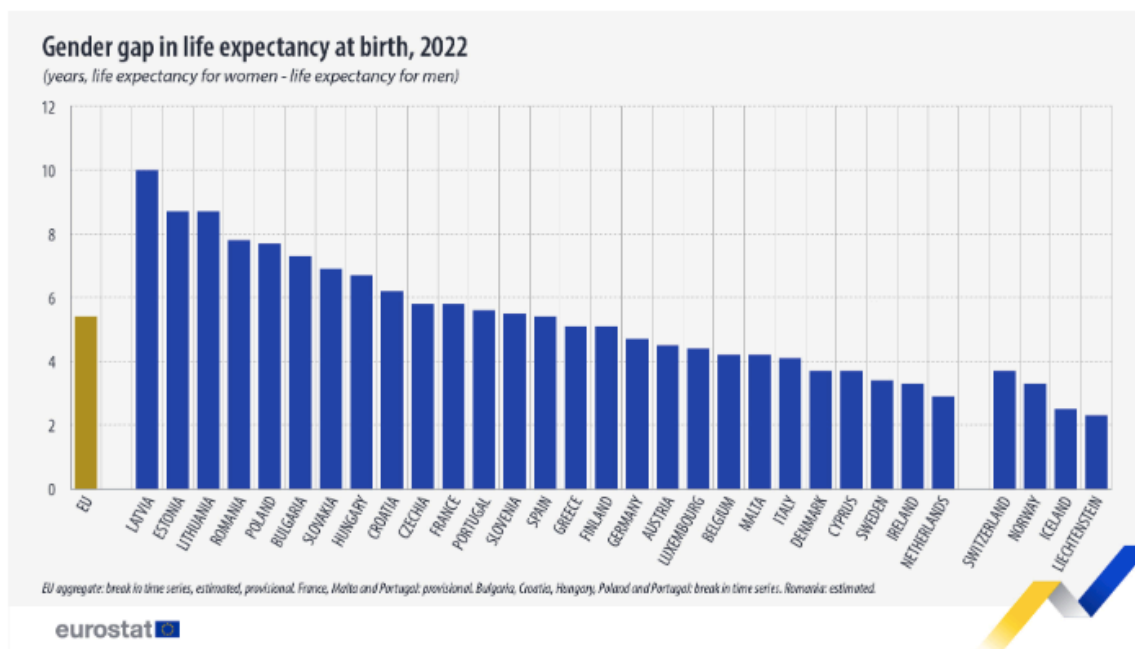
Source dataset: [demo_r_mlifexp](#)

Le donne vivono 5,4 anni in più

Nel 2022 la speranza di vita alla nascita delle donne nell'UE era di 83,3 anni (in aumento di 0,4 anni rispetto al 2021, ma in calo di -0,7 anni rispetto al 2019) e quella degli uomini di 77,9 anni (in aumento di 0,7 anni rispetto al 2021, ma in calo di -0,6 anni rispetto al 2019).

Nel 2022, la speranza di vita alla nascita per le donne nell'UE era di 5,4 anni più lunga di quella degli uomini, con variazioni tra i Paesi dell'UE. In Lettonia si prevede che le donne vivranno 10,0 anni in più rispetto agli uomini, seguite da Estonia e Lituania (entrambe 8,7 anni).

I divari di genere più ridotti si registrano nei Paesi Bassi (2,9 anni), in Irlanda (3,3 anni) e in Svezia (3,4 anni).



Source dataset: [demo_mlexpec](#)

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120894

quotidianosanita.it

Sanità e assistenza sociale. Eurostat: attivo in questi settori il 7,4% di tutte le imprese dell'UE

A seguito dell'entrata in vigore del regolamento sulle statistiche europee sulle imprese (EBS), Eurostat ha esteso la copertura del servizio per le statistiche strutturali sulle imprese (SBS) pubblicando, per la prima volta, dati SBS sulle imprese del settore sanitario e dell'assistenza sociale

25 MAR - Nel 2021, il numero di imprese nel settore sanitario e sociale dell'UE ammontava a 2,3 milioni, pari al 7,4% di tutte le aziende attive nell'economia europea.

I settori della sanità e dell'assistenza sociale includono le imprese nella Sezione Q della classificazione statistica delle attività economiche nella Comunità Europea (NACE).

Lo rivela Eurostat che, a seguito dell'entrata in vigore del regolamento sulle statistiche europee sulle imprese (EBS), ha esteso la copertura del servizio per le statistiche strutturali sulle imprese (SBS) pubblicando, per la prima volta, dati SBS sulle imprese del settore sanitario e dell'assistenza sociale.

Il settore sanitario e sociale ha impiegato 13,1 milioni di persone nel 2021, ha generato 579,5 miliardi di euro di valore aggiunto e ha accumulato un fatturato netto di 887,1 miliardi di euro.

Il contributo del settore sanitario e dell'assistenza sociale al valore aggiunto dell'economia aziendale varia da paese a paese. In media, nell'UE è pari al 6,2%.

All'estremità superiore della scala si attesta al 9,7% la Germania, all'8,8% i Paesi Bassi e all'8,3% il Belgio. Ungheria (1,5%), Croazia (1,6%) e Irlanda (1,8%) si collocano all'estremità inferiore della scala. In termini di occupazione, il contributo del settore all'economia aziendale è stato in media dell'8,4% nell'UE.

I Paesi Bassi (18,8%), la Germania (14,7%) e il Belgio (14,3%) si collocano nella fascia più alta della scala. Mentre Romania (2,1%), Croazia (2,3%) e Ungheria (2,5%) si collocano nella fascia più bassa.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121118



IL DIRITTO UNIVERSALE ALLA SALUTE RICHIEDE LA PACE E RIFIUTA LA GUERRA

Dichiarazione in favore della pace delle società scientifiche sanitarie

In qualità di società scientifiche di area sanitaria, dati i nostri obblighi professionali incentrati sulla tutela e la promozione della salute, sentiamo urgente la necessità di esprimerci pubblicamente e congiuntamente a favore della pace e contro la guerra in tutte le aree del pianeta.

Gli scontri armati hanno continuato in questi anni a martoriare molti paesi: nel 2022 si è registrato il più alto numero di conflitti armati dalla fine della seconda guerra mondiale e ora, nel 2023, questa tendenza si conferma drammaticamente in un'ulteriore spirale di violenza che coinvolge non solo Ucraina e Medio Oriente, ma anche numerosi altri luoghi, in assenza di iniziative efficaci a favore di soluzioni diplomatiche e nonviolente.

Partendo dai principi etici e umanitari di difesa della salute che caratterizzano le nostre professioni, riteniamo che non vi siano mai giustificazioni all'uso della guerra per risolvere le controversie tra i popoli, come esplicitamente affermato dalla Costituzione italiana¹ e dalla Carta delle Nazioni Unite,² che rifiuta la dottrina della 'guerra giusta'.

Condividiamo e riaffermiamo con forza quanto sostenuto dalla Carta di Ottawa,³ documento a cui la comunità di sanità pubblica internazionale si ispira, secondo cui la pace è il primo dei prerequisiti fondamentali per la salute. Solo in seconda battuta vengono elencati l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Tutti fattori egualmente compromessi o distrutti dalla guerra, con effetti che perdurano ben oltre la cessazione delle ostilità.

Constatiamo che l'uso bellico delle tecnologie attualmente disponibili fa sì che i conflitti armati si caratterizzino immancabilmente per:

- Mancanza di limiti spaziali, temporali e giuridici;
- Impossibilità di discriminare tra obiettivi militari e civili (comprese le strutture sanitarie);
- Violazione delle leggi umanitarie internazionali;
- Effetti negativi per la salute umana, a breve, medio e lungo termine;
- Forte impatto negativo sulle persone più giovani e le generazioni future;
- Effetti negativi sulla sicurezza alimentare;
- Danni ambientali e dell'ecosistema, con ulteriore accelerazione della crisi climatica.

A ciò si affiancano le crescenti minacce di utilizzo di ordigni nucleari, che generano un rischio talmente grave per la salute delle popolazioni, che le più importanti riviste mediche internazionali hanno sentito il dovere di pubblicare congiuntamente un editoriale⁴ con cui invitavano le associazioni delle professioni sanitarie di tutto il mondo a informare i propri membri e a sostenere ogni sforzo per ridurre i rischi di una guerra nucleare, compresi quelli determinati da errori e da azioni non intenzionali.

Le nostre richieste e il nostro impegno

In questo contesto riteniamo che la comunità scientifica sanitaria debba far sentire la propria voce a favore dell'interruzione di tutte le guerre in atto e della prevenzione di quelle future, attraverso la ricerca di soluzioni

nonviolente efficaci, che intervengano sulle cause alla base dei conflitti, in coerenza con gli obblighi deontologici e con l’Iniziativa Globale per la Pace e la Salute dell’Organizzazione mondiale della sanità.⁵

Prevenire e contrastare i conflitti implica sostenere il rafforzamento delle infrastrutture di peacekeeping e peacebuilding delle Nazioni Unite e richiedere la riduzione delle spese militari, reindirizzando le risorse verso obiettivi di benessere sociale, di salute e di promozione dell’universalismo dei sistemi sanitari.

Quanto al rischio di conflitti nucleari, chiediamo al governo italiano di garantire la propria partecipazione ai prossimi incontri delle Nazioni Unite sul Trattato sulla proibizione delle armi nucleari,⁶ con il fine ultimo di firmarlo e ratificarlo. Contestualmente, chiediamo ai decisori di mettere in atto – e all’opinione pubblica di sostenere - interventi concreti, quali la protezione del personale, delle strutture e dei servizi dei sistemi sanitari dei paesi colpiti dalla guerra, e l’accoglienza delle persone che fuggono da aree di conflitto.

Come uomini e donne che operano per la salute, a noi competono alcuni compiti specifici:

- Contribuire alla descrizione quantitativa degli effetti diretti e indiretti della guerra sulla salute;
- Approfondire le relazioni complesse che legano la guerra ad altri eventi, a loro volta fattori di rischio per la salute, quali migrazioni, carestie, alterazioni degli ecosistemi;
- Elaborare strategie di prevenzione e di mitigazione dei danni alla salute prodotti dall’insieme di fattori che precedono e seguono i conflitti;
- Informare e responsabilizzare la popolazione e i decisori sulle strategie di contrasto più efficaci.

Le associazioni firmatarie di questa dichiarazione si impegnano a proseguire nel lavoro su questi temi e in questi ambiti, in adempimento dei propri doveri etici e deontologici.

Referenze

1. Costituzione italiana, art. 11. <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/principi-fondamentali/articolo-11>
2. UN Charter, vd. Preambolo e art. 51 <https://www.un.org/en/about-us/un-charter>
3. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference4-Reducing-the-Risks-of-Nuclear-War—The-Role-of-Health-Professionals>.
4. JAMA 2023;330(7):601-602. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2807921>
5. WHO Global Health and Peace Initiative (GHPI) <https://www.who.int/initiatives/who-health-and-peace-initiative>
6. Treaty on the Prohibition of Nuclear Weapons (TPNW) <https://disarmament.unoda.org/wmd/nuclear/tpnw/>

Questo documento è stato costruito in forma partecipata su iniziativa dell’Associazione italiana di epidemiologia e della rivista *Epidemiologia & Prevenzione*. Hanno partecipato alla discussione e alla stesura del testo anche altre Associazioni scientifiche; è possibile ripercorrere l’intero iter di produzione del documento cliccando [qui](#); altri materiali sono disponibili [qui](#).

Invitiamo tutte le Società/Associazioni scientifiche sanitarie a firmare il documento

Per farlo occorre inviare la propria adesione al seguente indirizzo mail: direzione.aie.ep@inferenze.it

Anche i singoli operatori/operatrici della sanità possono firmare. Per farlo devono utilizzare il form che si trova in fondo a questa pagina; i singoli sono invitati a sollecitare la propria Associazione scientifica/professionale ad aderire nel caso non lo abbia ancora fatto.

Le prime Società/Associazioni scientifiche firmatarie del documento:

in ordine alfabetico



AAAITO	Associazione allergologi immunologi italiani territoriali e ospedalieri
ACP	Associazione Culturale Pediatri
ADI	Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica
AIE	Associazione italiana di epidemiologia
AIMPGN	(IPPNW Italy) Associazione Italiana Medicina per la Prevenzione della Guerra Nucleare
AIOrAO	Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in Oftalmologia
AITN	Associazione italiana tecnici di neurofisiopatologia
ANEP	Associazione Nazionale Educatori Professionali

ANP	<i>Agenzia Nazionale per la Prevenzione</i>
AsNAS	<i>Associazione Nazionale Assistenti Sanitari</i>
AssociALi	<i>Associazione Alessandro Liberati - Cochrane Affiliated Centre</i>
ESPRI	<i>Emergenze Sociali Psicologiche Ricerca Intervento</i>
Fondazione	<i>Fondazione Allineare Sanità e Salute</i>
Fondazione	<i>Fondazione Umberto Veronesi ETS</i>
GISCOr	<i>Gruppo Italiano Screening Coloretale</i>
GISMa	<i>Gruppo Italiano Screening Mammografico</i>
GiViTI	<i>Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva</i>
ISDE Italia	<i>Medici per l'Ambiente Italia</i>
MD	<i>Medicina Democratica</i>
MAOH	<i>Minds for One-Health</i>
OSA	<i>Oltre la Sperimentazione Animale</i>
SIAATIP	<i>Società Italiana di anestesia, analgesia e terapia intensiva pediatrica</i>
SICi	<i>Società Italiana di Citologia</i>
SIMET	<i>Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale</i>
SIMM	<i>Società Italiana di Medicina delle Migrazioni</i>
SIMPIOS	<i>Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie</i>
SISOGN	<i>Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico- Neonatali</i>
SIP-IRS	<i>Società Italiana di Pneumologia/Italian Respiratory Society</i>
SIR	<i>Società Italiana di Reumatologia</i>
SISMEC	<i>Società Italiana di Statistica Medica e Epidemiologia Clinica</i>
Slow Medicine	<i>Slow Medicine ETS</i>
SISOGN	<i>Società Italiana di Scienze Ostetrico Ginecologiche e Neonatali all'iniziativa</i>
SIVR ETS	<i>Società Italiana Valori di Riferimento - Ente del Terzo settore</i>
SNOP	<i>Società Nazionale Operatori della Prevenzione</i>
UNPISI ATS	<i>Tecnici della Prevenzione</i>

<https://epiprev.it/notizie/il-diritto-universale-alla-salute-richiede-la-pace-e-rifiuta-la-guerra>

COMMENTO | PRIMA IN LINEA, 101014

Sviluppare standard di sanità pubblica di buone pratiche per il sequenziamento dell'intero genoma del *Mycobacterium tuberculosis*

Justin T. Denholm   • Marcel A. Behr • Gerard de Vries • Riccardo Antonio • Ester Robinson • Matthijs Backx • et al. [Mostra tutti gli autori](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 21 marzo 2024 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2024.101014>

Il Mycobacterium tuberculosis è un patogeno prioritario per il controllo globale.

Un numero crescente di paesi ha iniziato a incorporare il sequenziamento dell'intero genoma (WGS) di routine per supportare gli aspetti chiave della salute pubblica e della pratica clinica della tubercolosi (TBC), compreso il monitoraggio delle pratiche cliniche e di laboratorio, l'individuazione e la sorveglianza della resistenza ai farmaci e la guida di interventi mirati. interventi di sanità pubblica come indagini ampliate sui contatti e ricerca attiva dei casi.

Tuttavia, sono necessari strutture, capacità della forza lavoro e sistemi di monitoraggio potenziati per supportare l'efficace traduzione della genomica dei patogeni nella pratica clinica e di sanità pubblica. Consideriamo gli elementi chiave per integrare il WGS nella fornitura di servizi TB di routine.

Esistono diversi modelli di implementazione del WGS, con la maggior parte dei servizi inizialmente istituiti con borse di ricerca o altri fondi di progetti a breve termine.

Tuttavia, data la necessità di creare una forza lavoro multidisciplinare qualificata e servizi di laboratorio sostenibili, è essenziale un finanziamento affidabile a lungo termine.

I membri del team multidisciplinare dovrebbero includere competenze nella diagnostica micobatterica, nella coltura e nella genomica, nella bioinformatica avanzata e nella mappatura geospaziale, in stretto collegamento con la medicina clinica e la cura del paziente, l'epidemiologia sul campo, la salute pubblica e la politica sanitaria.

I programmi necessitano inoltre della guida di assistenti sociali, esperti di etica e operatori culturali specifici del contesto, e dovrebbero coinvolgere attivamente le comunità colpite dalla tubercolosi durante la revisione dei cluster apparenti e la pianificazione di risposte precise in materia di sanità pubblica.

L'incorporazione dei dati WGS nei programmi di sanità pubblica introdurrà cambiamenti a livello micro (individuale), meso (popolazione) e macro (politica)

(Fig. 1). A livello micro, i dati genomici consentono il riconoscimento della possibile trasmissione da persona a persona e può identificare casi di contaminazione del laboratorio, consentendo la sospensione di trattamenti non necessari.

La rapida identificazione genotipica della resistenza ai farmaci informa la gestione personalizzata dei pazienti, mentre il clustering WGS identifica la trasmissione e guida risposte di sanità pubblica più mirate, in particolare in contesti a bassa incidenza dove la trasmissione è rara.

Al di là della valutazione individuale del trattamento e della trasmissione, le informazioni WGS dovrebbero essere combinate con dati epidemiologici più ampi per valutare le tendenze emergenti nella resistenza ai farmaci, eseguire un monitoraggio della trasmissione di livello più elevato e valutare la distribuzione geospaziale dei "punti caldi".

Questa analisi a livello meso può informare le attività a livello di programma.

Ad esempio, i dati genomici possono identificare una trasmissione della tubercolosi sottovalutata in persone provenienti dallo stesso background culturale, area geografica o attività ricreative condivise non identificate dalla valutazione epidemiologica standard.

Tali informazioni possono guidare la ricerca attiva dei casi o l'uso della terapia preventiva, nonché la fornitura di istruzione e informazioni culturalmente appropriate per accedere ai servizi contro la tubercolosi.

A livello macro, i dati WGS potrebbero modellare il programma anti-TBC e le politiche e le pratiche dei servizi sanitari. Differenti contesti epidemiologici possono limitare la formulazione di obiettivi universali, ma la valutazione seriale può fornire parametri utili per il miglioramento del servizio.

L'adozione di un approccio standard a tale analisi, come il monitoraggio della proporzione di casi raggruppati utilizzando una soglia di 5-SNP su una media mobile di 5 anni, faciliterà il benchmarking tra contesti simili e la revisione programmata delle tendenze nel tempo.

	Levels of decision-making	Potential implications of decision shift	Considerations for decision-making
Macro-level implications	Health Policy		
	Formulation of national policy and strategic plan Monitoring and evaluation of performance and progress	Monitor program effectiveness through review of relapse/reinfection Consider whole-of-system engagement eg migration screening, labour protections	Undertake periodic multisectoral review to prioritise and contextualise response.
Meso-level implications	TB Programmes		
	Plan targeted interventions based on apparent transmission Support laboratory accreditation	Direct active case finding towards areas and/or groups with apparent transmission Monitor laboratory performance	Regular and active community engagement for planning and implementing case finding and educational interventions
Micro-level implications	Individual cases/clusters		
	Therapeutic decision-making Contact investigation	Intensify/cease contacts investigation based on strain relatedness Direct drug therapy Identify laboratory contamination	Ensure equity is prioritised in responses Human rights-based approach to promoting health and reducing stigma.

Fig. 1 Livelli del processo decisionale ed esempi di applicazione in sanità pubblica del sequenziamento dell'intero genoma del *M. tuberculosis*. Adattato da Sawatzky R, Kwon JY, Barclay R et al. Implicazioni dello spostamento della risposta per il processo decisionale sanitario a livello micro, meso e macro utilizzando i risultati delle misure di esito riferite dai pazienti. *Ricerca sulla qualità della vita*. 2021; 30:3343–3357.

Tuttavia, associare cluster di trasmissione a potenziali fattori discriminatori come il paese di nascita, la posizione geografica o le caratteristiche comportamentali può comportare danni alle comunità colpite, che dovrebbero essere attentamente considerati.

La genomica della sanità pubblica spesso non dispone di misure solide per valutare l'impatto.

Sebbene il sequenziamento genomico tempestivo possa apportare benefici clinici e di salute pubblica, approcci di valutazione multimodale meglio strutturati aggiungerebbero valore.

Questa valutazione dovrebbe includere la valutazione dell'impatto epidemiologico degli interventi di sanità pubblica, nonché l'equità nei gruppi chiave colpiti dalla tubercolosi, e l'analisi economica sanitaria, incorporando idealmente i costi della sanità pubblica e a livello del paziente, piuttosto che i soli costi di laboratorio.

È importante anche valutare l'importanza e l'accettabilità per i pazienti e le comunità colpite utilizzando approcci di co-progettazione, così come lo sono le misure qualitative che considerano l'impatto sulla politica e sulla pratica, come l'uso da parte di medici e funzionari della sanità pubblica per informare le decisioni sul trattamento e sull'isolamento sulla base dei risultati del WGS.

Nonostante la riduzione dei costi, i requisiti finanziari e infrastrutturali del WGS rimangono proibitivi per i contesti con risorse limitate, soprattutto data l'attuale dipendenza da percorsi basati sulla cultura per il WGS. Sono necessari sforzi concertati per aumentare l'accesso che hanno i contesti con risorse limitate, che spesso sono contesti ad alta incidenza di tubercolosi, ai progressi più rilevanti e utili a livello locale.

Lo sviluppo continuo e l'uso routinario del WGS in contesti ad elevate risorse dovrebbero includere un supporto attivo per la sua implementazione globale, con un'enfasi sull'accesso equo ai suoi benefici per la salute pubblica e individuale. Esiste un grande potenziale vantaggio derivante da una maggiore condivisione dei dati genomici tra giurisdizioni e agenzie. Tuttavia, tali scambi sono associati a problemi di proprietà e privacy, e richiedono anche una migliore standardizzazione per facilitare il confronto e lo scambio di dati. Stabilire accordi di condivisione dei dati e canali comuni è utile, ma deve garantire la sicurezza dei dati e bilanciare adeguatamente vantaggi e oneri.

È inoltre essenziale un quadro giuridico solido, che riconosca le crescenti richieste di fornire tali dati per assistere nelle indagini sia pubbliche che private.

In conclusione, l'integrazione del WGS di routine nelle risposte di controllo della tubercolosi offre un potenziale di beneficio significativo, ma sono necessarie un'applicazione e una valutazione ponderate per ottimizzare il valore della salute pubblica e per garantire che le comunità colpite dalla tubercolosi possano beneficiare di questi progressi.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(24\)00008-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(24)00008-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

Scenari del Sistema Sanitario Nazionale

quotidiano **sanita.it**

È necessario non abbassare la guardia e avere prospettive di lungo periodo per rilanciare il Ssn

Roberto Polillo, Mara Tognetti

18 MAR -

Gentile direttore,

ancora una volta interveniamo con determinazione, per non abbassare la guardia, sulle scelte irresponsabili che sta facendo il decisore pubblico in campo sanitario con l'approvazione del nuovo decreto sul PNRR che sottrae 1,2 miliardi all'ammodernamento delle strutture. L'esatto contrario di quanto richiederebbe invece la situazione di grande criticità in cui versa il nostro SSN come testimoniato dal mancato rispetto dei LEA nella larga maggioranza delle regioni. Una condizione che rende indispensabile non certo i tagli decisi dal governo ma al contrario un intervento di tipo organico da realizzare attraverso il varo di uno specifico piano di rilancio.

Un intervento straordinario da noi immaginato a valenza quinquennale per affrontare un insieme di problematiche ormai improcrastinabili che il governo e purtroppo anche le regioni fingono di non vedere. Nello specifico l'attacco al SSN ha oggi come obiettivo i fondi europei ricompresi nel PNRR; fondi che sono vitali per il rilancio del Paese e per il nostro sistema di welfare. Un attacco carico di conseguenze tali da avere trovato unite tutte le regioni di destra e di sinistra nel denunciarne le conseguenze.

Molto ben descritta a nostro parere la potenzialità e l'urgenza di utilizzare tali fondi come emerge nell'articolo di Jiorio.

In altri termini le risorse hanno una potenzialità immediata se spesi ma tale potenzialità aumenta se si inseriscono in un disegno di prospettiva e organico.

La necessità di interventi strutturali

Interventi strutturali sono urgenti per adeguare non solo spazialmente gli edifici ai nuovi modelli organizzativi ma anche per rendere maggiormente accoglienti le strutture che sono ormai più che obsolete e in alcuni casi fatiscenti.

Ambienti accoglienti, infatti, facilitano non solo le relazioni professionali ma anche un rapporto più empatico con gli utenti.

Tali risorse poi sono necessarie per allineare l'offerta strutturale nelle diverse regioni. E per superare il differenziale regionale in salute di cui abbiamo poc'anzi parlato e che è una realtà troppo consolidata e destinata a peggiorare con il regionalismo differenziato.

Il degrado come volano per il conflitto

Il degrado e l'inadeguatezza di Ospedali, ambulatori, servizi territoriali in molti contesti regionali è una realtà troppo frequentemente sottovaluta in quanto tale situazione favorisce, fra le altre cose, situazioni di aggressività e conflitto, purtroppo drammaticamente crescenti, fra operatori e cittadini e di aggressioni ai sanitari.

Il SSN, quello che resta di esso, è una macchina complessa il cui organismo oltre che essere delicato è anche fortemente interconnesso quindi non è immaginabile procedere per singoli atti senza un disegno

organico rispetto al quale di volta in volta si interviene con azioni specifiche ma senza dimenticare gli obiettivi generali e le condizioni di contesto delle singole azioni.

Le vere intenzioni del governo ben oltre la retorica di facciata

Azioni assunte dal Governo come la riduzione e lo spostamento di fondi utilizzando uno strumento di gestione generale è un vero e proprio attacco frontale al SSN, innanzitutto rispetto al metodo e poi nella sostanza.

Tali azioni sono poi altresì un chiaro segno di come il decisore pubblico colga ogni occasione anche surrettiziamente per attaccare il sistema pubblico nonostante la retorica sia di difesa del sistema.

Modalità di procedere che se può cogliere impreparato il cittadino medio non può essere lasciato passare sotto silenzio.

E in tal senso indispensabile sarebbe una presa di posizione netta da parte di tutti coloro che si ergono in veste di paladini della collettività e che tacciono lasciando soli coloro che invece non si rassegnano.

Le responsabilità del ministro Schillaci

Cosa ancora più sconcertante è che tale decisione non veda una presa di posizione da parte del Ministro della Salute che, almeno sul piano pratico, dovrebbe essere colui che è chiamato a proteggere i cittadini proprio attraverso la difesa del SSN.

Con un ulteriore aggravante derivante dal fatto che l'attuale ministro dovrebbe teoricamente possedere, in base alle sue esperienze professionali, le competenze per svolgere tale compito.

Ovviamente non ci stupiamo di tali modalità di procedere perché ancora una volta sono una conferma dei continui tentativi che il decisore pubblico sta portando avanti per smantellare il SSN e lo fa ricorrendo a "misure e procedure improprie", assumendosi dei compiti che sarebbe invece opportuno che fossero di competenza del ministero alla partita.

Le responsabilità delle regioni

Abbiamo visto come le regioni abbiano fatto fronte comune anche in forza di un documento da loro elaborato dal titolo "proposte di un documento sulle priorità del settore salute"; documento che avrebbero voluto condividere con il ministro e che ora è invece in una fase di stallo.

Nel merito il documento contiene un'analisi condivisibile sulle criticità esistenti in sanità sia per quanto riguarda le risorse professionali (medici, infermieri e altri profili), quelle materiali (finanziamento in linea con la media europea, ammodernamento etc) e lo stato dei servizi territoriali e individua una serie di azioni correttive in una sorta di planning.

Proposte che peraltro erano in parte previste anche nel piano quinquennale da noi proposto. Quello che manca invece totalmente nel documento è qualsiasi revisione critica della governance aziendale, degli strumenti della partecipazione e della valorizzazione dei dirigenti, degli utenti e degli enti locali che sono di competenza della legislazione concorrente delle regioni. Nulla viene poi detto sullo stato giuridico dei MMG e di una riforma complessiva del rapporto di lavoro del personale del SSN che è indispensabile per rendere attrattivo il lavoro pubblico da cui i professionisti fuggono.

Sostanzialmente si ha l'impressione che le regioni si tirino fuori da ogni responsabilità attribuendo le colpe di tutto allo stato centrale. Cosa vera solo in parte perché gran parte del burnout del personale è causato dal dirigismo aziendalistico che le regioni avrebbero potuto ampiamente correggere. E sono molte altre le azioni e i compiti di stretta osservanza regionale che dovrebbero spingere le regioni ad un reale protagonismo in sanità a partire da una diversa disciplina del rapporto con gli erogatori privati

Anche in questo caso dunque si corre il rischio di predicare bene e razzolare male.

Conclusioni

Azioni parcellizzate, spazi lasciati deliberatamente al privato, scelte in controtendenza, risorse annunciate e poi distolte, oltre che segno di uno sguardo miope sono ancora una volta l'indicatore di come la politica sanitaria dei diversi livelli istituzionali, non riguardi e non impegni sufficientemente il decisore pubblico nel suo ruolo di difesa e protezione della popolazione.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120923

'Salute e Sanità': sei italiani su dieci hanno meno fiducia nel SSN. Del mal funzionamento si dà la responsabilità in primis allo Stato

Schillaci "Abbatte le liste di attesa, evitare prescrizioni inutili e valorizzare medici e sanitari sono le priorità dell'attuale Governo per assicurare un futuro migliore al nostro SSN"

di Isabella Faggiano

"Abbatte le liste di attesa è uno dei principali impegni assunti dall'attuale Governo e per poterlo perseguire è necessario monitorare le criticità Regione per Regione, per verificare quali prestazioni effettivamente mancano o sono carenti.

*È altrettanto indispensabile che nei Cup (Centri Unici di Prenotazione) regionali confluiscono non solo le disponibilità delle strutture pubbliche, ma anche quelle del privato convenzionato". Il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, ospite dell'evento 'Q&A-Salute e sanità, una sfida condivisa', descrive così alcune delle azioni che il Governo intende mettere in atto per risolvere le principali criticità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).*

È ugualmente prioritario diminuire il numero di prescrizioni, per visite specialistiche e esami diagnostici, limitandosi a quelle realmente necessarie. Il medico che evita ad un paziente di sottoporsi ad un esame inutile gli fa un favore anche, se spesso, almeno nell'immediato, il soggetto interessato non se ne accorge", continua il Ministro della Salute.

Tra le priorità elencate da Schillaci anche la "valorizzazione dei medici e dei professionisti sanitari che operano all'interno del SSN". Compresi coloro che sono andati a lavorare all'estero: "La fuga dei cervelli è un fenomeno che, purtroppo, caratterizza il nostro Paese da molti anni. Ma se i nostri medici vengono assunti con facilità all'estero, allora vuol dire che i percorsi formativi offerti in Italia sono di eccellenza", sottolinea Schillaci.

Il Sistema Sanitario della Regione Lazio

*La riorganizzazione del sistema sanitario nazionale per la riduzione delle liste d'attesa è solo uno dei temi al centro dell'evento 'Salute e sanità, una sfida condivisa', aperto dall'intervista al presidente della Regione Lazio, **Francesco Rocca**, che ha espresso la sua posizione sull'autonomia differenziata. Premettendo che non ha "nulla contro l'autonomia differenziata", il Presidente Rocca ha dichiarato di avere una fortissima preoccupazione: "La Regione Lazio ha 22 miliardi di euro di debito. Allora, se dobbiamo parlare di autonomia differenziata, o ci mettono in condizioni di partire tutti allo stesso piano – e quindi allora lì sì che ci possiamo misurare con una nuova capacità organizzativa e anche su una possibilità di distribuzione di risorse – o altrimenti qui noi andiamo incontro a braccia aperte a Regioni di serie A e Regioni di serie B, e conseguentemente, a servizi sanitari di serie A e di serie B. È una questione di risorse e di punto di partenza equilibrato per ciascuna amministrazione regionale – continua il Governatore del Lazio -, che tenga conto delle peculiarità di ciascuna Regione. Il Lazio non è la Calabria come difficoltà, come sfida, come distribuzione degli abitanti".*

Mostra le sue perplessità anche sulla proposta dell'assessore al Welfare della Regione Lombardia, Guido Bertolaso, di istituire una tessera sanitaria a punti che potrebbe prevedere incentivi e premialità per chi segue stili di vita sani.

"Amo sinceramente e profondamente l'universalità del servizio sanitario che guarda la dignità di ogni persona e che non giudica, nel momento in cui si entra in un ospedale, gli stili di vita o le abitudini

individuali – dice Rocca -. Questo perché, di solito, sono le fasce più deboli della popolazione, quelle che hanno meno strumenti, sia da un punto di vista economico, che sociale e culturale, ad avere maggiore difficoltà ad aderire agli stili di vita sani. E proprio questi cittadini, i più bisognosi, non possono essere lasciati né soli, né tantomeno indietro”.

Il sondaggio lanciato da Adnkronos, i risultati

Ad aprire il dibattito tra tutti gli interlocutori, dai politici ai sanitari, che hanno preso parte all'evento “Salute e Sanità, una sfida condivisa” sono stati i dati emersi da un sondaggio su campione non statistico lanciato da Adnkronos sul suo portale, che ha coinvolto 6.500 utenti dal 5 al 17 marzo. Le risposte degli utenti sono nette: il 60% del campione ha meno fiducia rispetto al passato nel servizio sanitario pubblico e del mal funzionamento si dà la responsabilità in primis allo Stato (60%) ma anche alle Regioni (49%).

I cittadini interpellati considerano la sanità privata come un'alternativa per pochi (91%) e soltanto uno su tre ritiene che ancora nel corso del 2024 si potrà continuare a curare nel pubblico alle stesse condizioni di oggi.

Si dicono molto preoccupati soprattutto per il problema delle lunghe liste d'attesa (52%) e per la carenza di personale medico (37%). Il 60% degli utenti non sarebbe disposto a sottoscrivere un'assicurazione sanitaria, contro il 20% favorevole.

Circa un quinto dei rispondenti ce l'ha già, ma solo poco più della metà di questi la rinnoverebbe.

Rifondare il sistema sanitario

Come affrontare le sfide principali nelle aziende ospedaliere, dai pronto soccorso alle liste d'attesa, è stato il tema al centro del dibattito della prima sessione.

A parlarne, **Fabrizio d'Alba**, Direttore Generale del Policlinico Umberto I:

“Il tema delle risorse non è mai un tema a sé stante – sottolinea d'Alba -. Un tema che s'intreccia sempre con la definizione e l'organizzazione dell'offerta assistenziale. Trovare una soluzione alle liste di attesa o al sovraffollamento dei pronto soccorso non può essere compito di una singola struttura: è il Sistema Sanitario Regionale a dover garantire al cittadino, in uno specifico quadrante della Regione prossimo all'abitazione del paziente, una risposta al suo bisogno di salute in tempi accettabili”.

Che la carenza di risorse economiche non sia l'unico problema del SSN, e nemmeno il più importante, ne è convinto anche **Antonino Giarratano**, Presidente della SIAARTI, la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva: “Da medico potrei immediatamente puntare il dito contro la mancanza di risorse economiche e carenza di posti letto, invece credo che per risolvere le criticità attuali sia necessaria una revisione organizzativa non solo delle strutture ospedaliere, ma anche dell'assistenza offerta a livello territoriale. L'organizzazione inappropriata dei servizi territoriali si riversa, inevitabilmente, sul pronto soccorso che, in molti casi, si rivela l'unico luogo dove è possibile ricevere l'assistenza di cui si ha bisogno in tempi ragionevoli.

E proprio per questo, il 25-30% degli accessi nei pronto soccorso italiani risultano inadeguati, ovvero risolvibili nel corso di una visita ambulatoriale, laddove prontamente disponibile”. Per la Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), invece, si potrà cambiare rotta e garantire un futuro alla sanità italiana puntando innanzitutto su “una riforma culturale, prima che tecnica e organizzativa.

Una riforma che parta dal concetto di responsabilità condivisa, conosciuta e accettata dai cittadini, da tutti gli operatori, ma anche dai decisori ai diversi livelli, perché la responsabilità si esprime nella capacità di collaborare e di integrarsi seppure nelle diverse competenze – spiega **Paolo Petralia**,

vicepresidente vicario di Fiaso -. Dobbiamo ricordarci che abbiamo la necessità di fare sintesi, insieme alle associazioni dei pazienti, a tutti gli altri stakeholder e alla politica”.

Dove trovare e come gestire le risorse

Conoscere quanto grava ogni singola patologia sul SSN per poter gestire al meglio le risorse disponibili ed, eventualmente, stanziarne delle nuove è per **Francesco Albergo**, docente Risk Management e Controllo delle aziende sanitarie Università LUM, il primo passo necessario per assicurare la sostenibilità del SSN: “Di recente abbiamo concluso un lavoro durato anni che ha analizzato quanto costa una patologia complessa al SSN – racconta il professore Albergo – . Sono emersi dei dati molto interessanti: circa il 40% delle patologie analizzate hanno dei costi molto superiori alle tariffe espressa dal Drg, solo il 25% è risultato in linea. Conoscere i costi reali significa poter distribuire le risorse in modo adeguato”.

Per arrivare ad un metodo che permetta di determinare il costo di patologia ospedaliera o ambulatoriale, il gruppo di Albergo ha analizzato un milione mezzo di dati di quattro delle sei Asl pugliesi, due policlinici e un altro ospedale.

A partire da questi risultati è stata messa a punto una “proposta concreta che non porta a definire dei costi standard, ma una metodologia standard”, in modo che “lo stesso sistema di misurazione – spiega il docente – sia in grado di poter determinare il costo totale tenendo conto delle differenze che ci possono essere tra le diverse realtà, sia l’interno che tra le regioni, cosa che il costo standard non considera”. **Tonino Aceti**, Fondatore e Presidente di Salutequità, pur concordando con la necessità di implementare le risorse a disposizione della Sanità pubblica, ha evidenziato anche un’altra esigenza: spendere le risorse già stanziare.

“Ci sono Regione alle quali sono stati concessi fino a 152 milioni di euro per smaltire le liste di attesa causate dalla pandemia da Covid-19 e non e non li hanno utilizzati – dice Aceti -.Ancora, ci sono fondi dedicati ai farmaci innovativi che restano inutilizzati”.

“Il SSN è ancora un pilastro della democrazia?": a porre questo interrogativo è stato **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe, sottolineando che “se oggi non possiamo più garantire tutto ciò che è stato stabilito al momento dell’istituzione del SSN, allora vuol dire che è arrivato il momento di rivederne l’organizzazione. Servono coraggiose riforme – dice il Presidente della Fondazione Gimbe perché comunque le modalità di pianificazione, organizzazione di erogazione del Servizio sanitario e socio-sanitario non sono adeguate alla transizione epidemiologica, informatica e tecnologica”.

Rimettere al centro la persona, pazienti e personale sanitario

Alla persona, che sia essa paziente o sanitario, è stata dedicata la seconda sessione dell’evento ‘Salute e sanità, una sfida condivisa’, alla quale hanno preso parte medici, specialisti e professionisti sanitari. **Pietro Giurdanella**, consigliere nazionale FNOPI, la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Infermieristica, sottolinea l’importanza dell’infermiere di famiglia e di comunità per la costituzione della rete di assistenza territoriale “che – sottolinea – non può prescindere dalla collaborazione di un’equipe multi-professionale, anche all’interno delle case di comunità”.

Quella tra salute e sanità è una sfida condivisa anche dalla Fism, la Federazione italiana Società Medico-Scientifiche che rappresenta più di 192 Società. “La Fims – spiega il suo presidente, **Loreto Gesualdo** – può offrire un importante contributo nel percorso di salute del cittadino italiano. In modo particolare, per quanto riguarda i programmi di prevenzione, nel ridisegnare i percorsi di cura e nelle competenze”. Ampio spazio è stato dedicato anche alle esigenze dei pazienti fragili: “I pazienti con malattie rare hanno necessità, più di chiunque altro, di una presa in carico multidisciplinare, che comprenda anche il supporto psicologico, esteso pure ai familiari e caregiver che se ne prendono

cura”, spiega **Nicola Specchio**, Responsabile Neurologia dell'Epilessia e Disturbi del movimento Bambin Gesù.

Medicina territoriale per il rilancio del SSN, a che punto siamo

Come medici di famiglia “stiamo lavorando in questo momento per affrontare la nuova convenzione della medicina generale che dovrà dare la possibilità di garantire un servizio di prossimità con un medico di famiglia che sia scelto dal paziente e che sia garantito sotto il profilo del rapporto di fiducia – aggiunge **Fiorenzo Corti**, sono vice-segretario nazionale della Fimmg, la Federazione italiana medici di medicina generale -.

All'interno di questo discorso, indubbiamente bisogna fare in modo che i nostri studi diventino un luogo dove si possano anche effettuare prestazioni di tipo diagnostico.

Questo, ovviamente, in un contesto che consideri la presa in carico adeguata soprattutto per pazienti cronici, con tutte le attività di prevenzione, importanti per mantenere la sostenibilità del nostro servizio di territorio nazionale”.

Fondamentale anche il supporto offerto dalla rete delle farmacie sul territorio: “Il nostro contributo -sottolinea **Marco Cossolo**, presidente di Federfarma – può essere sintetizzato in quattro azioni: dispensazione attiva del farmaco, legata anche al controllo dell'aderenza terapeutica, erogazione di alcune analisi di prima istanza, funzionali al controllo degli indicatori di eventuali ingravescenze o stabilizzazione dei pazienti cronici – da comunicare tempestivamente ai medici di medicina generale -, esami di cardiologia, vaccini e test biologici”.

Dall'Italia all'Europa: dal 2028 attivo il FSE europeo

Dall'Italia, l'orizzonte del dibattito, è stato poi esteso all'Europa, attraverso il contributo di **Sandra Gallina**, Dg Santè, direzione Salute e sicurezza alimentare della Commissione Ue: “Dal 2028 saranno abbattute tutte le frontiere europee per l'utilizzo dei dati sanitari.

Non solo i dati del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) saranno sempre accanto al paziente, ma egli stesso avrà sempre accesso a questi dati. Il paziente sarà al centro anche nel mondo digitale perché potrà sempre controllare i suoi dati e coloro che vi accederanno.

Questo sarà di grande aiuto anche per i malati rari che potranno contare su un confronto con più specialisti anche in diversi parti del mondo, riducendo gli spostamenti fisici”. La transizione, puntualizza Gallina, “sarà molto impegnativa. Dobbiamo assicurare che ci sia il tempo, ma che ci siano anche gli investimenti in termini finanziari per poter arrivare pronti all'appuntamento del 2028. Bisogna che tutti gli Stati membri a questo punto ci mettano del loro. I fondi l'Unione europea li ha messi e continuerà a metterli. L'obiettivo sarà raggiunto quando, andando all'estero, viaggeremo solo con la nostra tessera sanitaria in tasca e – conclude – ci porteremo dietro tutti i nostri dati”.

https://www.sanitainformazione.it/salute/salute-e-sanita-sei-italiani-su-dieci-hanno-meno-fiducia-nel-ssn-del-mal-funzionamento-si-da-la-responsabilita-in-primis-allo-stato/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGSBmdjWXjDAsqsE1j1sMhEKhURxcGBZbjfkOVzbVKNPbU45lvGfNq0SgYcY1P4k3VzjvTVSABEZ3ZW4s8TWQ2w_h_tSk7zoEI0WWR2VDLJ

Puntare su personale sanitario, territorio e ammodernamento tecnologico e digitale. E poi arriverà il nuovo Piano sanitario nazionale. Ecco l'atto di indirizzo 2024 del Ministero Salute

di G.R.

Rafforzamento del territorio attraverso un processo di riorganizzazione della medicina territoriale, ma anche con una valorizzazione dei professionisti qui chiamati ad operare. Potenziamento della farmacia dei servizi per una sanità sempre più vicina al cittadino. Digitalizzazione e ammodernamento tecnologico per migliorare l'efficienza dei livelli assistenziali. Investimento sul capitale umano e la sua formazione. Investimento di risorse sui piani nazionali, dalle cronicità alle malattie rare, dall'antibioticoresistenza fino alla prevenzione vaccinale.

12 MAR -

"Il valore inestimabile del sistema sanitario italiano è da sostenere ed accrescere con investimenti finalizzati a rafforzare la tutela del bene salute contribuendo alla tenuta economica e sociale del paese anche mediante la razionalizzazione delle risorse dedicate. È da tempo che si sta concretizzando quel cambiamento culturale che considera la salute non più come un costo ma come un investimento da potenziare anche per rispondere alle transizioni epidemiologiche, demografiche e tecnologiche intervenute negli ultimi anni. Occorre affrontare nuove e urgenti sfide che pongano il nostro sistema sanitario al centro di risposte efficaci di policy, in grado di assicurarne, in modo durevole, caratteri di efficienza, resilienza e inclusività".

Questa la premessa da cui parte l'atto di indirizzo 2024 del Ministero della Salute. Il documento, oltre a delineare le linee di indirizzo politiche per l'operato del ministero, declina anche quei compiti che dovranno svolgere le singole direzioni generali.

In linea generale sarà necessario "potenziare le risorse finanziarie, umane, digitali, strumentali, strutturali e tecnologiche del sistema sanitario, in modo da fornire un contributo tangibile al rafforzamento dell'assistenza sanitaria, riducendo le asimmetrie territoriali e raggiungendo un assetto complessivo più omogeneo sul territorio nazionale, in termini di proporzioni tra i macro-livelli di assistenza (prevenzione, territoriale, ospedaliera)".

Il punto di partenza sarà il rafforzamento del territorio.

Questo verrà fatto con una riorganizzazione della medicina territoriale "attraverso il percorso di implementazione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, nel corso del quale saranno attivati due importanti strumenti strategici per l'assistenza territoriale di prossimità quali le Case della comunità e l'Ospedale di comunità previste nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr). Potranno così essere trattate le persone in condizioni di cronicità e fragilità, nonché coloro che necessitano di interventi sanitari a media-bassa intensità clinica e degenze di breve durata".

Inoltre, si punterà a potenziare l'assistenza domiciliare anche attraverso la promozione di investimenti finalizzati alla diffusione di soluzioni di telemedicina. Saranno poi attivate le Centrali Operative Territoriali (Cot) con la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza).

Ma dovrà essere valorizzato anche il ruolo dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e della Continuità assistenziale con "l'implementazione delle loro funzioni nell'ambito dei nuovi modelli di assistenza territoriale, contribuendo alla raccolta uniformata dei dati sanitari e all'aggiornamento delle cartelle cliniche".

*In materia di **edilizia sanitaria** sarà dato "nuovo slancio agli investimenti per il miglioramento del patrimonio sanitario pubblico", ma avrà un ruolo centrale anche "l'ammodernamento tecnologico" per migliorare l'efficienza dei livelli assistenziali.*

*Inoltre, sarà sostenuto il ruolo delle **farmacie dei servizi**, quale "presidio diffuso capillarmente sul*

territorio nazionale, nella erogazione dei servizi assistenziali e delle prestazioni professionali in risposta alle esigenze di salute".

Quanto alla **digitalizzazione**, nell'Atto di indirizzo si ricorda come nell'ambito del Pnrr sono previsti interventi di: potenziamento della digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sedi di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (Dea) di I e II livello; rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.

Per raggiungere gli obiettivi fissati, "il **capitale umano** costituisce la leva essenziale della sanità pubblica e nessuna innovazione tecnologica lo potrà sostituire". Si spiega, quindi, che sarà necessario "valorizzare la formazione dei professionisti sanitari, affrontare in modo decisivo la perdurante carenza degli stessi attraverso la realizzazione di condizioni economiche e assunzionali favorevoli alla creazione di un contesto operativo del Servizio Sanitario Nazionale che possa davvero supportare, in modo efficiente e resiliente, le sfide del futuro per la tutela della salute pubblica".

Tra le principali sfide che si dovranno affrontare assume rilievo la riorganizzazione dei processi di gestione delle **liste d'attesa** dei ricoveri programmati "mediante l'introduzione di modelli e standard per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello nazionale del percorso del paziente, dal momento della presa in carico della domanda, all'inserimento in lista d'attesa, all'accesso al ricovero, fino alla sua dimissione".

Sarà importante, inoltre, proseguire nell'investimento di risorse strategiche sui **piani nazionali** che "rappresentano la risposta sistemica alle tematiche di salute concernenti la cronicità, le malattie rare, le cure palliative e la terapia del dolore, il contrasto all'antibiotico resistenza, la prevenzione vaccinale, le emergenze sanitarie, la prevenzione e il contrasto del cancro".

Senza dimenticare il **Programma Nazionale Equità nella salute**, che interviene nelle sette Regioni del Mezzogiorno - Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia - per "rafforzare e migliorare la qualità dei servizi sanitari e rendere più equo l'accesso anche per le quote di popolazione che risentono maggiormente delle barriere di accesso al sistema".

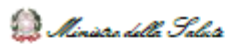
Il tutto avrà una grande cornice di programmazione. Nel 2024 si intende avviare il procedimento volto alla predisposizione di una proposta di **Piano sanitario nazionale 2025-2027**, tenendo conto che il Piano è individuato sin dalla legge 833/1978 e poi dal D.lgs. 502/92 come il principale strumento di governo e di indirizzo politico per guidare verso orientamenti unitari un sistema complesso, articolato su diversi livelli istituzionali e formato da una grande varietà di servizi, con una fitta rete di relazioni interne ed esterne. Un atto che rappresenti la visione del sistema della salute per i prossimi anni, in termini di obiettivi strategici e degli interventi necessari ad affrontare i nuovi bisogni e le profonde trasformazioni in atto nella società, così da definire una cornice a partire dalla quale possono essere concretizzati obiettivi specifici, azioni e risorse

Infine, questo l'elenco delle macroaree sulla politica sanitaria del prossimo triennio andrà ad incidere:

1. Rafforzamento del sistema di prevenzione a garanzia del benessere del cittadino, con particolare riguardo alla popolazione a rischio;
2. Sostenere politiche innovative in materia di ricerca sanitaria, anche mediante il potenziamento del sistema delle reti e la promozione del trasferimento tecnologico;
3. Implementare il sistema di sorveglianza epidemiologica e della prevenzione e contrasto alle emergenze sanitarie;
4. Ridurre le disuguaglianze tra le regioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), promuovendo una più stretta integrazione tra ospedale e territorio, anche attraverso la realizzazione degli interventi del PNR, al fine di una maggiore soddisfazione di bisogni sanitari, accessibilità ai servizi, tempi di attesa e appropriatezza delle prescrizioni;
5. Valorizzare i professionisti sanitari, anche dando adeguato riconoscimento alle prestazioni svolte e compensando maggiormente le funzioni per le quali si registrano carenze, tra cui i servizi di pronto soccorso;
6. Favorire l'innovazione tecnologica nel campo dei dispositivi medici, attraverso un adeguamento delle dotazioni infrastrutturali degli enti del SSN; ridefinire le politiche nel campo delle sperimentazioni cliniche e rafforzare il sistema delle farmacie;
7. Implementare il Fascicolo sanitario elettronico, incentivare la diffusione e lo sviluppo della Telemedicina e realizzare l'ecosistema dei dati sanitari;
8. Promuovere l'efficientamento della struttura organizzativa del Ministero anche tenuto conto delle modifiche intervenute;

9. Accrescere la conoscenza degli utenti sui temi prevalenti di salute pubblica, con la promozione di apposite campagne informative rivolte alla prevenzione primaria e secondaria e al contrasto della disinformazione;
10. Impostare gli interventi per il benessere animale e a tutela della sicurezza degli alimenti in un'ottica One Health;
11. Promozione di corretti stili di vita, anche mediante politiche che mirano all'invecchiamento attivo e a prevenire e sostenere le fragilità;
12. Sviluppare politiche internazionali per la creazione di uno spazio europeo della salute con un ruolo propulsivo dell'Italia.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=120794



0000048-28/02/2024-SCI-SCI-P -
Allegato Utente 1 (A01) Atto di indirizzo 2024



Il Ministro della Salute

ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2024

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1710180999.pdf>

Riequilibrio dell'offerta sanitaria (per l'equità di accesso al SSR)

Leopoldo Turani

La pandemia di Covid-19 è sopraggiunta in un momento storico in cui era già evidente e condivisa la necessità di adattare l'attuale modello economico verso una maggiore **sostenibilità** ambientale e sociale (Obiettivi Generali e di Struttura del PNRR). "La qualità nell'integrazione dei servizi sanitari con i servizi Sociali"[1] e la sostenibilità del sistema sanitario si raggiunge con l'equilibrio fra tre fattori rilevanti: i bisogni dei pazienti, i problemi economici, i costi ambientali (i servizi sanitari devono sviluppare Assistenza di qualità elevata, a costi bassi e a minor impatto ambientale) ossia lo **Sviluppo Sostenibile** introdotto dal **Comitato mondiale su Ambiente e Sviluppo**[2] e che il Presidente Draghi all'inizio del suo incarico di Governo voleva inserire in Costituzione.

Il primo parco nazionale del mondo, quello di Yellowstone (Stati Uniti d'America) fondato dal presidente Ulysses S. Grant nel 1872, zona protetta situata negli Stati Uniti, nominata patrimonio mondiale dall'UNESCO, è un contesto di equilibrio degli ecosistemi che può spezzarsi, come stiamo assistendo nei nostri tempi: frane, incendi, terremoti, inondazioni, eruzioni...possono stravolgere l'ambiente e abbattere piante e animali. La presenza degli esseri viventi è condizionata dalle caratteristiche fisiche dell'**ambiente**. Ogni pianta e animale vive in un certo tipo di ambiente: potresti mai vedere un orso bianco nel deserto?[3] Ci siamo vicini con cinghiali e gabbiani nelle città metropolitane...



Esempi di **Equilibrio in Sanità** vanno dall'Omeostasi dell'Organismo, capacità di autoregolazione degli esseri viventi, importantissima per mantenere costante l'ambiente interno nonostante le variazioni dell'ambiente esterno, all'**Organizzazione Aziendale**[4], nello svolgimento di qualsiasi attività organizzativa umana sono importanti due aspetti: il **frazionamento del lavoro** in singoli compiti da eseguire, la **coordinazione** di queste singole azioni e per essere efficaci le organizzazioni devono raggiungere una certa **armonia e coerenza interna** (il Quantum jazz) e allo stesso tempo anche una **coerenza con i fattori situazionali** o contingenti esterni, per creare configurazioni ottimali bisogna combinare i parametri della progettazione organizzativa e i fattori situazionali in relazione all'ambiente esterno e alle situazioni interne[5] ed infine con il controllo dell'**equilibrio finanziario** e il Pareggio di Bilancio nella gestione delle ASL quando le uscite finanziarie sostenute eguagliano le entrate conseguite anche in termini di health gain e riduzione delle disuguaglianze di salute[6].

La **sostenibilità dell'azienda** nel lungo periodo, si realizza migliorando la performance organizzativa e individuale (D.Lgs. n. 150/2009 e D.Lgs. n.74//2017) che può essere modificata nel corso dell'anno con reporting periodici atti a correggere e ottimizzare le strategie aziendali:

•Con il controllo dell'**equilibrio finanziario** (rientrando nel Budget operativo assegnato dalla Regione Lazio) e della **sostenibilità** dell'azienda nel lungo periodo, la sostenibilità (una delle maggiori sfide mondiali) si raggiunge con il bilanciamento fra tre fattori rilevanti: i bisogni dei pazienti, i problemi economici, i costi ambientali (i servizi sanitari devono sviluppare Assistenza di qualità elevata, a costi bassi

e a minor impatto ambientale) come da rapporto Brundtland 1987 della Commissione mondiale sull'ambiente e lo sviluppo (WCED) in cui, per la prima volta, venne introdotto il concetto di sviluppo sostenibile.

- Cercando di pervenire alla **Qualità** (healthcare di Maxwell) ossia efficacia, efficienza, accettabilità, accessibilità, rilevanza/Appropriatezza, equità, con un'Organizzazione aziendale le cui strutture (H. Mintzberg), nelle attività di miglioramento con la divisione del lavoro in compiti distinti (Reina R.), devono essere **“alleate”** (definizione dei sociologi della scienza e della tecnologia).

- Perseguendo l'**Obbligo di Appropriatezza prescrittiva** (ex Art.15-decies della legge di riforma del SSN 502/92:) per evitare danni prevenibili dei pazienti in una gamma di contesti medici a livello globale: **l'antibiotico resistenza** etc (Primum non nocere).

- Prefiggendosi la qualità ottimale delle prestazioni con l'appropriatezza come da **Obbligo Formativo** (ex Art. 16-bis D.Lgs. 229/99 riforma sanitaria ter c.d. Riforma Bindi), nel rispetto del principio di economicità ed affinché si raggiungano prestazioni efficaci ed efficienti è opportuno essere guidati da prestazioni appropriate, dove l'appropriatezza sta per il grado di congruenza tra interventi ritenuti necessari ed effettivamente realizzati e criteri di scelta degli interventi stessi, definiti come adeguati a priori in sede di technology assessment.

- Stabilendo il **Valore7**, rapporto Qualità/Costo, Healt Outcomes/Cost, che ha come finalità il massimo livello della salute, date le risorse disponibili, evitando sprechi con il consumismo medico, che in tutte le sue possibili manifestazioni, quando non è dannoso per la salute del singolo e non è detto che non lo sia, è certamente dirimente per il sistema finanziario e ambientale...con l'**Audit interno** e il controllo **esterno** con la Joint Commission International, la metodologia Bicocca e il Programma Regionale Valutazione Esiti - P.Re.Val.E si possono raggiungere tali obiettivi.

Rendendo poi disponibili in via sistematica le informazioni relative sia alle innovazioni gestionali adottate a livello aziendale, sia alle eventuali criticità emergenti si può addivenire a utili analisi comparative (**Benchmarking**)

Un **Riequilibrio territoriale dell'offerta socio-sanitaria** disposto dal PNRR, con una massimizzazione dell'efficienza allocativa può derivare dalla “replicazione” delle attività di assistenza con dislocazione geografica delle competenze centrali ed allargamento del bacino di utenza^{8[7]}, per un'equità sociale di fruizione e di facilità d'accesso degli utenti ai servizi. **Nella Regione Lazio** un razionale sviluppo della rete ospedaliera e dei servizi regionali non può prescindere dalle città di provincia e dalla scelta di indici correttivi correlati al quadro di riferimento come la situazione demografica, situazione nosologica, situazione geomorfologica e socioeconomica^{9[8]}:

- una buona situazione nosografica permette di ipotizzare una riduzione di posti letto negli ospedali per acuti, mentre una condizione ospedaliera difficile necessita di un supporto sanitario;
- la situazione geomorfologica dei territori serviti può indurre un aumento dei posti letto se è di tipo complesso;
- le condizioni socio-economiche determinano una maggiore o minore ospedalizzazione in relazione al benessere, al livello culturale e alle condizioni igieniche delle popolazioni.

o Situazione nosologica		o Situazione geomorfologica	
buona	D1= -3	semplice	D2= -3
media	D1= 0	media	D2= 0
grave	D1= +6	complessa	D2=+6
o A= 4 PL per 1000 ab.		o Situazione socioeconomica	
-12 ≤ D totale ≤ +24		evoluta	D3= -6
<u>3.52 ≤ A ≤ 4.96</u>		media	D3= 0
		ritardata	D3=+12
A = 4.0 + [(D1+D2+D3/100) x 4.0]			

Tenuto conto che Roma Capitale con ~48% degli abitanti del Lazio ,Dato ISTAT 28-2-2023, ha una ridondanza di strutture, per far fronte tempestivamente alle urgenze/emergenze su tutto il territorio regionale è auspicabile :

- **DEA Hub*** in ognuna delle città provincia, **DEA Spoke** (subordinati alla programmazione della rete ospedaliera regionale 2024-2026) nelle città a minore densità di popolazione con i nosocomi già presenti, inoltre **DEA Hub** nei relativi Policlinici Universitari e nell'**Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini** per l'eccellenza e **DEA Spoke** negli ospedali minori (allegato 1), utilizzando i finanziamenti ad hoc assegnati dal PNRR/M6.

**Piastrre Interventistiche (PI) con tavoli multifunzione radiotrasparenti adatti a un'ampia varietà di posizionamenti per le più diverse applicazioni, un blocco operatorio destinato ad accogliere i pazienti che vengono sottoposti a procedure invasive diagnostiche ed interventistiche in regime ambulatoriale, in Day Hospital, in Day Surgery, in ricovero ordinario ed in urgenza effettuate in anestesia locale, sedazione, anestesia generale e locoregionale: interventi di chirurgia generale, neurochirurgia, chirurgia neurovascolare, urologia e ginecologia, traumatologia e ortopedia, chirurgia della colonna vertebrale nonché procedure bariatriche.*

- *Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio*¹⁰[1].

*-1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti; -
1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;*

*-1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. **La programmazione** deve prevedere i seguenti standard:*

*40.000-50.000 abitanti; -1 Casa della Comunità hub ogni
ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle - Case della Comunità spoke e
caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; - 1*

Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti, tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola; -1

*Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti; -
1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore; -*

1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

- *Casa della Comunità Hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti.*
- *Servizi alla persona individuati dall'attività interassessoriale regionale per garantire un'oggettiva distribuzione e gestiti a livello territoriale dall'Ufficio di Piano. Una deroga alla Legge Regionale 16 giugno 1994, n.18 e ss.mm. e ii., relativamente alla ridefinizione dei distretti previsto dal DCA 206/2013, è opportuno apportare per le provincie di Rieti e Viterbo, per favorire l'accessibilità ai servizi da parte degli utenti, vista la densità di popolazione sparsa (a macchia di leopardo) una riduzione sarebbe un ulteriore squilibrio dell'offerta, semmai, per gli indici richiamati, andrebbe alleggerita la Capitale che abbonda di strutture (allegato 2).*
- *Un network tipo quello proposto da Federsanità ANCI [n.d.r.] (allegato 3), una Piattaforma clinica per la sanità in rete potrebbe filtrare e commutare le chiamate al medico curante, alla guardia medica itinerante, dare consigli o inviare i cittadini in strutture socio-sanitarie idonee, si eviterebbero così gli accessi spontanei ai P.S. (60% inappropriati come riportato nel Piano Sanitario Regionale), si avrebbe una decongestione delle accettazioni degli ospedali e qualche ricovero in meno per soluzione del problema nel distretto di residenza.*

Allegato n. 1

Hub & Spoke (ipotesi di fattibilità)



★ **DEA Hub** ◆ **DEA Spoke**

Regione	Case della Comunità previste	Centrali Operative Territoriali previste	Ospedali di Comunità previsti
Lazio	135	59	36

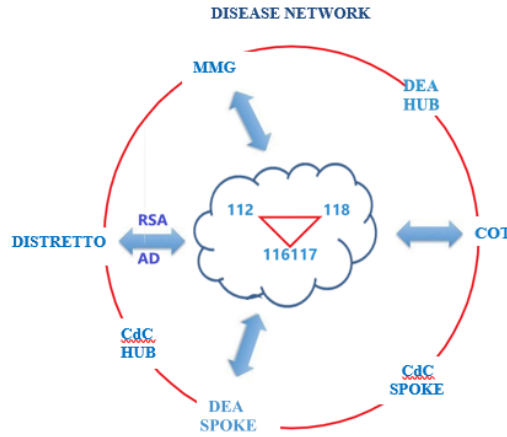
Il modello organizzativo proposto per l'attuazione del PNRR dell'Italia mira a favorire la sinergia e la complementarità tra le azioni e gli interventi previsti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e gli obiettivi e le priorità che caratterizzeranno la programmazione nazionale degli interventi di sviluppo e coesione territoriale. Esso richiama i principi fondamentali delle politiche dell'UE, il principio di sussidiarietà, il principio di proporzionalità, il partenariato, la partecipazione, la coerenza delle politiche, le sinergie di bilancio, con l'obiettivo di potenziare la capacità istituzionale e l'apprendimento delle politiche tra tutti i livelli di governo.

Allegato n. 2

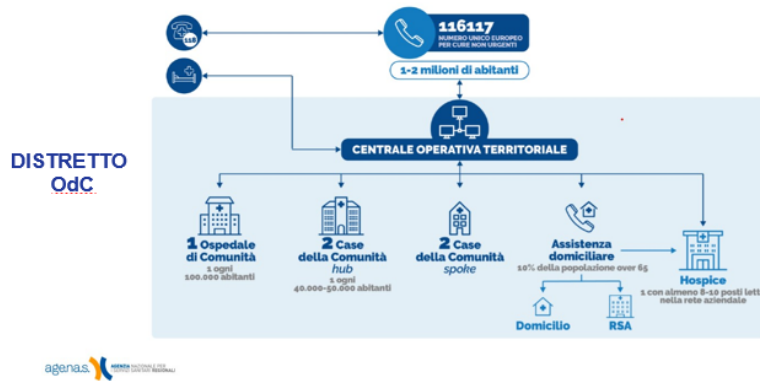
45 Distretti



135 CASE DELLA COMUNITÀ Risorsa PNRR € 158.654.374	36 OSPEDALI DI COMUNITÀ Risorsa PNRR € 86.451.477	59 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI Risorsa PNRR € 20.110.896 *
--	---	---



**Il Distretto:
funzioni e standard**



M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE Per concretizzare quanto descritto un primo obiettivo è offrire una connettività omogenea ad alta velocità in tutto il paese per residenti, aziende, scuole e ospedali. Per farlo è necessario utilizzare tutte le tecnologie più avanzate (Fibra, FWA7, 5G) e adattare il quadro normativo in modo da facilitarne l'implementazione.

Il presente Piano punta a portare entro il 2026 connessioni a banda ultra-larga su tutto il territorio nazionale. Gli interventi verranno realizzati adottando un approccio “tecnologicamente neutro”, con l'impiego di fibra e Fixed Wireless Access-5G per garantire un utilizzo ottimale delle risorse e un tempestivo raggiungimento degli obiettivi. Inoltre, si completerà la copertura di scuole (9.000 edifici) e ospedali (oltre 12.000 strutture sanitarie).

Cosa cambia nella rete ospedaliera per la regione Lazio



Con la condivisione dei dati in rete si avrebbe l'agevolazione delle attività degli operatori con la Telemedicina, la semplificazione delle procedure amministrative, il cittadino avrebbe così una facilità di accesso al SSR con minore disagio sociale per abitare in zone lontane dai centri urbani e una copertura assistenziale h.24 dalla rete: 112-118-116117-COT-Hub & Spoke-OdC-CdC-PUA-MMG-PL-AmbuFest.

BIBLIOGRAFIA

- 1SIQuAS-VRQ A. Apicella - G. Banchieri, L. Goldoni - Grado 2010
- 2 Rapporto Brundtland 1987 del Comitato mondiale su Ambiente e Sviluppo
- 3 Fuoriclasse, Sussidiario delle discipline - AA.VV., Classe 4^a-5^a DeAgostini 2009
- 4 Organizzazione Aziendale - Rocco Reina 2008
- 5 La progettazione dell'organizzazione aziendale - Henry Mintzberg 1985
- 6 OMS Comitato regionale per l'Europa - Copenaghen, 11-14 settembre 2006
- 7 "Leadership e management come strumenti di governance dell'assistenza sanitaria basata sul valore" Carlo Favaretti*, Andrea Silenzi**, Gianfranco Damiani*** - l'Arco di Giano 108 Estate 2021
- 8 "La Progettazione Organizzativa, Principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie" (Cicchetti A, 2012).
- 9 Epidemiologia - Maria Sofia Cattaruzza Scuola di Specializzazione in Statistica Sanitaria 2008
- 10 Ministero della Salute Decreto 23 maggio 2022, n. 77

[RIEQUILIBRIO DELL'OFFERTA SANITARIA \(per l'equità di accesso al SSR\) \(medicina33.com\)](https://www.medicina33.com)



Aggressioni in corsia: l'81% le ha subite ma il 69% non denuncia. Di Silverio: Finanziare il Ssn per aumentare i servizi e abbattere la frustrazione di medici e pazienti

Anaao Assomed

Sono quotidiane ormai le aggressioni verbali e fisiche ai danni dei colleghi medici e dirigenti sanitari. Le notizie che emergono all'onore delle cronache sono solo quelle più gravi e drammatiche, e rappresentano appena la punta dell'iceberg di una situazione preoccupante, diffusa e costante di aggressioni, che crea un clima di paura sul posto di lavoro per molti colleghi, e colleghe soprattutto.

Siamo ormai in un vero e proprio stato di emergenza e l'escalation non sembra fermarsi

Per tenere alta l'attenzione, è importante anche il supporto di dati che forniscano al Governo, alle istituzioni e all'opinione pubblica le reali dimensioni di questo fenomeno: per questo Anaao Assomed ha sottoposto ai propri iscritti e ha diffuso sui canali social a tutti i dirigenti sanitari, un sondaggio nel mese di marzo, su un campione rappresentativo di professionisti.

I responders sono proporzionalmente rappresentativi di tutte le fasce di età e tra loro è prevalente il genere femminile, indicatore di come il problema sia maggiormente sentito dalle donne.

I medici di tutte le discipline, nessuna esclusa, hanno risposto al sondaggio.

Ma va sottolineato come ben il 13% dei responders lavori in Psichiatria e l'11% in Pronto Soccorso / Medicina d'emergenza-urgenza.

Queste le due discipline a maggior rischio di aggressione, per dinamiche differenti che tuttavia hanno come causa comune la carenza di personale e il definanziamento del SSN.

Nei dipartimenti di emergenza, sono soprattutto i parenti ad aggredire il personale, dove le ben note attese spesso slatentizzano violenza e frustrazioni represses. Quindi il sovraffollamento, la carenza di posti letto e di personale contribuiscono a istigare comportamenti aggressivi, dove il medico non viene più visto come colui che si prende cura ma colui che colpevolmente trascura.

Nei reparti di psichiatria è il paziente ad aggredire, in condizioni di acuzie psicopatologica, quando non è ancora compensato dalla terapia farmacologica, o di una condizione di intossicazione da sostanze.

Negli ultimi anni le diagnosi psichiatriche sono significativamente aumentate mentre in parallelo i medici psichiatri sono diminuiti e sono stati chiusi servizi territoriali, con gravi carenze in tutte le regioni e frequenti dimissioni spontanee dei colleghi.

Non c'è da stupirsi che le aggressioni siano in aumento: l'81% dei responders riferisce di essere stato vittima di aggressioni fisiche o verbali.

Di questi, ben il 23% riferisce aggressioni fisiche, il 77% verbali e ben il 75% ha assistito personalmente ad aggressioni ai colleghi.

*Il dato è preoccupante e impone immediate iniziative per la tutela dei lavoratori
Le aggressioni sono compiute dal paziente solo nella metà dei casi (51,3%) mentre i parenti sono responsabili del 42,3% degli eventi, soprattutto in Pronto Soccorso come esposto sopra.*

Ma il dato ancor più allarmante è che ben il 69% dei sanitari non denuncia l'aggressore.

La mancata denuncia è indicativa purtroppo di una diffusa sfiducia, per esempio che l'azione legale possa alla fine condurre a concreti risultati. Ma soprattutto, gli aggrediti si arrendono per il carico emotivo e di tempo di una denuncia, che li esporrebbe a spese legali, udienze in tribunale magari ulteriori minacce da parte dell'aggressore.

Quasi tutte le aggressioni denunciate, hanno richiesto l'intervento delle forze dell'Ordine, che sono state attivate nel 26% dei casi. Quindi, solo nei casi più gravi, che poi evolvono in un esposto all'autorità giudiziaria. Il 73% dei sanitari, gestisce da solo o con l'aiuto di colleghi, le violenze verbali o fisiche.

Solo il 10% ha risposto alla domanda in cui si chiedeva di precisare i giorni di prognosi o ne ha riportato un numero.

Di questo 10%, un terzo ha riportato 10 giorni di prognosi, ma non mancano risposte più preoccupanti. Inoltre, 29% dei responders riferisce di essere a conoscenza di casi di aggressione da cui è scaturita l'invalidità permanente o il decesso.

Nonostante la situazione sia grave, il 48% dei responders non ha idea se le aggressioni vengano identificate come evento sentinella dall'ASL/AO.

Ancora una volta traspare come il problema sia sottovalutato dalle Direzioni: l'assenza di azioni a tutela dei dipendenti crea un circolo vizioso di sfiducia che porta a non denunciare, neanche all'interno dell'azienda, perché ritenuto assolutamente inutile.

Quali sono le cause che i sanitari individuano alla base delle aggressioni?

Per oltre la metà dei responders, la causa non è attribuibile direttamente all'aggressore.

Infatti, il 31,4% individua il definanziamento del Ssn come causa principale, fattore questo che espone il medico perché spesso ritenuto come diretto responsabile del razionamento delle prestazioni erogate. Per il 16,7% le carenze organizzative e per il 6,7% la carenza di comunicazione sono i fattori scatenanti le aggressioni.

Il 35,5% invece attribuisce le aggressioni a fattori socio-culturali, di deprivazione sociale o di svilimento del ruolo del medico.

Infine, ben il 58% dei responders non è a conoscenza che l'argomento è oggetto di discussione ai tavoli sindacali, informazione nota solo al 24%.

Dunque cosa si può fare?

«È inutile trovare scuse: bisogna finanziare il Ssn. I tre miliardi in più sul Fsn dell'ultima legge di bilancio non bastano assolutamente.

Non bastano, per esempio, a potenziare i servizi di psichiatria, ad aumentare i posti letto per acuti e cronici, a riorganizzare il territorio, ad assumere.

Perché certamente è necessario aumentare gli organici: per avere più tempo per la comunicazione con i parenti, più tempo per la cura dei pazienti, meno attese nei Pronto Soccorso - commenta il Segretario Nazionale Anao Assomed, Pierino Di Silverio -.

Infine, è necessario che i medici siano protetti, soprattutto nei Pronto Soccorso più a rischio, da personale addetto alla sicurezza.

Ma è paradossale che i medici debbano difendersi da coloro di cui si prendono cura.

Questa aggressività purtroppo è anche fomentata da un dibattito pubblico violento, soprattutto sui social, con amplificazione di casi di presunta malasanità e da studi legali speculativi, che attuano un vero e proprio sciacallaggio nei confronti del personale sanitario, invogliando a fare cause che nel 97% dei casi si concludono con un nulla di fatto.

Una cosa è certa: non possiamo esercitare una professione così delicata e impegnativa in un clima di paura costante anche solo di entrare in ospedale.

È necessario – conclude Di Silverio - che medici e pazienti si uniscano per chiedere il finanziamento della sanità pubblica, e che si difendano non gli uni dagli altri ma insieme da chi la vuole smantellare».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-03-11/aggressioni-corsia-l-81percento-ha-subite-ma-69percento-non-denuncia-silverio-finanziare-ssn-aumentare-servizi-e-abbattere-frustrazione-medici-e-pazienti-121031.php?uuid=AFofnhz&cmpid=nlqf>

[Home](#)[Chi siamo ▾](#)[News ▾](#)[Informatv](#)[Radio Salus](#)[Luoghi della Salute](#)

Fondazione Roche: disponibile il volume “2030. La sostenibilità della salute. Nuovi equilibri tra dati, welfare e SSN”

Redazione 12 Marzo 2024 *Fondazione Roche: disponibile il volume “2030. La sostenibilità della salute. Nuovi equilibri tra dati, welfare e SSN”* 2024-03-12T15:23:20+02:00

Oggi è ormai chiaro che la sostenibilità della salute si articola attraverso una molteplicità di prospettive, scientifiche, economiche e giuridiche, all'interno di un sistema di welfare caratterizzato dall'interdipendenza tra salute, sviluppo economico e diritti dei cittadini.

Con il volume “2030. La sostenibilità della salute. Nuovi equilibri tra dati, welfare e SSN”, realizzato in collaborazione con **Edra** e disponibile nella sezione dedicata del sito, **Fondazione Roche** mira ad approfondire le diverse ma complementari prospettive ed evidenziare la necessità di una visione complessiva e innovativa del sistema salute, che deve rappresentare la spinta per molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare sinergicamente per garantire l'indissolubile legame tra salute umana, animale e dell'ecosistema.

La pubblicazione segue l'analisi svolta nel precedente volume che indagava il valore dei dati come chiave del futuro della sanità, che proprio nel dato identificava un elemento necessario per la sostenibilità in quanto caratterizzato dalla potenzialità di orientare le politiche per la salute, indirizzare gli investimenti in ricerca e sviluppo e influenzare la vita dei singoli individui e dell'intera popolazione, oltre che generare un importante ritorno economico. Il volume è stato presentato in un evento tenutosi al Nobile Collegio Chimico Farmaceutico di Roma.

“In continuità con l'approfondimento della tematica dei dati personali e del loro utilizzo nel sistema sanitario, che è stato il focus della precedente pubblicazione, con questo nuovo volume, il quarto, Fondazione Roche ha voluto indagare come la possibilità di utilizzo secondario dei dati introduca un fattore di sostenibilità nella ricerca e nella stessa assistenza dei pazienti – ha commentato **Mariapia Garavaglia**, Presidente Fondazione Roche – Questo risulta particolarmente in sintonia con l'obiettivo statutario della Fondazione di incentivare il dibattito pubblico e istituzionale su tematiche rilevanti per la salute e per i cittadini, per predisporre un percorso di evoluzione verso un'ulteriore fase che ponga le basi per affrontare in modo più specifico e più articolato la tematica della sostenibilità nel nostro SSN, considerandola da molteplici prospettive, scientifiche, economiche e giuridiche, in modo da restituire al dibattito la complessità e la ricchezza che gli appartiene”.

Grazie al lavoro di diversi autori che hanno contribuito a sviluppare un angolo di visuale ben distinto da quelli più praticati nel dibattito pubblico, focalizzati prevalentemente sui temi riconducibili alle categorie Environmental, Safety e Governance, questo volume analizza la sostenibilità in relazione a ricerca, futuro del SSN e rapporto tra società, industria, ambiente e welfare, creando un dibattito sulle principali e attuali sfide che il sistema si trova ad affrontare per raggiungere la «sostenibilità a 360 gradi», ovvero declinata su più livelli: salute individuale, salute collettiva, sostenibilità del sistema sanitario, integrazione delle competenze e delle discipline e salvaguardia dell'ecosistema.

Fondamentale è indagare il rapporto tra sostenibilità, ricerca e salute. Nel nostro Paese la ricerca rappresenta il motore dello sviluppo economico e sociale. L'industria farmaceutica investe in studi clinici oltre 700 milioni di euro all'anno, il più alto contributo al sistema nazionale in questo ambito, nonché un patrimonio che va preservato e incentivato in quanto rappresenta uno dei maggiori driver

dello sviluppo delle conoscenze. La ricerca biomedica, in particolare, non solo è ciò che ci consente di essere competitivi sul mercato globale della conoscenza, di restare al passo con i Paesi più avanzati e di attrarre investimenti e competenze, ma è anche volano di innovazione per le aziende che la producono e un valore aggiunto ai cittadini attraverso le ricadute sul miglioramento degli indicatori di salute, sui percorsi di diagnosi e cura e maggior qualità di erogazione del servizio sanitario. Uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie nazionali dovrebbe essere quindi quello di fare della ricerca una componente strutturale del servizio sanitario attraverso investimenti in innovazione normativa e organizzativa nonché in risorse adeguate, al fine di rendere disponibili terapie innovative per i pazienti, offrire possibilità di crescita professionale a medici e ricercatori, incrementare la competitività scientifica e assicurare al SSN importanti risorse e minori costi.

Un'altra tematica chiave riguarda i futuri livelli di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. In un momento storico di grande evoluzione e innovazione che abbraccia molteplici dimensioni, l'Italia ha le possibilità di svolgere un ruolo chiave in Europa e la governance farmaceutica deve poter tradurre le potenzialità in concrete opportunità di crescita, mettendo a disposizione del sistema sempre maggiore innovazione, regole nuove e una strategia nazionale per la crescita.

Il rapporto e la stretta connessione tra società, industria, ambiente e welfare in ottica di sostenibilità e, in particolare, i diritti dei cittadini che compongono la società, è un altro dei macrotemi del volume. I mondi istituzionale, accademico e industriale stanno spostando l'attenzione dall'approccio "One Health" a quello "Planetary Health", che parte dal presupposto che i problemi sanitari e la definizione delle politiche pubbliche per affrontarli non possono essere separati dall'attuale emergenza ecologica. Si rende necessaria una prospettiva multidimensionale sulla sostenibilità, che privilegi la diversità culturale, la solidarietà con il pianeta, i valori etici e l'equità, i diritti, la giustizia e l'autonomia ampliando, possibilmente, i 17 Obiettivi dell'Agenda 2030 che già mirano alla costruzione di un mondo più sano per gli esseri umani e per gli animali, in armonia con l'ambiente e in cui la promozione della salute e del benessere è trasversale a tutti gli ecosistemi sociali ed economici.

<https://www.tecnomedicina.it/fondazione-roche-disponibile-il-volume-2030-la-sostenibilita-della-salute-nuovi-equilibri-tra-dati-welfare-e-ssn/>



Ecco come la sostenibilità influenza il debito di un Paese | L'analisi

In un'economia globale in continuo mutamento, la sostenibilità di un Paese è fondamentale per la configurazione del suo futuro.

L'interazione tra cambiamenti climatici, evoluzione demografica, polarizzazione politica e instabilità geopolitica può influenzare profondamente la competitività, la crescita e l'inflazione di una nazione.

Lazaro Tiant, Sustainable Investment Analyst, Schroders, ha analizzato tre temi chiave – rischio climatico, istruzione e stabilità sociopolitica – e il loro impatto sulle prospettive del credito sovrano di un Paese.

Rischio climatico

I rischi associati ai cambiamenti climatici hanno un impatto diretto su attività agricole, disponibilità di cibo e prezzi, il che potrebbe potenzialmente far aumentare i rischi d'inflazione e influenzare negativamente i paesi che dipendono dalle importazioni.

Analogamente, i Paesi esposti a caldo estremo e inondazioni possono subire danni economici significativi. Dagli anni Settanta, le perdite economiche dovute ai cambiamenti climatici sono state pari a 4.300 miliardi di dollari, di cui 1.700 miliardi negli Usa. Tuttavia, se si considerano le dimensioni delle diverse economie, gli effetti sono sproporzionati. I paesi sviluppati hanno subito perdite economiche equivalenti a meno dello 0,1% del Pil in oltre l'80% dei disastri, e nessuna perdita superiore al 3,5% del Pil. Di contro, nei paesi meno

sviluppati, le perdite sono state pari a oltre il 5% del Pil, con disastri che hanno causato perdite fino quasi al 30% (Fonte: Organizzazione mondiale della meteorologia, 2023).

Rischi e opportunità associati alla transizione si manifestano per mezzo del programma di politica climatica di un paese e possono includere il ridimensionamento o la riduzione degli sforzi per il clima.

Chi investe in modo sostenibile nel debito sovrano deve prestare attenzione alle modalità in cui queste tematiche influiscono sui costi di finanziamento, per via della riduzione del Pil o tramite cambiamenti nella politica fiscale o monetaria, oppure attraverso aspettative d'inflazione strutturalmente alterate.

Politiche come l'*Inflation Reduction Act (IRA)*, il *Critical Raw Minerals Act* dell'Ue o il piano di decarbonizzazione della Cina, stanno aumentando in termini di dimensioni e potenza, con conseguenze economiche potenzialmente consistenti.

I paesi che stanno compiendo progressi significativi in termini di sforzi di transizione o adattamento dovrebbero contribuire a ridurre i rischi associati ai propri tassi di rendimento.

Demografia

Anche la demografia ha un ruolo importante, poiché esercita pressioni sulle traiettorie del debito a lungo termine. L'istruzione può compensare le disuguaglianze di reddito e rafforzare la sostenibilità fiscale, a condizione che l'impatto della "fuga dei cervelli" sia mantenuto al minimo.

Può avere anche un impatto positivo sulla crescita economica e sulla produttività.

Per ogni dollaro speso in istruzione, si possono generare fino a 15 dollari di crescita economica.

In un'economia basata sulle conoscenze, le idee e i metodi originali perseguiti dai singoli possono essere impiegati da altri, favorendo la creazione di valore sociale e una potenziale crescita economica, come l'innovazione nei diversi settori. Tuttavia, la mobilità e la "fuga dei cervelli" possono avere impatti significativi sulle capacità interne di un Paese e sulla sua crescita futura.

Stabilità sociopolitica

Da ultimo, la stabilità sociopolitica può influenzare i premi per il rischio a livello politico, rafforzando o minando la solidità istituzionale. La polarizzazione a livello politico può ridurre l'efficacia di un governo, incidendo negativamente sulla capacità di un paese di agire sul fronte delle politiche rilevanti, sulla base delle necessità e dei benefici economici.

L'instabilità sociopolitica può comportare costi economici significativi, tra cui disruption a livello dell'industria e delle catene di approvvigionamento, riduzione della produttività, svalutazione delle opportunità d'investimento e riduzione delle prospettive di crescita economica.

Di contro, i paesi politicamente e socialmente stabili creano contesti favorevoli alle aziende, incoraggiando una crescita economica sostenuta. I conflitti o le guerre possono comportare un notevole onere finanziario per un Paese. Al contrario, le nazioni politicamente stabili godono spesso di rendimenti obbligazionari più bassi e di una minore volatilità dell'inflazione.

Di particolare rilevanza per i mercati emergenti è il fatto che, se sono politicamente stabili, hanno maggiori probabilità di attrarre investimenti diretti esteri.

Nel complesso, gli effetti negativi dell'instabilità politica sul credito sovrano sono significativi.

I conflitti e le divisioni geopolitiche possono generare turbolenze per l'attività economica, scoraggiare gli investimenti e incidere sulla crescita. Per gli investitori è fondamentale considerare la resilienza, l'adattabilità e la capacità di un paese di affrontare le sfide geopolitiche, rimanendo al contempo competitivo.

[Ecco come la sostenibilità influenza il debito di un Paese | L'analisi \(ripartelitalia.it\)](#)

Autonomia differenziata. I medici la bocciano.

Anaa e Cimo: “La Salute sia materia di competenza esclusiva dello Stato”

Questa la posizione condivisa dai due principali sindacati dei medici ospedalieri e presentata nel corso dell'audizione che si è svolta oggi presso la Commissione Affari Costituzionali della Camera. “Riteniamo necessario superare l'attuale ripartizione di materie tra Stato e Regioni, andando tuttavia nella direzione opposta a quella disegnata dal progetto di autonomia differenziata

26 MAR -

Autonomia differenziata in sanità significa sottrarre, al diritto alla tutela della salute, una dimensione nazionale, mettere in crisi il Servizio sanitario nazionale e anche un'idea unitaria di Paese, di Repubblica e di Stato.

Questa la posizione condivisa da Anaa Assomed e Cimo-Fesmed e presentata nel corso dell'audizione che si è svolta oggi 26 marzo presso la Commissione Affari Costituzionali della Camera.

“Oggi – sostengono **Pierino Di Silverio**, Segretario Nazionale Anaa Assomed e **Guido Quici**, Presidente Federazione Cimo-Fesmed - non ci sono evidenze che confermano un aumento del grado di efficienza dei servizi erogati a fronte di ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità e nella gestione delle risorse; soprattutto non ci sono quelle condizioni economiche che consentano a tutte le regioni di partire dallo stesso “nastro di partenza”.

“Preoccupa anche l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane, data la possibilità di pagarle al di fuori dei vincoli del CCNL e l'autonomia nella regolamentazione dell'attività libero-professionale. Un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti, nutrito dal dumping salariale e dalle contrattazioni regionali che rappresenterebbe la fine della contrattazione nazionale”.

“Il diritto alla salute – proseguono - deve mantenere, quindi, una dimensione nazionale, il Ministero della Salute deve assumere il vero ruolo centrale evitando che una valenza locale ne diventi la fonte primaria, perché forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese se i cittadini non condividono gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute”.

“Riteniamo, pertanto, necessario superare l'attuale ripartizione di materie tra Stato e Regioni, andando tuttavia nella direzione opposta a quella disegnata dal progetto di autonomia differenziata: la salute dovrebbe essere di competenza esclusiva dello Stato, e non concorrente. Solo così si potrà tentare di sanare le differenze che si registrano al livello territoriale e garantire un accesso alle cure veramente equo e universale in ogni parte del Paese”.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=121186



Autonomia differenziata, una disgregazione irreversibile

La riforma sull'autonomia differenziata toglierebbe al Parlamento un reale potere d'intervento sulle intese Stato-regioni, che possono apportare cambiamenti di fatto irreversibili nella gestione di materie e funzioni fondamentali come la scuola o la sanità, generando un aumento delle diseguaglianze già presenti nel Paese.

Gaetano Azzariti

Appunto per l'audizione innanzi alla I Commissione – Affari Costituzionali della Camera dei Deputati del 20 marzo 2024 sul disegno di legge n. 1665 (attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario).

Dato il limitato tempo a disposizione mi limiterò a un rapido esame dell'articolato per rilevare quelle che a me sembrano le maggiori criticità del ddl n. 1665, rinviando alle osservazioni già svolte al Senato, in sede di audizione sul medesimo tema dell'Autonomia differenziata, per quanto riguarda le considerazioni più sistematiche e per la questione – forse la più delicata – degli equilibri costituzionali complessivi da preservare nel momento in cui si mette mano alla forma di Stato regionale e alla distribuzione delle materie relative a diritti fondamentali ad alcune regioni e non ad altre.

Un esame che sarà – mi rendo conto – un po' assertivo visti i tempi, ma ovviamente sono a disposizione per approfondire tutti i passaggi che riterrete opportuno siano chiariti.

*Iniziamo dunque con l'articolo 1, I co., dedicato, secondo tradizione, ad indicare le “finalità” perseguite dalla legge in corso di approvazione. Senonché in questo caso il contenuto non appare conforme. Si tratta infatti di un lungo – troppo lungo – richiamo ai principi costituzionali. Un elenco francamente ultroneo, e in fondo generico, a principi, alcuni dei quali poco collegati al ddl e alla materia dell'autonomia differenziata (che c'entra, ad esempio, il riferimento all'insularità, con un rinvio del tutto decontestualizzato). Nella versione originaria il catalogo era almeno più contenuto ora, dopo l'ampiamiento frutto degli emendamenti introdotti dal Senato, l'articolo sembra avere un unico scopo: quello essenzialmente “politico” di rassicurare. Come se si volesse dire: “Non stiamo violando la Costituzione, la stiamo invece realizzando, tramite l'attuazione del III comma dell'articolo 116”. Forse una risposta a chi ha sostenuto che con l'autonomia differenziata si divide l'Italia o si violano principi supremi del nostro ordinamento. Attenzione però che si potrebbe anche intendere come una **excusatio non petita**, con il malizioso seguito dell'antico brocardo, “**accusatio manifesta**”.*

Meglio allora sostituire il primo comma con l'indicazione dei principi e delle finalità inerenti all'oggetto del ddl: la realizzazione di un'autonomia differenziata, che poi questa operi nei limiti ed entro le forme della Costituzione appare necessario e implicito, ci mancherebbe altro.

Il secondo co. dello stesso articolo si riferisce ai LEP, rinvio dunque le osservazioni quando arriveremo all'art. 3 ad essi dedicati.

L'art. 2 riguarda il procedimento di approvazione delle intese. Il passaggio è delicato e si caratterizza – come già gran parte della dottrina a rilevato – da una forzata marginalità del ruolo del Parlamento. Devo anche rilevare che, essendo una norma che si limita a definire il procedimento di approvazione delle intese, sfugge al principale problema costituzionale sostanziale che le intese sollevano. Detto in breve: il rispetto dei principi di eguaglianza e solidarietà, sia tra i cittadini di tutte le regioni sia tra le diverse regioni tra loro.

Con riferimento alla marginalità del Parlamento ci si può chiedere che valore abbia la “informazione” alle Camere indicata al I comma, prima dell'avvio del negoziato del Governo con la regione interessata. A che fine si informa, visto che non è prevista alcuna interlocuzione con il Parlamento?

Ma è poi sullo schema d'intesa e il successivo esame parlamentare che gravano le maggiori perplessità. Sul limite dell'atto di indirizzo, superabile con adeguata motivazione da parte del Governo, s'è già detto molto e le critiche sono note (art. 2, commi IV e V). Certifica la irrilevanza del Parlamento, trattato alla stregua della Conferenza unificata. Né l'emendamento introdotto dal Senato di una espressa motivazione vale a modificare la situazione: gli atti di indirizzo parlamentari non sono mai stati vincolanti, e sono spesso disattesi o ignorati dai governi. È dunque la scelta dello strumento prescelto – atto d'indirizzo – a decretare la minorità del Parlamento. Ma questo è noto e discusso.

*Qui vale la pena indicare un ulteriore specifico profilo critico che non mi sembra sia stato considerato e che pure appare significativo. Non si prevede il caso di atti di indirizzo difforni tra Camera e Senato. Vero è che non essendo vincolanti può ritenersi non insuperabile il problema della diversa opinione dei due rami del Parlamento, ma dimostra **per tabulas** la scarsa rilevanza di tali atti.*

Con riferimento al II comma dell'art. 2 si deve invece rilevare la forte discrezionalità che si assegna al Governo, il quale può limitare l'oggetto del negoziato con le regioni ad alcune materie o ambiti di materie escludendo così quelle che metterebbero a rischio (ad esclusivo e non sindacabile parere del Governo) l'unità giuridica ed economica, nonché le politiche pubbliche ritenute “prioritarie”. Forse in questo caso un

rinvio a criteri più precisi, in particolare ai principi di cui al 1 comma dell'art. 118 Cost. sarebbe opportuno. Sono infatti i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza il vero fondamento costituzionale che deve governare l'esercizio delle materie e delle funzioni, anche di quelle devolute.

La questione più rilevante è però nascosta nell'VIII comma che indica come una volta raggiunta l'intesa il disegno di legge deve essere approvato dal Parlamento. Ci si limita a indicare che il disegno di legge che recepisce l'intesa, approvato dal Consiglio dei ministri, viene "immediatamente trasmesso alle Camere per la deliberazione ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione".

È nota l'intenzione – più o meno esplicita – del legislatore (di questo Parlamento) che presume in tal modo di aver assicurato la non modificabilità del testo. Ma, data l'**Entfremdung** delle norme, ovvero il venir meno delle intenzioni del legislatore a fronte alle finalità oggettive cui assolve la norma posta in essere e la sua collocazione all'interno del sistema delle fonti, si può avere più di un dubbio in proposito.

Anzitutto deve considerarsi che la lettera dell'articolo 116, III co. è ambigua. E non può affermarsi che sia in grado di limitare il potere parlamentare, né quello dei singoli parlamentari di emendare i disegni di legge al suo esame, nel corso dell'iter di formazione di una legge che, per quanto atipica nelle modalità di approvazione (è richiesta la maggioranza assoluta), e pur sempre soggetta alla tipica forma di approvazione. Né, nel caso dell'autonomia differenziata può avanzarsi un parallelo con le approvazioni (immodificabili) di intesa con le confessioni religiose ex art. 8 (sul punto della non equiparazione tra artt. 116 e 8 della Costituzione rinvio al testo da me presentato all'audizione al Senato). D'altronde, la riserva di regolamento parlamentare (artt. 64 e 72 Cost.), in base alla quale le Camere esaminano i disegni di legge "secondo le norme del [proprio] regolamento", nonché la giurisprudenza costituzionale che ha chiarito che la competenza riservata non può essere compromessa dalla legge ordinaria (qual è quella in discussione) (vedi sentt. nn. 78 del 1984; 379 del 1996; 237 del 2022), inducono a ritenere che non possono sottrarsi tramite una legge le prerogative costituzionali del Parlamento. Se il Parlamento dovesse poi modificare l'intesa sarebbe chiaro la conseguenza che discenderebbe direttamente dalla formulazione dell'articolo 116 (approvazione sulla base dell'intesa). Diventerebbe necessario che il Governo si riattivasse per giungere ad una nuova intesa sulla base anche delle indicazioni del Parlamento. Una interpretazione questa per nulla esclusa – anzi conforme ai principi – che restituirebbe dignità e ruolo all'organo parlamentare.

Passiamo ora all'art. 3, la determinazione dei LEP. Le modifiche apportate dal Senato sembrerebbero voler rispondere all'obiezione rilevata da molti in sede di audizioni presso quel ramo del Parlamento (anche da chi scrive) che la riserva di legge stabilita dal secondo comma dell'articolo 117 in materia di livelli essenziali delle prestazioni esclude la possibilità che i Lep siano determinati da DPCM e richiede quantomeno una legge delega.

Ora però la delega contenuta all'articolo 3 del ddl solleva almeno due problemi ulteriori: a) se sono adeguati i principi e criteri direttivi indicati; b) se è in grado di superare l'obiezione della necessaria riserva di legge in materia.

Per quanto riguarda il primo problema, non è tanto il fatto già in se anomalo, sebbene non inedito, di principi e criteri direttivi assunti da una legge preesistente (**per relationem**), da dedurre dai commi da 791 a 801-bis delle legge finanziaria del 2023 (l. n. 197 del 2022), quanto il fatto sostanziale che le norme indicate hanno prevalentemente se non esclusivamente **natura procedurale**. Possono regole di procedura rappresentare principi e criteri direttivi?

Dubbio tanto più fondato se si considera che in base alla normativa indicata da questo stesso articolo 3 la procedura viene poi alterata e ci si allontana fortemente dai principi indicati. Con un accavallarsi di ipotesi e procedure per la determinazione dei Lep e il loro aggiornamento che riportano in auge i DPCM cacciati dalla porta, ma rientrati dalle numerose finestre aperte dall'articolo 3.

È qui che si pone il secondo problema che coinvolge la riserva di legge. Anzitutto il VII comma dell'articolo 3 (aggiornamento dei Lep tramite DPCM) definisce un meccanismo di delegificazione mascherata che non solo sembra impedita dal secondo comma articolo 117, ma non rispetta neppure la procedura dell'articolo 17 della legge 400 del 1988 che disciplina la delegificazione delle materie non sottoposte a riserva di legge assoluta. Ora, pur se si vuol ritenere la riserva ex 117 relativa (il che francamente non sembra), almeno la legge 400 prevede la delibera del Consiglio dei ministri e il decreto del Presidente della Repubblica, anziché accontentarsi di un DPCM.

Ma poi, il sistema complesso posto in essere cui si inseguono deleghe, decreti legislativi, DPCM produce una sovrapposizione di fonti né coordinate tra loro né gerarchicamente ordinate.

Non ho qui il tempo per affrontare adeguatamente la questione di fondo sollevata dalla complessiva vicenda della (sola) determinazione dei Lep. Ci si limita a rilevare che per il rispetto della lettera m dell'articolo 117 secondo comma non basta la **determinazione** dei Lep è necessario **garantire** i relativi diritti su tutto il territorio nazionale. Subordinare (come indicato al II co. dell'art. 1) l'attribuzione delle funzioni alle regioni alla determinazione dei livelli essenziali, non basta. Se è vero, infatti, che la determinazione rappresenta il presupposto per la garanzia, essa però di per sé non garantisce nulla. A tal fine è necessario mettere mano alla scabrosa questione delle risorse e della distribuzione di queste tra le regioni. Ma, com'è noto, il ddl in discussione stabilisce l'invarianza finanziaria (art. 9) e, al più, la previsione che eventuali ulteriori spese dovranno essere coperte, ma non si sa come. Il caso è previsto all'articolo 10 sulle misure perequative, su cui vedi dopo.

Se poi, come hanno evidenziato in molti – sia componenti della Commissione Lep (CLEP) come il Governatore della Banca D'Italia Visco, sia organi tecnici come UPB – la determinazione dei Lep si dovesse risolvere in “mere dichiarazioni di principio” e in una genericità di qualificazioni, l'intero sforzo di assicurare livelli essenziali di garanzia per i diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale verrebbe ad essere seriamente compromessa. Ma d'altronde anche le sofferte vicende della commissione Cassese sono ormai note e non vale la pena insistere.

Passando al trasferimento delle funzioni previsto dall'articolo 4. È anzitutto da apprezzare lo sforzo di condizionare il trasferimento alla determinazione e alla fissazione dei relativi costi e fabbisogni standard. Sebbene il rinvio alle disponibilità di bilancio e a successivi ma indeterminati stanziamenti di risorse finanziarie anche per quelle regioni che non hanno sottoscritto intese rendono incerto questo futuro. Si fa presente che il tema dell'adeguato finanziamento per garantire i livelli **essenziali** delle prestazioni concernenti i i diritti sociali e civili (LEP) rappresenta un obbligo costituzionale e non può essere condizionato dalle esigenze di bilancio, ovvero è questo che deve adeguarsi alla soddisfazione di quelli: “è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionare la doverosa erogazione”, ha scritto con limpide parole la Consulta (sent. 275 del 2016).

Con riferimento poi al II co. la distinzione tra trasferimenti in materie Lep che necessitano la loro previa fissazione e dei relativi costi e fabbisogni standard e le materie non Lep che possono invece essere immediatamente trasferite, individuando le risorse umane, strumentali e finanziarie secondo le modalità, le procedure e i tempi indicati nelle singole intese, pone diverse questioni. Sinteticamente si segnala che: la distinzione tra materie non ha confini definiti e appare incerta; l'unitarietà del bilancio e delle risorse umane e strumentali disponibili sia a livello regionale sia statale rischia di venir compromesso a favore delle materie non Lep – che arrivano prima – rispetto a quelle Lep, che risulterebbero residuali o comunque si inserirebbero in un assetto di trasferimenti già dato; infine non è stato escluso che il trasferimento delle risorse finanziarie delle materie non Lep possa avvenire in base alla spesa storica.

Inoltre e in particolare, per quanto riguarda le risorse finanziarie riferite alle funzioni trasferite (all'art. 5) si fa riferimento esclusivamente alla “compartecipazione al gettito di tributi erariali maturati nel territorio delle regioni”. Perché non anche alla seconda fonte di finanziamento prevista dall'articolo 119 della Costituzione? Quei “tributi ed entrate proprie” che appaiono particolarmente idonee a responsabilizzare le regioni virtuose e che richiedono l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni di autonomia in numerose altre materie. Tributi propri che eviterebbero di gravare sul sistema tributario nazionale ed anzi potrebbe permettere una più equa redistribuzione delle risorse in favore di un regionalismo solidale che pure è imposto dall'obbligo di perequazione e promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale.

A quest'ultima tema (perequazione ed equilibrio nella distribuzione delle risorse) è meritoriamente dedicato l'art. 10. Del tutto encomiabili le intenzioni e i propositi espressi. Peccato però che è privo di misure fiscali effettive. Come è stato definito dal dossier preparato dagli uffici del Senato, si tratta di un articolo puramente “ricognitivo” delle risorse possibili. Così formulato l'articolo si riduce ad una norma manifesto, al massimo può considerarsi espressione di buone intenzioni, per un incerto futuro.

Venendo alla durata delle intese fissata dall'art. 7 in dieci anni, si sollevano due ordini di questioni.

Dal punto di vista sostanziale immaginare che si possa tornare allo **status quo ante** è una finzione. Il processo che si innesca con la devoluzione, tanto più se estesa com'è quella già ipotizzata (le famose 23 materie devolute a macchia di leopardo e in base alle richieste delle singole regioni) **non è reversibile**. Potrà avere delle evoluzioni, rotture di continuità, ripensamenti, ma certamente non si potrà tornare

semplicemente indietro dopo dieci anni di trasferimenti e gestione diretta di materie e funzioni fondamentali (scuola, sanità, lavoro, ambiente e via elencando) da parte delle singole e diverse regioni.

Il secondo ordine di questioni che solleva la procedura individuata dal ddl in esame si riferisce alla richiesta di cessazione dell'efficacia delle intese sottoscritte. Può essere unilaterale?

Si ricordi che siamo di fronte a una legge ordinaria che interviene su una procedura indicata in Costituzione (116, III co), la quale prevede l'intesa, ovvero l'accordo tra le parti per la devoluzione. Direi che questo impegna anche la procedura per la variazione delle intese stesse e ancor più per la pretesa di una loro "cessazione". D'altronde come può immaginarsi una restituzione delle funzioni senza accordo con la regione interessata? Il punto è che le intese non potranno che "cessare" o – più realisticamente – "mutare" solo previa diversa intesa, rimanendo alle regioni una sorta di potere di veto. Il che rafforza l'**irreversibilità** della devoluzione cui s'è fatto riferimento.

L'articolo 7 indica il requisito della maggioranza assoluta delle Camere per la cassazione dell'intesa sottoscritta dieci anni prima. Ma siamo sempre di fronte a una legge ordinaria che non può stabilire maggioranze qualificate per leggi ordinarie successive. Violerebbe quantomeno l'art. 64, III co. della Costituzione ("Le deliberazioni di ciascuna Camera e del Parlamento non sono valide se non è presente la maggioranza dei loro componenti, e se non sono **adottate a maggioranza dei presenti, salvo che la Costituzione prescriva una maggioranza speciale**").

D'altronde la sottovalutazione del problema della reversibilità delle intese si palesa al II co. dell'articolo 7 ove si indicano le modalità per giungere alla "disdetta" dell'intesa: "alla scadenza del termine di durata, l'intesa si intende rinnovata per un eguale periodo, salvo diversa volontà dello Stato o della Regione, manifestata almeno dodici mesi prima della scadenza". Come se fossimo di fronte alla cessazione di un contratto di locazione.

Sul sistema di monitoraggio delle funzioni trasferite (art. 3, IV e V co. art. 5, I co. e art. 8) mi limito a rilevare che esso avviene a invarianza finanziaria (monitorare l'effettiva garanzia dell'erogazione dei Lep in base alle "risorse messe a disposizione"), è svolta da una Commissione paritetica che si limita dunque ad una ricognizione per poi investire il livello politico (il ministro dell'Economia e quello per gli Affari regionali) che deve anch'esso operare nei limiti delle risorse disponibili. Va bene, purché sia chiarito che si tratta esclusivamente di un controllo sulla gestione e il contenimento delle spese. Non preposto per assicurare il rispetto dei diritti incompressibili.

Sul principio di invarianza finanziaria stabilito all'art. 9, sono due i rilievi, in qualche modo opposti, che devono proporsi. Mentre si può criticare il principio di invarianza in sé, poiché, come s'è accennato, il trasferimento di funzioni ad alcune regioni dovrebbe invece presupporre una variazione e redistribuzione delle risorse a favore delle regioni svantaggiate, adottando incisive misure perequative e di promozione dello sviluppo che invece sono assenti (vedi sopra le osservazioni svolte con riferimento all'art. 10), si deve però apprezzare l'indicazione del III co. dell'articolo 9: la garanzia di invarianza finanziaria sancita per le regioni non parte delle intese. A invarianza finanziaria (che si ripete è il limite) almeno non si penalizzino le regioni meno attrezzate o comunque non coinvolte nelle intese (che è il pregio).

Un'ultima considerazione sull'ultimo articolo del ddl in esame (art. 11) che stabilisce una assai anomala disposizione transitoria e finale di salvaguardia delle vecchie intese. Perché a quadro procedurale variato salvare le pre-intese delle tre regioni stipulate nell'ormai lontano 2018? Si specifica inoltre che queste intese devono essere ora esaminate "secondo quanto previsto dalle pertinenti disposizioni della presente legge". Si dovrebbe dunque ritenere – forse con un eccesso di ingenuità – che possono essere modificate e, ad esempio, adottati i limiti alla devoluzione delle materie ex art. 2, II co., con quell'ampio margine di discrezionalità che abbiamo in precedenza rilevato. Ma in tal caso è evidente che nessuna "salvaguardia" sarebbe garantita e nessun valore avrebbero le vecchie intese, tutte da ridiscutere. È allora evidente che diversa è l'indicazione che emerge: a quelle intese si assicura l'invariabilità nel contenuto definito e una corsia privilegiata per la rapida approvazione. Dal punto di vista propriamente politico una pretesa che può anche considerarsi legittima, ma del tutto distonica rispetto a una legge che vorrebbe dettare disposizioni per l'attuazione della devoluzione ai sensi dell'articolo 116, III co. Nei confronti di quanto già definito da accordi politici esistenti (le pre-intese del 2018) la legge non opera se non formalmente. Una norma transitoria di favore forse a rischio di violare l'eguale trattamento riservato a tutte le altre regioni che chiederanno in futuro l'attuazione della disposizione costituzionale.

<https://centroriformastato.it/autonomia-differenziata-una-disgregazione-irreversibile/>

Le regole per una spesa sanitaria equa e coerente che non metta in ginocchio le Regioni del Sud

Ettore Jorio

Ciò che trovo inconcepibile è negare le proprie idee, da sostenere con innegabile coerenza specie allorché scolpite nella Costituzione. E' ciò che sta accadendo con la lotta alla spesa storica che ha letteralmente massacrato il Mezzogiorno. Un criterio sul quale molti, forse perché giovani, hanno ancora le idee confuse. Di quelli meno giovani, sono solo in pochi che ricordano i decreti

Stammati del 1977 (un anno prima della grande riforma che istituì il SSN con la cancellazione delle orripilanti casse mutue) attraverso i quali venne introdotto questo aberrante criterio, sostitutivo delle entrate tributarie degli enti territoriali.

Un criterio mandato a casa dall'art. 119 della Costituzione ma che è, dopo 23 anni, ancora lì a rovinare Regioni ed enti locali, le prime soprattutto nella erogazione della sanità. Spesa storica nel senso di assicurare al sistema autonomistico territoriale la continuità delle risorse percepite sulla base delle spese sostenute, eventualmente aumentate o diminuite in base agli andamenti economici.

Tutto dunque affidato a formule veramente impensabili per quegli enti che, come prescrive la Costituzione, devono assicurare uniformemente i diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale. Ciò soprattutto per l'assistenza sociosanitaria sulla quale si esplica ogni anno una inutile gara su quanto è stato dato, in più o in meno, rispetto all'anno prima senza pensare a quanto occorra per essere più uguali, a tal punto da non dovere ricercare la buona sanità in quelle regioni che hanno imprenditorializzato la mobilità attiva per miliardi di euro.

La coerenza sempre, specie quando le idee sono giuste

Oggi c'è la mia sinistra che si dimentica di tutto ciò e rinnega se stessa. Meglio, le battaglie sostenute negli anni per garantire al sistema territoriale quanto gli occorresse per assicurare uguaglianza, specie tra nord e sud.

La soluzione la ebbe a trovare con la proposta di revisione della Costituzione del 2001. Quella riscrittura che, al di là di alcune anche gravi disattenzioni, decise due cose fondamentali:

-l'introduzione dei LEP garanti per tutti, nessuno escluso, dei diritti civili e sociali;

-la radicale modifica del finanziamento pubblico, assolutamente alternativo alla spesa storica, basato sulla perequazione, funzionale ad assicurare a Regioni ed enti locali di ricevere le risorse mancanti per assicurare i LEP.

Una soluzione condivisibile e apprezzata che rimase pura teoria per undici Governi e cinque legislature. Un problema che rintraccia le responsabilità in tutti coloro che vi hanno partecipato a vario ma anche uguale titolo decisionale.

Accade invece, ed è qui la prova della incoerenza, che si riprende a discutere e decidere (legge di bilancio per 2023, commi 791-801bis) di individuare i Lep e di determinare i costi e i fabbisogni standard per sostenerli in tutto il Paese e in favore della Nazione allargata a chi non ve ne fa ancora parte per errori di disciplina del fenomeno migratorio.

Invero, a ciò non ha fatto ampio seguito la regolazione della perequazione, posta a tutela dell'uguaglianza e dell'uniformità, della quale invece le politiche progressiste avrebbero dovuto anche arrivare a fare le barricate in Parlamento. Invece no. Si prende di mira tutto questo allo scopo di contrapporsi al regionalismo differenziato così come proposto nell'originario DDL Calderoli, emendato e approvato in Senato il 23 gennaio scorso.

Le prove della incoerenza ma anche dell'errore di ipotesi

Ed è qui che il discorso si complica sino a renderlo poco comprensibile.

Ciò accade per una serie di motivi.

Il primo è quello che l'autonomia legislativa differenziata venne ad essere scritta nella Costituzione all'art. 116, comma 3, dal centro sinistra e approvata dal popolo italiano nel referendum confermativo celebrato il 7 ottobre 2001 che diede modo così di essere tradotto in legge costituzionale, la n. 3/2001. A tutto questo fece ovviamente seguito la legge delega n. 42/2009, sostanzialmente copiata dal DDL che fu approvato dal Governo presieduto da Prodi il 3 agosto 2007, approvata in Parlamento con 188 astensioni del centrosinistra e 32 voti contrari dell'Udc.

Il secondo è quello di considerare che tutti i conseguenti decreti delegati furono condivisi da tutta la politica, con particolare riferimento al d.lgs. 68/2011. Con questo si diede corso alla condivisione generale sia della perequazione ordinaria che infrastrutturale (d.lgs. 88/2011), cui si diede anche seguito con il DM 26 novembre 2010, rimasto però lettera morta.

Il terzo è che il primo DDL delega attuativo del regionalismo rafforzato è stato elaborato e firmato nel 2019 da Francesco Boccia, in una lettera non affatto diversa dal DDL a firma Mariastella Gelmini del 2023 e da quello di Calderoli.

Il quarto, e più preoccupante, è quello che si sta facendo guerra, piuttosto che alle procedure in parte non condivisibili della legge attuativa del regionalismo asimmetrico, alla riconduzione dei LEP alle materie garanti dei diritti civili e sociali. La si fa pretendendo risposte impossibili a darsi da parte di chiunque, del tipo quanto costano e dove sono i soldi per assicurarli senza accorgersi della illogicità delle domande che, se condivise:

1.avrebbero dovuto rintracciare le risposte all'anno della loro introduzione (2001) ovvero nei 22 anni a seguire;

2.meriterebbero un grave atto di coscienza a non sapere che il quantum della loro copertura dipende da due cose;

3.sapere quali siano e in cosa consistano i LEP, sub judice del CLEP;

4.pretendere con forza la riscrittura dei LEA, dal momento che la loro individuazione, nonostante le 71 pagine, appartiene al passato, non tiene conto della brutta esperienza Covid, non considera affatto il futuro al lordo dell'ingresso a regime della intelligenza artificiale;

5.conoscere il valore dei costi standard per ogni Lep, ancora sub judice della apposita Commissione istituita con la legge 197/2022;

6.avvedersi con accortezza scientifica dei fabbisogni standard delle Regioni a statuto ordinario competenti ad assicurare i Lep ai sensi dell'attuale lettera della Costituzione, rinvii eventualmente ad altre materie qualora dovessero decidere di accedervi a mente dell'art. 116, comma 3, della Carta;

7.trascura che a decidere le coperture di tutto ciò dovranno essere i Governi e i Parlamenti mediante le ricorrenti leggi di bilancio, annuali e triennali, e non già un improvvisato "ragioniere", del tipo quelli di cui si leggono saldi in giro, frutto di una pericolosa fantasia.

Da qui, la più importante delle coerenze, alla quale in molti sono ancorati prescindendo dalle ricorrenti lotte politiche, appartiene a quei diritti fondamentali da essere sempre e comunque protetti, così come avvenne con la revisione costituzionale del 2001.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-03-08/le-regole-una-spesa-sanitaria-equa-e-coerente-che-non-metta-ginocchio-regioni-sud-124203.php?uuid=AFo9FRy&cmpid=nlqf>

la Repubblica

Il 42% degli italiani rinuncia alle cure per problemi economici

il Rapporto Aiop 2023: il 37% non affronta altre spese per sostenere quelle sanitarie

Nel 2023, il 42% dei pazienti con redditi più bassi, fino a 15 mila euro, è stato costretto a procrastinare o a rinunciare alle cure sanitarie perché nell'impossibilità di accedere al Servizio sanitario nazionale e non potendo sostenere i costi della sanità a pagamento. Lo evidenzia il 21/mo Rapporto 'Ospedali & Salute', promosso da Aiop (Associazione Italiana ospedalità privata) e realizzato in collaborazione con il Censis.

La quota di chi è costretto a procrastinare o rinunciare alle cure scende al 32,6% dei redditi tra i 15 mila e i 30 mila euro, il 22,2% di quelli tra i 30 mila e i 50 mila euro e il 14,7% di quelli oltre i 50 mila euro.

C'è chi rinuncia ad altre spese

L'indagine punta i riflettori anche su un altro fenomeno allarmante: "l'effetto erosivo" sulla ricchezza che, ovviamente, impatta in modo difforme sulle classi di reddito. Il 36,9% degli italiani ha infatti rinunciato ad altre spese per sostenere quelle sanitarie: è il 50,4% tra i redditi bassi, il 40,5% tra quelli medio-bassi, il 27,7% tra quelli medio-alti e il 22,6% tra quelli alti.

Liste d'attesa infinite

La quota di cittadini che, dopo aver inutilmente tentato di accedere al Ssn, si rivolge alla sanità a pagamento è del 34,4% dei redditi più bassi, del 40,2% di quelli medio-bassi, del 43,7% dei medio-alti e del 41,7% dei più alti. "Tempi di attesa incongrui con la gravità e complessità del quesito diagnostico o della diagnosi - si legge nell'indagine - rappresentano uno degli elementi di maggiore iniquità nell'ambito di un sistema a vocazione universalistica, dal momento che determinano una divaricazione tra coloro che possono rivolgersi al mercato delle prestazioni sanitarie al di fuori del Ssn e coloro che, per ragioni economico-sociali, non possono

ricorrere alla sanità a pagamento. Per questi ultimi l'alternativa è tra un'attesa suscettibile di compromettere, in tutto o in parte, il proprio stato di salute e la rinuncia alle cure".

Inoltre, aumenta anche la quota di persone che si rivolgono direttamente alla sanità a pagamento, a fronte della consapevolezza degli ostacoli all'accesso alla sanità pubblica: si tratta del 40,6% dei bassi redditi, del 48,7% dei redditi medio-bassi, del 57% dei redditi medio-alti e del 63,3% dei redditi più alti.

Mobilità sanitaria per 16% pazienti

Inoltre negli ultimi 12 mesi, il 16,3% delle persone che hanno avuto bisogno di rivolgersi ai servizi sanitari è andato in un'altra regione, nell'ambito delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario, al netto dunque di eventuali spostamenti per accedere a prestazioni in regime privatistico. La motivazione più ricorrente della mobilità, che riguarda il 31,6% dei migranti sanitari (ed il 51,8% di coloro che dichiarano di essere in cattiva salute), è quella relativa all'eccessiva lunghezza delle liste di attesa nella propria regione.

Ai pazienti che 'migrano' in altre Regioni bisogna anche aggiungere un 19,3% di coloro che - pur restando nell'ambito del Servizio sanitario regionale di pertinenza - sono costretti a percorrere più 50 km per usufruire della prestazione di cui necessitano. Tra le motivazioni alla base della mobilità regionale nel Servizio sanitario, il 26,5% di segnalazioni indica la volontà di ottenere un servizio migliore, rispetto a quello che si ritiene si sarebbe ottenuto nel proprio Servizio sanitario regionale.

I migranti sanitari

A ciò si aggiunge un 17,1% di migranti sanitari che non ha trovato la particolare tipologia di prestazione sanitaria di cui aveva bisogno. Ed ancora: si sposta per avere un secondo parere l'8,7%, mentre il 9,8% lo fa perchè abita in una zona di confine e le strutture fuori Regione sono più vicine o comode. Il Rapporto evidenzia che il 53,5% degli italiani dichiara che, nel corso dell'anno, ha dovuto affrontare tempi di attesa eccessivamente lunghi rispetto alle tempistiche utili; il 37,4% segnala la presenza di liste bloccate o chiuse, nonostante siano formalmente vietate. Il risultato è che ogni 100 tentativi di prenotazione nel Ssn, le prestazioni che restano nella Sanità pubblica (pubblico e privato accreditato) sono il 60,6%.

La quota che rinuncia e si rivolge alla sanità a pagamento - intesa come privato puro e intramoenia - è del 34,9% (il 29,9% nel Nord-Ovest, il 26,5% nel Nord-Est, il 39,3% nel Centro e il 40,7% nel Sud e Isole) ed è così articolato: 11,9% in intramoenia; 17,9% nel privato puro; 5,1% nel privato sociale; 4,6% in polizze assicurative.

https://www.repubblica.it/salute/2024/03/27/news/sanita_poverta_rinuncia_cure-422381005/?ref=RHVS-BG-P3-S4-T1

L'Espresso

In Italia più di un milione e mezzo di persone non ha abbastanza soldi per curarsi

Un'emergenza che colpisce soprattutto il Sud. Come denuncia il report Svimez, i divari tra i territori crescono a causa di un Sistema sanitario pubblico sempre più debole. Così aumentano gli investimenti dei privati

Chiara Sgreccia

8 febbraio 2024

In Italia vivono due donne: **Sofia** a Bologna, **Maria** a Reggio Calabria. Hanno entrambe 60 anni, lavorano come impiegate ma il futuro che le aspetta potrebbe essere molto diverso. Sofia da quando ha compiuto 50 anni si è sottoposta periodicamente ai controlli al seno previsti dal Sistema sanitario nazionale. Ha scoperto a 55 anni di avere un principio di tumore e ha cominciato subito le cure previste dal sistema pubblico, frequentando i presidi sanitari locali non lontani da dove abita.

Maria, invece, ha iniziato a sentirsi male, stanca e priva di energie dopo aver compiuto i 60 anni. E solo dopo aver fatto i controlli, ha scoperto di avere un tumore in fase avanzata e di dover essere operata: **ha deciso di effettuare l'intervento chirurgico in una regione del nord, come il 43 per cento delle donne della sua Regione a cui viene diagnosticato un tumore al seno.**

Sofia non ha avuto contraccolpi né di salute né economici. Maria ha dovuto affrontare un lungo viaggio e far fronte alle spese per lei e per i familiari che l'hanno assistita. E il suo caso non è un'eccezione: **Sono 629 mila i migranti sanitari in Italia**, quasi la metà si sposta da Sud verso Nord.

Nel video diffuso da Svimez, associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno, che accompagna il report **"Un paese, due cure"** presentato il 7 febbraio, si capisce quanto i due sistemi sanitari, quello dell'Emilia Romagna e quello calabrese, siano differenti. E godano di investimenti molto diversi da parte dello Stato: a fronte di **una media nazionale per la spesa sanitaria per abitante di 2.140 euro**, quella più bassa si registra proprio in Calabria, 1.748 euro.

A dimostrare che il divario interno al sistema nazionale pubblico si riflette anche sulle vite delle due donne ci sono i dati: secondo Istat negli ultimi 10 anni, **in Emilia Romagna il tasso di mortalità per tumore al seno si è ridotto del 17 per cento. In Calabria è cresciuto del 2 per cento.** E anche la speranza di vita cambia in base al territorio di nascita: **chi abita al Sud vive in media 1,3 anni in meno** rispetto a chi è nato nel resto del Paese. Sebbene, come si capisce dal report Svimez, la debolezza del sistema sanitario italiano sia generalizzata. Anche a causa delle scarse risorse pubbliche destinate a finanziarlo. Se messa a confronto con gli altri Stati Ue, ad esempio: l'Italia investe in media il 6,6 per cento del Pil per la sanità, contro il 9,4 per cento di Germania e l'8,9 per cento di Francia. «Da un lato, **il bilancio nazionale della sanità non copre integralmente i Lea**, quelle prestazioni e servizi che dovrebbero essere offerti in quantità e qualità uniformi in tutto il territorio nazionale. **Dall'altro, la distribuzione regionale delle risorse non rispecchia gli effettivi bisogni di cura e assistenza dei diversi territori**», si legge nel rapporto.

Così, per tappare i buchi del Ssn che eroga sempre meno prestazioni, in concomitanza con la riduzione delle risorse pubbliche, **crescono gli investimenti dei privati nella sanità.** Che però non si fanno carico del principio di equità scritto nella Costituzione che prevede che la tutela della salute sia per tutti, anche per gli indigenti. **E trasformano l'accesso alla cura in un privilegio, solo per chi può permetterselo:** in base alle stime del Crea, il centro per la ricerca economica applicata in sanità, sono **1,6 milioni le persone che hanno dovuto rinunciare alle spese sanitarie per motivi economici o si sono impoverite per sostenerle.** La povertà sanitaria si concentra soprattutto nel Mezzogiorno, dove affligge l'8,2 per cento dei nuclei familiari, quasi il doppio rispetto a chi vive nel resto del Paese.

<https://lespresso.it/c/attualita/2024/2/8/in-italia-piu-di-un-milione-e-mezzo-di-persone-non-ha-abbastanza-soldi-per-curarsi/49985>

Autonomia differenziata. Gimbe: “Porterà al collasso la sanità delle Regioni del Sud. Al Nord rischio sovraccarico da mobilità sanitaria”

Cartabellotta: “In sanità, nonostante la definizione dei Lea nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti, persistono inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. Siamo oggi davanti ad una “frattura strutturale” Nord-Sud che compromette qualità dei servizi sanitari, equità di accesso, esiti di salute e aspettativa di vita alla nascita, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria dal Sud al Nord”.

21 marzo 2024

Il DdL Calderoli sull'autonomia differenziata, approvato al Senato e ora in discussione alla Camera potrebbe segnare un punto di non ritorno nell'equità dell'assistenza sanitaria tra le Regioni italiane in un contesto caratterizzato dalla grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La Fondazione Gimbe ha pubblicato il Report “L'autonomia differenziata in sanità”, per esaminare le criticità del testo del DdL e analizzare il potenziale impatto sul Ssn delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di “tutela della salute” e oggi esprimerà le proprie posizioni nel corso dell'Audizione presso la 1a Commissione Affari Costituzionali della Camera dei Deputati.

“Le nostre analisi – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – documentano dal 2010 enormi divari in ambito sanitario tra il Nord e il Sud del Paese e sollevano preoccupazioni riguardo all'equità di accesso alle cure”. In dettaglio:

- **Dagli adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** - le prestazioni sanitarie che le Regioni devono garantire gratuitamente o previo il pagamento del ticket - valutati con la griglia LEA nel decennio 2010-2019 emerge che nelle prime 10 posizioni non c'è nessuna Regione del Sud e che le tre Regioni che hanno richiesto maggiori autonomie si collocano nella top five della classifica. E con il Nuovo Sistema di Garanzia che ha sostituito la griglia LEA, nel 2020 delle 11 Regioni adempienti l'unica del Sud è la Puglia, a cui nel 2021 si aggiungono Abruzzo e Basilicata. E sia nel 2020 che nel 2021 le Regioni del Sud sono ultime tra quelle adempienti.

- Nel 2022 a fronte di un'**aspettativa di vita alla nascita** di 82,6 anni (media nazionale), si registrano notevoli differenze regionali: dagli 84,2 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81 anni della Campania, un gap ben 3,2 anni. E in tutte le 8 Regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è inferiore alla media nazionale, spia indiretta della bassa qualità dei servizi sanitari regionali.

- L'analisi della **mobilità sanitaria** conferma la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord e la fuga da quelle del Centro-Sud: infatti, nel periodo 2010-2021 tutte le Regioni del Sud ad eccezione del Molise (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia) hanno accumulato complessivamente un saldo negativo pari a € 13,2 miliardi, mentre sul podio per saldo attivo si trovano proprio le tre Regioni che hanno già richiesto le maggiori autonomie. Nel 2021 su € 4,25 miliardi di valore della mobilità sanitaria, il 93,3% della mobilità attiva si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre il 76,9% del saldo passivo grava su Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.

- Il raggiungimento degli obiettivi della **Missione Salute del Pnrr** è rallentato dalle scarse performance delle Regioni del Centro-Sud: dagli over 65 da assistere in ADI con abnormi obiettivi di incremento di circa il 300% per Campania, Lazio, Puglia e oltre il 400% per la Calabria, all'attuazione del fascicolo sanitario elettronico con percentuali di attivazione e alimentazione molto basse; dal numero di strutture da edificare (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), alla dotazione di personale infermieristico, ben al di sotto della media nazionale soprattutto in Campania, Sicilia e Calabria.

“Complessivamente questi dati – spiega Cartabellotta – confermano che in sanità, nonostante la definizione dei Lea nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti, persistono inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. Siamo oggi davanti ad una “frattura strutturale” Nord-Sud che compromette qualità dei servizi sanitari, equità di accesso, esiti di salute e aspettativa di vita alla nascita, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria dal Sud al Nord. Di conseguenza, l'attuazione di maggiori autonomie in sanità, richieste proprio dalle Regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che amplificare le diseguaglianze già esistenti”.

“Considerato che la richiesta della Fondazione Gimbe di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie sinora non è stata presa in considerazione dal Governo, né sostenuta con vigore e costanza dalle forze di opposizione – continua il Presidente – è cruciale ribadire le motivazioni che portano a sostenere questa posizione. Perché non è ammissibile che

venga violato il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della salute, legittimando normativamente il divario tra Nord e Sud".

- Il Ssn attraversa una gravissima crisi di sostenibilità e il sotto-finanziamento costringe anche le Regioni virtuose del Nord a tagliare i servizi e/o ad aumentare le imposte per evitare il Piano di rientro. "E se da un lato non si intravedono risorse né per rilanciare il finanziamento pubblico della sanità, né tantomeno per colmare le disuguaglianze regionali – spiega Cartabellotta – dall'altro con l'autonomia differenziata le Regioni potranno trattenere il gettito fiscale, che non verrebbe più redistribuito su base nazionale, impoverendo ulteriormente il Mezzogiorno".
- Il Clep, ovvero il comitato istituito per determinare i livelli essenziali delle prestazioni non ha ritenuto necessario definirli per la materia "tutela della salute" in quanto esistono già i Lea, ai quali tuttavia non corrisponde alcun fabbisogno finanziario. "Una pericolosissima scorciatoia – commenta il Presidente – rispetto alla necessità di garantire i Lep secondo quanto previsto dalla Carta Costituzionale: infatti, senza definire, finanziare e garantire in maniera uniforme i Lep in tutto il territorio nazionale è impossibile ridurre le disuguaglianze tra Regioni".
- In sanità il gap tra Nord e Sud configura ormai una "frattura strutturale", come dimostrano sia i dati sugli adempimenti ai Lea sia quelli sulla mobilità sanitaria. Alla maggior parte dei residenti al Sud non sono garantiti nemmeno i Lea, alimentando il fenomeno della mobilità sanitaria verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi per le maggiori autonomie. Di conseguenza è impossibile, come spesso affermato, che le maggiori autonomie in sanità possano ridurre le disuguaglianze esistenti.
- Le maggiori autonomie già richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ne potenzieranno le performance sanitarie, indebolendo ulteriormente quelle delle Regioni del Sud, incluse quelle a statuto speciale. Alcuni esempi: la maggiore autonomia in termini di contrattazione del personale provocherà una fuga dei professionisti sanitari verso le Regioni in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose, impoverendo ulteriormente il capitale umano del Mezzogiorno; l'autonomia nella definizione del numero di borse di studio per scuole di specializzazione e medici di medicina generale determinerà una dotazione asimmetrica di specialisti e medici di famiglia; le maggiori autonomie sul sistema tariffario rischiano di aumentare le disuguaglianze nell'offerta dei servizi e favorire l'avanzata del privato. "Ecco perché suona autolesionistica e grottesca – commenta il Presidente – la posizione favorevole all'autonomia differenziata dei Presidenti delle Regioni meridionali governate dal Centro-Destra, dimostrando che gli accordi di coalizione partitica prevalgono sulla tutela della salute delle persone".
- L'ulteriore indebolimento dei servizi sanitari nel Mezzogiorno rischia di generare un effetto paradosso nelle ricche Regioni del Nord che, per la grave crisi di sostenibilità del Ssn, non possono aumentare in maniera illimitata la produzione di servizi e prestazioni sanitarie. Di conseguenza un massivo incremento della mobilità verso queste Regioni rischia di peggiorare l'assistenza sanitaria per i propri residenti. "In tal senso una 'spia rossa' si è già accesa in Lombardia – commenta il Presidente – che nel 2021 si trova sì al primo posto per mobilità attiva (€ 732,5 milioni), ma anche al secondo posto per mobilità passiva (-€ 461,4 milioni): in altre parole un numero molto elevato di cittadini lombardi va a curarsi fuori Regione".
- Tutte le Regioni del Mezzogiorno (eccetto la Basilicata) si trovano insieme al Lazio in regime di Piano di rientro, con Calabria e Molise addirittura commissariate, status che impongono una "paralisi" nella riorganizzazione dei servizi. "Contrariamente agli entusiastici proclami sui vantaggi delle maggiori autonomie per il Meridione – spiega Cartabellotta – nessuna Regione del Sud oggi può avanzare richieste di maggiori autonomie in sanità".
- Il Pnrr persegue il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni. "In tal senso l'impianto normativo del Ddl Calderoli – chiosa il Presidente – contrasta proprio il fine ultimo del Pnrr, occasione per il rilancio del Mezzogiorno, teso ad accompagnare il processo di convergenza tra Sud e Centro-Nord quale obiettivo di crescita economica, come più volte ribadito nelle raccomandazioni della Commissione Europea".
- "Al di là di accattivanti slogan e illusori proclami – conclude Cartabellotta – è certo che l'autonomia differenziata non potrà mai ridurre le disuguaglianze in sanità, perché renderà le Regioni del Centro-Sud sempre più dipendenti dalle ricche Regioni del Nord, le quali a loro volta rischiano paradossalmente di peggiorare la qualità dell'assistenza sanitaria per i propri residenti. Ovvero, l'autonomia differenziata per la materia 'tutela della salute' non solo porterà al collasso la sanità del Mezzogiorno, ma darà anche il colpo di grazia al Ssn, causando un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti. Stiamo di fatto rinunciando alla più grande conquista sociale del Paese e ad un pilastro della nostra democrazia solo per un machiavellico 'scambio di cortesie' nell'arena politica tra i fautori dell'autonomia differenziata e i fiancheggiatori del presidenzialismo. Due riforme che, oltre ogni ragionevole dubbio, spaccheranno l'unità del Paese Italia".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121040

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) Adempimenti cumulativi 2010-2019



Adempimento >85,9%

Emilia-Romagna (93,4%), Toscana (91,3%), Veneto (89,1%), Piemonte (87,6%), Lombardia (87,4%)

Adempimento tra 76,7% e 85,9%

Umbria (85,9%), Marche (84,1%), Liguria (82,8%), Friuli-Venezia Giulia* (81,5%), Prov. Aut. di Trento (78,8%)

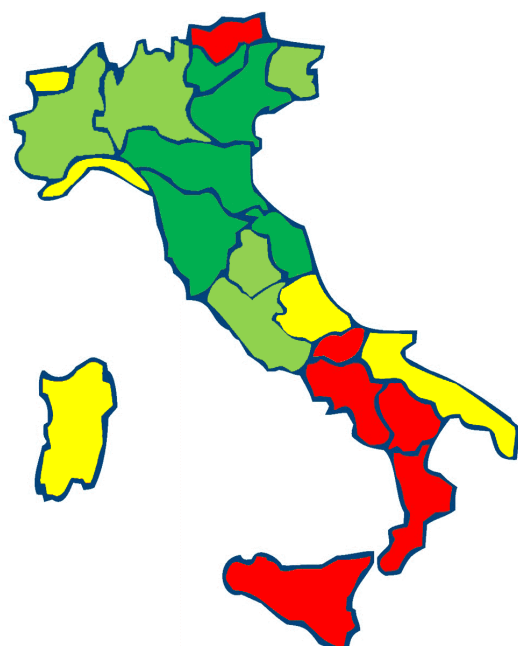
Adempimento tra 67,6% e 76,6%

Abruzzo (76,6%), Basilicata (76,4%), Lazio (75,1%), Sicilia (69,6%), Molise (68%)

Adempimento <67,6%

Puglia (67,5%), Valle d'Aosta* (63,8%), Calabria (59,9%), Campania (58,2%), Prov. Aut. di Bolzano* (57,6%), Sardegna* (56,3%)

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA Punteggi totali anno 2020 (max 300 punti)



Punteggio >242,4

Emilia-Romagna (273,8), Toscana (261,1), Prov. Aut. di Trento (259,6), Veneto (258,8), Marche (245,7)

Punteggio tra 226,4 e 242,4

Piemonte (242,4), Lombardia (232,6), Friuli-Venezia Giulia (230), Umbria (229,8), Lazio (226,4)

Punteggio tra 177,9 e 226,3

Puglia (206,7), Liguria (199,5), Abruzzo (194,4), Valle d'Aosta (190,4), Sardegna (179)

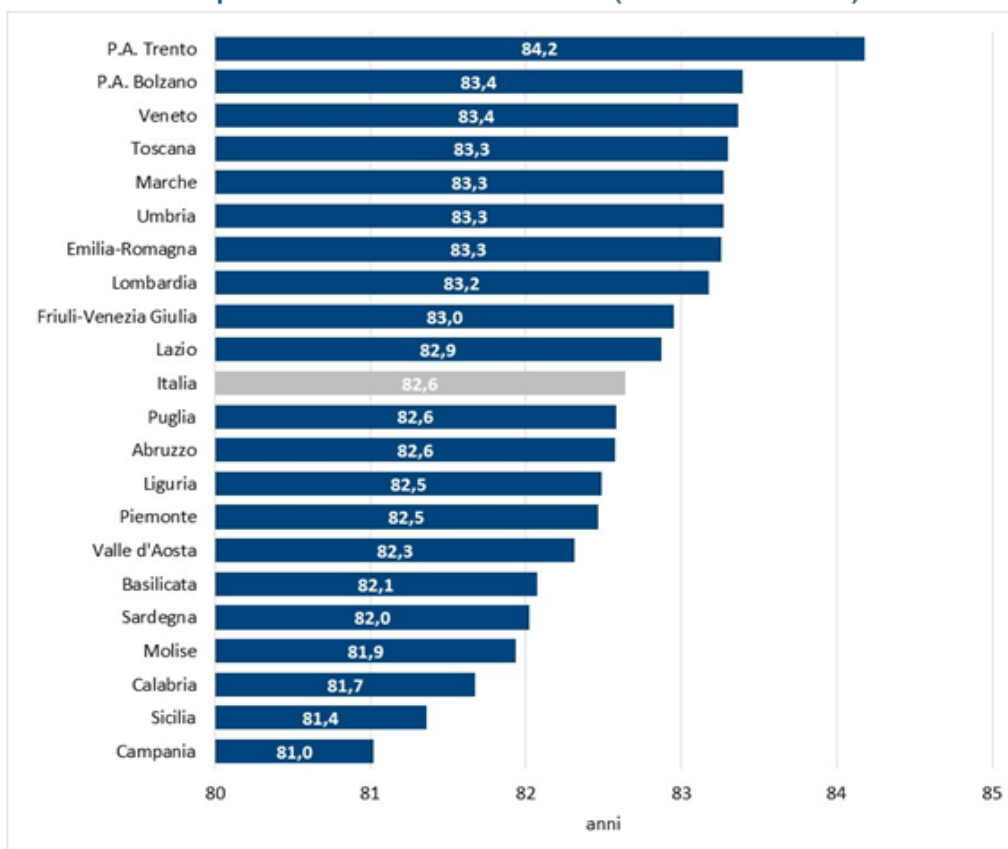
Punteggio <177,9

Campania (177,8), Prov. Aut. di Bolzano (176,2), Sicilia (174,8), Molise (173,3), Basilicata (171,8), Calabria (129,4)

Note:

- Le quattro categorie risultano dalla suddivisione dei punteggi in quartili.
- In grassetto le Regioni adempienti secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Aspettativa di vita alla nascita (dati ISTAT 2022)



Mobilità sanitaria regionale: saldi 2010-2021

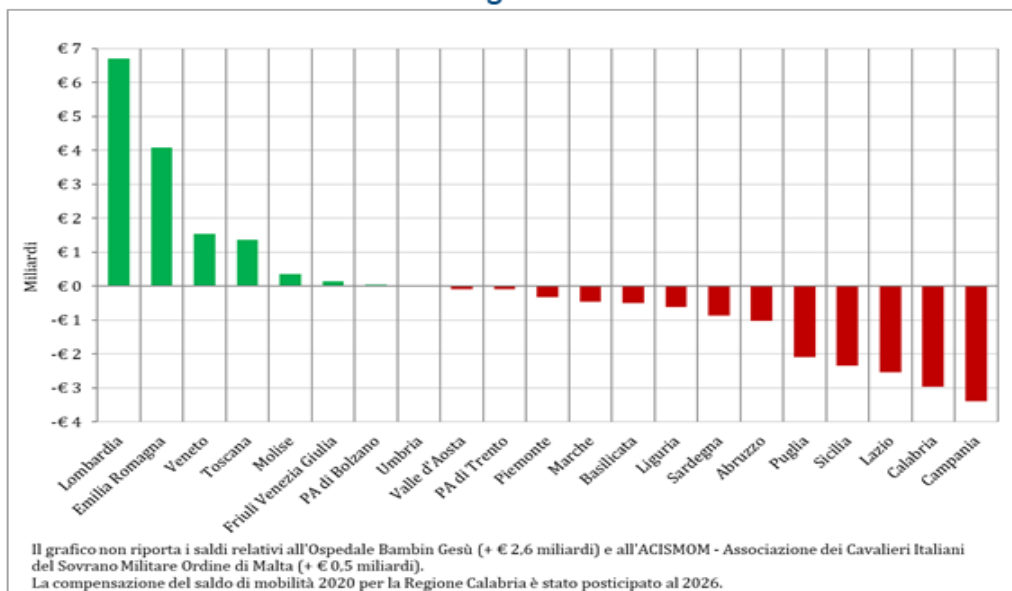


Tabella 1. Obiettivi regionali di incremento pazienti over 65 in Assistenza Domiciliare Integrata

Regione	Gap 2019-2026	Incremento %
Emilia-Romagna	31.685	35%
Toscana	32.044	42%
Veneto	43.894	50%
Molise	3.904	85%
Prov. Aut. Trento	5.922	91%
Friuli Venezia Giulia	16.997	99%
Piemonte	59.211	104%
Basilicata	7.938	123%
Sicilia	65.245	131%
Umbria	12.557	132%
Abruzzo	19.678	134%
Lombardia	133.839	145%
Marche	22.768	156%
Liguria	25.818	165%
Sardegna	28.450	233%
Campania	84.548	294%
Lazio	98.411	317%
Puglia	68.376	329%
Calabria	34.286	416%
Valle d'Aosta	2.745	1.209%
Prov. Aut. Bolzano	10.513	2.912%
ITALIA	808.829	125%

Tabella 2. Strutture da edificare (dati da Camera dei Deputati)

Regione	Case della Comunità	Centrali Operative Territoriali	Ospedali di Comunità	Totale
Piemonte	16	8	3	27
Valle d'Aosta	-	1	-	1
Lombardia	48	6	14	68
Prov Aut. Bolzano	6	3	3	12
Prov. Aut. Trento	3	5	1	9
Veneto	24	8	2	34
Friuli Venezia Giulia	9	3	4	16
Liguria	2	3	2	7
Emilia-Romagna	24	5	13	42
Toscana	38	8	11	57
Umbria	-	7	-	7
Marche	6	12	3	21
Lazio	-	59	1	60
Abruzzo	7	2	2	11
Molise	1	-	-	1
Campania	47	14	18	79
Puglia	38	4	11	53
Basilicata	10	-	1	11
Calabria	5	7	1	13
Sicilia	13	4	3	20
Sardegna	12	4	1	17
TOTALE	309	163	94	566

Nell'Unione europea si fanno sempre meno bambini. Nel 2022 ne sono nati 3,88 mln, il numero più basso degli ultimi 60 anni. Italia agli ultimi posti per tasso di fertilità

Lo rivelano gli ultimi dati Eurostat che mostrano come nel 2022 nella Ue sono nati 3,88 mln di bambini, circa 800 mila in meno del dato registrato nel 2008. il tasso di fertilità totale nel 2022 è stato di 1,46 nati vivi per donna nell'UE con l'Italia al terz'ultimo posto con 1,24.

07 MAR -

Nel 2022, nell'UE sono nati 3,88 milioni di bambini, in leggero calo rispetto ai 4,09 milioni del 2021. Il numero di bambini nati nell'UE è in calo dal 2008, quando ne sono nati 4,68 milioni.

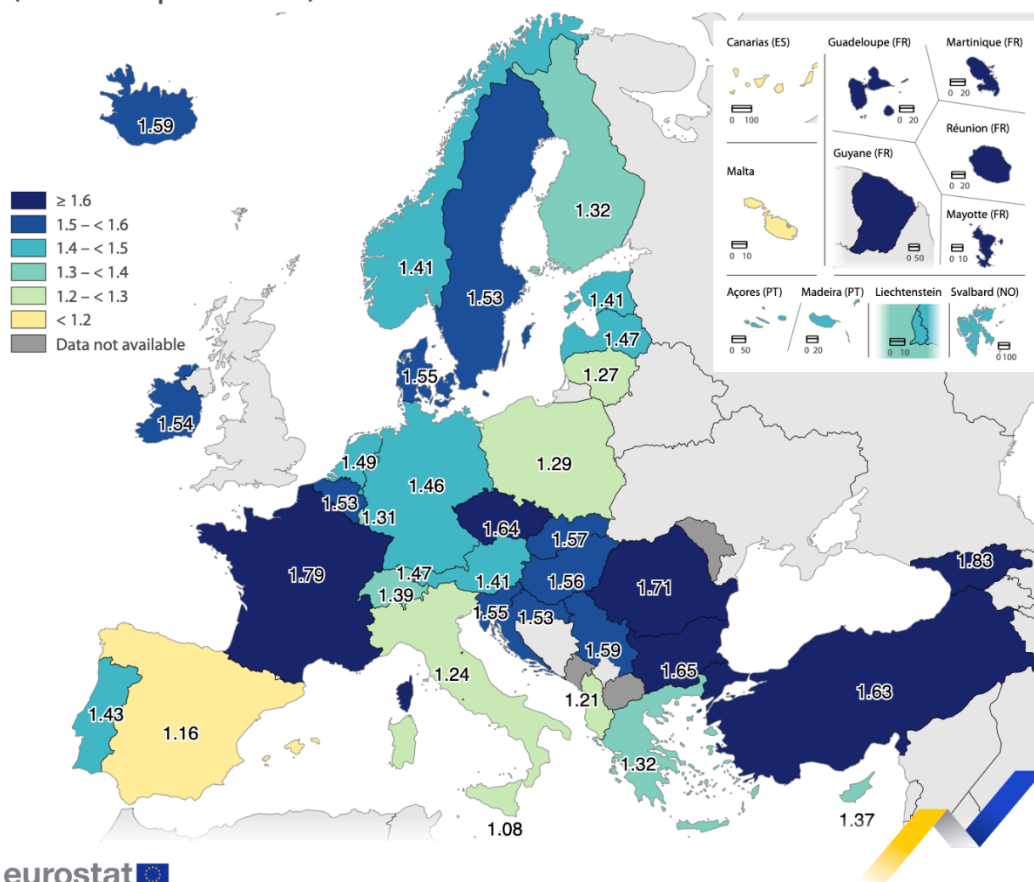
Il tasso di fertilità totale nel 2022 è stato di 1,46 nati vivi per donna nell'UE, un altro calo, dopo il piccolo aumento registrato nel 2021 (il tasso di fertilità totale è stato di 1,53 nel 2021 e 1,51 nel 2020).

Questa informazione proviene dai dati sulla fertilità pubblicati oggi da Eurostat. L'articolo presenta una serie di risultati tratti dall'articolo più dettagliato Statistics Explained sulle statistiche sulla fertilità

Nel 2022, la Francia ha registrato il tasso di fertilità totale più elevato nell'UE (1,79 nati vivi per donna), seguita da Romania (1,71), Bulgaria (1,65) e Repubblica Ceca (1,64).

Al contrario, i tassi di fertilità più bassi sono stati osservati a Malta (1,08 nascite per donna), Spagna (1,16) e Italia (1,24).

Total fertility rate, 2022 (live births per woman)



Bulgaria, Croatia, Hungary, and Poland: break in time series for 2022.
Source dataset: demo_find

Administrative boundaries: © EuroGeographics © UN-FAO © Turkstat
Cartography: Eurostat - IMAGE, 03/2024

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120710



CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

MEMORIA DELLA CORTE DEI CONTI PER L'ESAME DEL DECRETO-LEGGE 2
MARZO 2024, N. 19, RECANTE ULTERIORI DISPOSIZIONI URGENTI PER
L'ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)
A.C. 1752

V COMMISSIONE BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI



Marzo 2024

Indice

Introduzione	3
Il quadro complessivo	3
Disposizioni finanziarie legate alla revisione del PNRR	6
Il rafforzamento delle strutture amministrative	13
Le misure di semplificazione	19
Gli interventi relativi a misure specifiche del Piano	23
<i>Le misure che interessano le Università e la ricerca</i>	23
<i>Le misure per l'istruzione</i>	26
<i>Le misure in materia di giustizia</i>	28
<i>Le misure in tema di investimenti centrali</i>	31
<i>Le misure in tema di investimenti delle Amministrazioni locali</i>	32
<i>Gli incentivi alle imprese del piano Transizione 5.0</i>	36
<i>Le misure in campo sanitario</i>	39
<i>Le misure per la riduzione dei tempi di pagamento</i>	40
Riquadro 1 Contributo alle coperture del d.l. 19 del 2024 a carico di alcuni fondi per gli investimenti	45

One Health, clima e salute


THE LANCET

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO | PRIMA IN LINEA

Le stime sulla salute globale dovrebbero essere più rispondenti alle esigenze dei paesi

Katleen Forte • Danzen tu • Anshu Banerjee • João Pedro Azevedo

Pubblicato: 11 marzo 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00463-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00463-X) •  Check for updates

Mentre i paesi accettano la sfida di raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile per la salute (SDG 3), stanno diventando sempre più interessati le stime e le proiezioni della popolazione, dell'aspettativa di vita e della mortalità come mezzo per monitorare i loro progressi utilizzando una misurazione standardizzata e comparabile. I collaboratori demografici GBD 2021 presentano tali stime per paesi e località subnazionali per il periodo 1950-2021.

Questo studio, l'ultimo di una serie di parametri sanitari prodotti dai Collaboratori GBD, presenta nuove stime demografiche che evidenziano i cambiamenti nella mortalità e nell'aspettativa di vita avvenuti durante il periodo pandemico di COVID-19.

Di particolare interesse è il noto aumento dei tassi globali di mortalità per tutte le cause standardizzati per età nel 2020 e nel 2021 sia nei maschi (21,9%) che nelle femmine (16,6%) di età pari o superiore a 15 anni rispetto alle stime pre-pandemiche di 2019.

Questo sforzo attirerà sicuramente l'attenzione di molti interessati a stabilire le priorità nella sanità pubblica globale, compresi i donatori e i governi nazionali.

Tuttavia, le lacune nei dati e l'incertezza sulla qualità dei dati, insieme all'esistenza di diverse serie di stime diverse, anche da parte delle Nazioni Unite e delle sue agenzie, sollevano importanti domande su come questi sforzi di stima vengono utilizzati dai paesi, in particolare nel settore demografico e sanitario, ma potenzialmente anche altri settori, compresi i settori economico, sociale e dell'istruzione.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00463-X/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00463-X/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Agenda  **Digitale** 

One Health: un approccio integrato per la salute globale

L'approccio One Health promuove una visione integrata e olistica di salute umana, animale e ambientale, presentandosi come risposta alle sfide del nostro tempo. Il One Health Project porta questo approccio nelle scuole, mentre la visione si evolve verso una "One Digital Health"

Antonietta Pannella, Marketing & Communication Director, Healthware Group

La complessità dei problemi che oggi affrontiamo, come i cambiamenti climatici, il riscaldamento globale, l'inquinamento, la perdita di biodiversità, le pandemie e l'antibiotico-resistenza, ci impone di adottare **una prospettiva One Health per preservare la salute degli ecosistemi e di tutti gli esseri viventi.**

Cos'è l'approccio One Health

Il concetto di One Health rappresenta un **approccio integrato** che riconosce l'**interdipendenza tra la salute umana, animale e ambientale.** Attraverso la comprensione delle complesse interazioni tra questi tre settori cruciali, questo approccio olistico mira principalmente a migliorare la salute collettiva, prevenire malattie e promuovere il benessere.

Automazione industriale

Il concetto di One Health, originariamente teorizzato nel 1978, è riconosciuto ufficialmente dall'**OMS**, dalla Commissione Europea e dal Ministero della Salute, come una strategia rilevante in tutti i settori che beneficiano della collaborazione tra diverse discipline, tra cui medici, veterinari, ambientalisti, economisti, sociologi etc.

A livello internazionale, nell'ottobre del 2022, è stato redatto il "**Piano d'azione congiunto One Health**" (OHJPA) al fine di sostenere l'attuazione di politiche con approccio "One Health" per affrontare i rischi sanitari a livello globale, nazionale e regionale, attuando i seguenti piani di intervento:

- aumentare le potenzialità "One Health" per rafforzare i sistemi sanitari;
- ridurre il rischio di epidemie e pandemie da zoonosi emergenti o riemergenti;
- controllare ed eliminare le infezioni trasmesse da vettori, le zoonosi e le malattie tropicali neglette;
- potenziare la valutazione, la gestione e la comunicazione dei rischi alimentari;
- contrastare la pandemia silente dovuta alla resistenza antimicrobica;
- integrare l'ambiente nell'approccio "One Health".

In Italia, l'[Istituto Superiore di Sanità](#) (ISS) ha avviato da tempo collaborazioni multidisciplinari e azioni congiunte per promuovere l'approccio One Health, necessario a far fronte alle sfide presenti e future.

Il sostegno del PNRR all'approccio One Health

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** considera l'approccio One Health come un elemento chiave per affrontare le disuguaglianze e promuovere una salute globale. Oltre ai finanziamenti destinati alla Missione 6 sulla Salute, esiste un fondo complementare (PNC) con l'obiettivo di:

- sviluppare e implementare programmi pilota integrati salute-ambiente-clima;
- creare un programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima;
- promuovere e finanziare la ricerca applicata multidisciplinare in specifiche aree;
- realizzare una piattaforma digitale nazionale per la salute, l'ambiente e il clima.

Nel giugno 2023, è stato presentato, presso la Camera dei Deputati, l'**Intergruppo Parlamentare 'One Health'**, che si propone di definire provvedimenti per introdurre un modello di governance in grado di superare l'attuale frammentazione nelle iniziative a tutela della salute ambientale, umana e animale. La sfida è quella di inserire la componente ambientale nelle agende delle istituzioni che si occupano di salute.

Nell'ambito della riorganizzazione del **Ministero della Salute**, lo scorso settembre 2023, è stata annunciata la nascita del **Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali**. Tra le sue competenze rientrano il farmaco veterinario, il benessere animale, la ricerca veterinaria, la valutazione del rischio in sicurezza alimentare, l'educazione alimentare e la promozione di corretti stili di vita in relazione al benessere delle persone ed agli ecosistemi.

La complessità delle interazioni tra salute umana, animale e ambientale

La visione One Health riconosce la intricata complessità delle interazioni tra salute umana, animale e ambientale.

Le malattie zoonotiche, che si diffondono tra animali ed esseri umani, sottolineano l'impellente necessità di un approccio integrato. Eventi sanitari e sociali scaturiti dalle epidemie di HIV, Ebola, SARS, influenza aviaria, Zika e, naturalmente, SARS-CoV-2, hanno chiaramente dimostrato che concepire la salute come un'unica entità globale è sempre più imprescindibile, senza discriminare tra essere umano, animale o vegetale. Questa consapevolezza si manifesta con particolare evidenza negli ambienti in cui coesistono numerose specie diverse. La comprensione approfondita di tali interazioni complesse risulta fondamentale per prevenire e gestire con tempestività ed efficacia le emergenze sanitarie a scala globale.

Secondo la visione trasversale insita nel concetto di One Health, **è imperativo identificare le cause che espongono l'umanità a rischi sanitari** e, una volta individuate, pianificare interventi mirati per preservare la salute di tutti, inclusa quella del pianeta.

In quest'ottica è auspicabile adottare un **modello di salute globale** che rifletta appieno le interconnessioni tra salute umana, animale e ambientale, promuovendo la consapevolezza dell'unità e dell'interdipendenza in quest'ampio contesto.

One Health: approccio per affrontare il cambiamento climatico e la perdita di biodiversità

Uno dei principali obiettivi della One Health è affrontare il cambiamento climatico e la perdita di biodiversità.

La salute umana è intricatamente legata alla salute dell'ecosistema circostante. Il cambiamento climatico può influenzare la diffusione di malattie infettive, mentre la perdita di biodiversità può compromettere l'equilibrio ecologico.

La One Health propone strategie per monitorare e mitigare gli impatti del cambiamento climatico e della perdita di biodiversità sulla salute globale. Ciò può includere la creazione di sistemi di sorveglianza avanzati per rilevare variazioni nei pattern di malattie, l'implementazione di pratiche di gestione sostenibile degli ecosistemi e l'adozione di politiche che promuovono la conservazione della biodiversità.

La concezione circolare della salute nell'Obiettivo 3: Salute e Benessere

L'approccio One Health ha un ruolo chiave anche nel quadro dell'Agenda 2030 e degli obiettivi di sviluppo sostenibile. La trasformazione sostenibile può beneficiare dalla **visione sistemica, multidisciplinare e multistakeholder della One Health**.

Per l'Obiettivo 3-Salute e Benessere è sempre più importante la promozione di una concezione circolare della salute, in cui l'attenzione agli stili di vita si coniuga con la responsabilità sociale e ambientale.

La guida sviluppata dall'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), l'Organizzazione mondiale della sanità animale (OIE) e l'OMS riflette questa concezione circolare. Gli obiettivi identificati in questa guida, come lo sviluppo di sistemi alimentari sostenibili, la salvaguardia della natura, la disponibilità di acqua pulita e la transizione energetica rapida, sono considerati essenziali per promuovere un modello di salute integrato e per affrontare le sfide legate ai cambiamenti climatici e alla perdita di biodiversità. In questo contesto, la salute umana è intrinsecamente collegata alla salute dell'ambiente, sottolineando la necessità di un approccio circolare per raggiungere gli obiettivi di salute e benessere dell'Agenda 2030.

Scuole in azione: un'iniziativa per la promozione dei temi della One Health

One Health Project, promosso dall'ESG Culture LAB di EIKON Strategic Consulting, Healthware Group e con il supporto incondizionato di Fondazione MSD, ha l'obiettivo di **promuovere la conoscenza dei temi della One Health**, adottando un approccio collaborativo e inclusivo e favorendo azioni di prevenzione e pratiche sostenibili, che preservino l'interconnessione e l'equilibrio tra esseri umani, animali e ambiente.

Oltre al settore della salute e della ricerca, One Health Project intende fare rete e creare sinergie tra gli esperti, il mondo della cultura, l'associazionismo, il terzo settore, gli innovatori digitali e la scuola.

L'indagine "**Scuola e One Health**" ha infatti evidenziato che il 78% del campione di studenti e studentesse non ha mai sentito parlare della strategia globale "One Health", ma la quasi totalità dei partecipanti (90%) ritiene che la propria scuola dovrebbe interessarsi all'interconnessione tra la salute di umani, animali, piante e ambiente.

One Health Project | Scuole in Azione si propone di fornire un contributo a questo gap formativo, rivolgendosi ad **istituzioni scolastiche secondarie di secondo grado in tutto il territorio nazionale**, con la partecipazione di insegnanti e studenti al **gioco interattivo One Health One Game**. Grazie all'approccio di apprendimento basato sul gioco (**game based learning**), questa **innovativa attività formativa** mira a promuovere la diffusione di conoscenze e competenze legate alla salvaguardia della salute nella prospettiva One Health, coinvolgendo anche le Associazioni di Pazienti e il Terzo Settore. Inoltre, quasi la metà (47%) del campione considera le nuove tecnologie fondamentali per una salute integrata e interconnessa. Per questo, in sinergia con aziende innovative e startup, One Health Project intende promuovere anche il ruolo chiave della digitalizzazione, che contribuisce ad una gestione efficiente delle risorse e ad una migliore prevenzione delle malattie.

Azioni di prevenzione e pratiche sostenibili per un futuro equilibrato

Uno degli aspetti centrali del modello della One Health è la **prevenzione**. Prevenire la diffusione di malattie richiede sforzi congiunti tra professionisti della salute umana, veterinaria e ambientale. Ciò implica la promozione di stili di vita sani, la gestione responsabile degli animali e la salvaguardia dell'ambiente. I programmi di prevenzione supportati dal digitale possono essere una soluzione o comunque un valido riferimento in tal senso per offrire approcci innovativi alla gestione della propria salute.

In un'epoca caratterizzata da rapidi mutamenti, l'importanza di **agire in un contesto interdisciplinare** diventa sempre più evidente, richiedendo la progettazione di **interventi innovativi** e lo sviluppo di **competenze trasversali**.

Parte integrante di questa visione è l'investimento nella **formazione**, incoraggiando una preparazione che possa affrontare sfide complesse in modo efficace. Questa formazione dovrebbe abbracciare un approccio integrato che metta in risalto la connessione tra salute umana, animale e ambientale. Infine, è auspicabile l'adozione di un approccio **One "Digital" Health**, basato sull'interoperabilità delle **piattaforme** e sull'utilizzo dei **dati** per influenzare politiche e comportamenti.

Conclusioni

La One Health è una prospettiva innovativa che considera la salute umana, animale e ambientale come un'unica entità interconnessa. Questo approccio integrato riconosce che la salute di ogni individuo è strettamente legata alla salute degli altri e dell'ecosistema in cui viviamo. Attraverso la comprensione delle interconnessioni tra esseri umani, animali e ambiente, la One Health si propone di affrontare le sfide globali in modo più efficace e sostenibile.

<https://www.agendadigitale.eu/scuola-digitale/one-health-un-approccio-integrato-per-la-salute-globale/>



Crisi ambientale, una strage da evitare

Le misure dei governi contro i migranti servono ad abituarci alle stragi a cui andrà incontro la metà più svantaggiata della popolazione mondiale, se non si agisce contro la crisi climatica. Si può invertire il deterioramento dell'ambiente solo se si adotta un approccio fondato sull'iniziativa locale e dal basso, coinvolgendo chi fugge dalle aree più colpite.

GUIDO VIALE

Intervento all'iniziativa organizzata dal CRS “[Fare o disfare l'Europa](#)”, tenutasi il 16 marzo 2024 a Roma.

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito, con una accelerazione progressiva, a una deriva che, nei paesi che fanno riferimento a un sempre più indefinito Occidente sposta a destra non solo l'asse della politica, ma anche quello sociale e quello culturale.

Per destra intendo un orizzonte improntato all'autoritarismo, alla repressione del dissenso, a un razzismo sempre meno velato, alla legittimazione delle differenze economiche e sociali – anche quando sono gigantesche – a una politica nazionalista e sovranista – anche se pienamente compatibile con la dimensione globale del mercato – e ora sempre più impegnata in armamenti, belligeranze e guerre.

Non si tratta di connotati peculiari delle destre. Sono orientamenti presenti anche in molte componenti sociali e politiche che si rifanno alle sinistre storiche o a quel che ne resta, sempre comunque in forme meno esplicite, meno ostentate e spesso meno consapevoli.

All'origine di questa deriva o, comunque, come suo denominatore comune, c'è la paura o il rigetto dei migranti, il programma di fare argine ai loro flussi crescenti anche con misure esplicite di respingimento. Ma all'origine di queste paure e di questo rigetto c'è una percezione vaga, e spesso apertamente negata, di una crisi climatica e ambientale incombente.

La sensazione è che in questo mondo non ci sia più posto per tutti e che la globalizzazione abbia di fatto spalancato le porte a una folla sterminata di persone, gruppi e popoli che cercano, per costrizione o per scelta, un posto lontano da territori che non li vogliono più.

Sono paure e percezioni vaghe ma giuste, commisurate alle dimensioni della crisi climatica e ambientale che incombe. Viceversa, con l'eccezione dei pochi scienziati impegnati direttamente sul fronte di questa crisi, l'atteggiamento che prevale tra politici, media, accademici e intellettuali che si confrontano con questo problema è di assoluta sottovalutazione degli effetti ormai irreversibili che la crisi ambientale e climatica imporrà alle nuove generazioni, a partire da quelle già presenti su questa Terra.

Comunque vada non ci sarà certo un cambio di rotta subitaneo a livello mondiale. Le emissioni climalteranti continueranno e supereranno il budget disponibile per fermare il riscaldamento globale a +1,5 °C. Ci siamo già arrivati quest'anno! Ma se anche cessassero domani, la Terra continuerà comunque a

riscaldarsi per anni. Calotte polari e ghiacciai continueranno a sciogliersi, il livello degli oceani ad alzarsi sommergendo milioni di chilometri quadrati di terre emerse, i fiumi a non ricevere più acqua e il permafrost a emettere metano nell'atmosfera, innescando un feed-back positivo. Gli eventi estremi – uragani, alluvioni, grandinate, ondate di caldo, siccità e incendi – sono destinati a moltiplicarsi.

Prima che tutti i governi, le imprese, le città, i produttori e i consumatori del mondo siano costretti, dalla violenza degli eventi avversi più che da accordi a livello internazionale, nazionale e locale, a rinunciare a far uso degli idrocarburi sepolti in quella cassaforte che chiamano Terra, questa avrà avuto tutto il tempo di andare in rovina.

Sono già cambiate, e continueranno a cambiare, le correnti sia dell'atmosfera che degli oceani e con esse il "tempo", quello locale, sul cui andamento siamo abituati a organizzare la nostra vita quotidiana. Cambierà anche questa, volenti o nolenti.

Le comunità, grandi o piccole, che sapranno attrezzarsi per adattarsi a condizioni di vita sempre più ostiche – una vita più sobria, ma anche più ricca di relazioni e di esperienze – faranno da apripista a quelle che, bene o male, dovranno seguirle; pena la loro scomparsa.

Ma chi si occupa di delineare e far conoscere gli scenari del nostro pianeta di qui a non molti decenni a venire? Per quel che ne so, quasi nessuno.

Secondo Gaia Vince (**Il secolo nomade**, Bollati Boringhieri, 2023) entro la fine del secolo la metà più popolata del pianeta sarà inabitabile per le temperature troppo elevate o perché sommersa dal mare. Ci saranno centinaia di milioni, forse miliardi di profughi e migranti che cercheranno scampo nella metà del pianeta ancora vivibile, soprattutto quella settentrionale, resa forse più fertile dallo scioglimento del permafrost e dal riscaldamento globale. Ma Gaia Vince non fa i conti con le fobie antimigranti attizzate ormai in tutti i paesi di immigrazione: dalla Svezia alla Tunisia, dal Myanmar all'Australia, dagli Stati Uniti al Giappone; per lei le migrazioni sono positive sia per chi le intraprende che per chi dovrebbe accoglierle. D'altronde si tratterebbe di vicende provvisorie, perché per Gaia Vince sul lungo periodo la geoingegneria riuscirà a riportare il pianeta nelle condizioni iniziali.

Lo scenario delineato da Parag Khanna (**Il movimento del mondo**, Fazi, 2023) non è differente: ma è più articolato nel delineare la situazione di ogni singola area del pianeta e nel definire le chances delle diverse categorie e classi sociali della popolazione terrestre. Per entrambi gli autori, comunque, non c'è alternativa alla migrazione di miliardi di esseri umani nei decenni a venire: per Khanna sono già oggi avvantaggiati – e lo saranno sempre di più – i giovani delle generazioni x e z ("millennials" e successive), più propensi a cambiare paese e lavoro, anche più volte, e forniti di competenze spendibili ovunque; resterà indietro, costretta a spostamenti non programmati, la massa dei non qualificati.

Resisteranno allo svuotamento, e attireranno anzi competenze, grazie all'aria condizionata, alle colture idroponiche, ai desalinatori, alle energie rinnovabili e, ovviamente, al denaro, anche alcune **enclave**, come i paesi del Golfo, collocate nelle fasce del pianeta più esposte alla crisi; ma il grosso dei movimenti si dirigerà verso le regioni subartiche, liberate dai ghiacci.

La tecnologia offre – secondo Khanna – la possibilità di ricollocare tutti, ma occorrerebbe pianificare quei movimenti e, prima ancora, accettarli come inevitabili; cosa che secondo lui possono fare solo gli Stati, e che adesso non fanno. Anzi, si muovono in una direzione contraria, ma di breve respiro e impercorribile. Purtroppo, un programma che affronti alla radice il problema non può essere affidato a nessuno degli attuali governi.

Non si tratta di vaneggiamenti; fin dal 2004 il Pentagono aveva redatto un documento, poi fatto scomparire, per sostenere che i paesi "sviluppati" dovevano prepararsi a una guerra senza quartiere contro le ondate di profughi che avrebbero cercato di sfondare i loro confini a causa della crisi climatica. Quelli che non lo avessero fatto erano condannati a soccombere (Andrew Marshall: **Rapporto al Pentagono sul Clima**, 2004, <https://www.peacelink.it/ecologia/a/3252.html>).

Ecco da dove nasce il progetto, mai esplicitamente enunciato, di "Fortezza Europa": dalla convinzione che in questo mondo non c'è più posto per tutti. Quello che in realtà viene prospettato dai razzisti di "Fortezza Europa" e di molte altre fortezze – senza dirlo; nascondendosi, al contrario, dietro professioni di negazionismo climatico – è lo sterminio, per abbandono o per aperto contrasto, di più della metà della popolazione mondiale. Le campagne e le misure contro i profughi e migranti "clandestini" di oggi servono ad abituarci a queste stragi, a coltivare la nostra indifferenza.

Ormai è chiaro che il riscaldamento globale non verrà contenuto entro i limiti che la COP 21 di Parigi si era dati. E nemmeno verranno rispettati gli altri limiti planetari nei molti ambiti in cui si è prossimi o si è già superata la capacità di carico del pianeta. Abbandonare la lotta contro il collasso del pianeta alle attuali classi dirigenti è una scelta suicida. Che cosa attenda veramente le future generazioni è difficile a dirsi: niente, comunque, di buono.

Proprio per questo, forse, senza abbandonare il perseguimento degli obiettivi generali, enunciati e mai perseguiti, di mitigazione della crisi climatica e del dissesto ambientale – cioè tesi a ridurre le cause – quelli che gli scienziati di tutto il mondo hanno ormai resi ben chiari, la strada da percorrere per riconnetterli alle preoccupazioni della vita quotidiana sembra essere soprattutto quella dell'adattamento.

Ovviamente, così come non si può più dare credito a una mitigazione gestita attraverso meccanismi di mercato, occorre combattere con tutte le forze l'adattamento gestito dall'alto attraverso soluzioni tecnologiche tese a "compensare" gli effetti e non a contrastare le cause della crisi climatica.

L'adattamento con cui fare fronte alle peggiorate condizioni di vita che attendono le future generazioni non può che essere gestito dal basso: in forme che comunque contribuiscono anche alla mitigazione della crisi.

Mano a mano che si moltiplicano eventi climatici estremi, e che i territori degradati non sono più in grado di assorbirli o neutralizzarli, i membri delle comunità colpite sono, e saranno sempre di più, sospinti, ciascuno e ciascuna con le proprie motivazioni e per le proprie vie, ma pur sempre in un contesto di condivisione, a reagire: prima per contenere e rimediare ai danni; poi, forse, per prevenirli. Lo abbiamo constatato in occasione di alcuni dei disastri ambientali che hanno colpito la nostra penisola.

A patto di riuscire a individuare i mezzi da impiegare e soprattutto la strada da percorrere. Cioè pratiche e lotte che possono svilupparsi solo attraverso aggregazioni e coalizioni territoriali, in rete tra loro, a partire dai bisogni più immediati.

Solo quelle aggregazioni – che necessariamente si potranno sviluppare solo in forme discontinue, "a macchia di leopardo", ma che avvertiranno immediatamente la necessità di mettersi in rete per sostenere progetti, programmi e rivendicazioni di carattere generale – possono permettere di costruire le forze per perseguire dei risultati, ancorché parziali e locali, che concorrano però a far fronte alle minacce più generali, in ambiti come: la riduzione del consumo di suolo e del dissesto idrogeologico; la promozione di un'agricoltura di prossimità e di una alimentazione conseguente; l'introduzione di sistemi di mobilità condivisa capaci di sostituire l'orda delle auto private – elettriche e non – che la crisi ambientale renderà insostenibile (non in termini generali e astratti, ma per ciascuno di noi). E così, via via, per tutti gli altri "servizi": acqua, elettricità, connessioni, rifiuti, sanità, istruzione.

Potrebbe diventare necessario riportare sul territorio quelle produzioni e quelle attività che rispondono maggiormente ai bisogni più elementari che possono essere svolte in loco. Ma, soprattutto, si dovrà lavorare per creare un ambiente in grado di accogliere e restituire un futuro ai milioni – forse, domani, miliardi – di uomini e donne, vecchi e bambini, che non ne hanno più a disposizione uno vivibile.

In un mondo che pratici l'eguaglianza, o che lavori per affermarla, c'è posto per tutti.

In alcuni casi contrastare e invertire il deterioramento dell'ambiente anche in presenza di una crisi climatica che avanza sembra ancora possibile. A patto che si adotti anche nelle aree più colpite un approccio fondato sull'iniziativa locale e dal basso.

Molte delle terre inaridite e devastate possono ancora essere risanate, rimboschite, irrigate, coltivate, con tanti progetti grandi e piccoli come quello, per metà abbandonato, della grande cintura verde del Sahel; rinforzando o ricostituendo le comunità locali come presidio del risanamento del loro territorio.

Ma chi può farsi protagonista di una svolta del genere se non l'iniziativa dei migranti che raggiungono l'Europa, se venissero accolti, inclusi, formati e arricchiti delle relazioni con le comunità che li ospitano, e messi così in condizione sia di poter tornare volontariamente alle loro terre di origine – cosa che la maggior parte di loro desidera – ma anche di rientrare quando vogliono nel paese in cui si sono rifugiati? E chi può progettare meglio il futuro del proprio paese e lottare di più contro chi lo sta riducendo a un deserto e a un inferno politico se non la comunità degli espatriati che ne sono fuggiti? Certo la guerra, la militarizzazione del mondo e la vendita di armi ai dittatori, come lo sfruttamento senza limiti dei loro paesi, non aiutano. Ma questi sono problemi che riguardano innanzitutto noi.

<https://centroriformastato.it/crisi-ambientale-una-strage-da-evitare/>



Stime del carico di mortalità globale associato all'esposizione a breve termine al particolato fine (PM_{2.5})

Wenhua Yu ^a, Rongbin Xu , Tingting Ye , Prof Michael Abramson , Prof Lidia Morawska , Bin Jalaludin ,, Prof Fay H Johnston^f, Sarah B Henderson, Luke D Knibbs , Geoffrey E ALTRI

Riepilogo

Sfondo

Gli effetti acuti sulla salute dell'esposizione a breve termine (da ore a giorni) al particolato fine (PM_{2.5}) sono stati ben documentati; tuttavia, il carico di mortalità globale attribuibile a questa esposizione non è stato stimato. Abbiamo mirato a stimare il carico di mortalità globale, regionale e urbano associato all'esposizione a breve termine al PM_{2.5} e le variazioni spazio-temporali di questo carico dal 2000 al 2019.

Metodi

Abbiamo combinato le concentrazioni giornaliere globali stimate di PM_{2.5}, i conteggi annuali della popolazione, i tassi di mortalità a livello nazionale e le funzioni esposizione-risposta derivate epidemiologicamente per stimare la mortalità attribuibile all'esposizione a breve termine a PM_{2.5} dal 2000 al 2019, nell'area continentale, regioni e in 13 189 centri urbani in tutto il mondo con una risoluzione spaziale di 0.1° × 0.1°. Abbiamo testato la robustezza delle nostre stime di mortalità con diversi livelli teorici di esposizione minima al rischio, effetti di ritardo e funzioni esposizione-risposta.

Risultati

Circa 1 milione (95% CI 690 000–1,3 milioni) di morti premature all'anno dal 2000 al 2019 erano attribuibili all'esposizione a breve termine a PM_{2.5}, che rappresenta il 2,08% (1,41–2,75) del morti globali totali o 17 (11–22) morti premature ogni 100.000 abitanti. Ogni anno, 0,23 milioni (0,15 milioni–0,30 milioni) di decessi attribuibili all'esposizione a breve termine a PM_{2.5} avvenivano nelle aree urbane, costituendo il 22,74% del totale dei decessi globali attribuibili a questa causa e responsabili di 2,30% (1,56–3,05) del totale dei decessi globali nelle aree urbane. Le analisi di sensibilità hanno mostrato che le nostre stime mondiali della mortalità attribuita all'esposizione a breve termine a PM_{2.5} erano robuste.

Interpretazione

L'esposizione a breve termine al PM_{2.5} contribuisce a un sostanziale onere di mortalità globale, in particolare in Asia e Africa, nonché nelle aree urbane globali. I nostri risultati evidenziano l'importanza delle strategie di mitigazione per ridurre l'esposizione a breve termine all'inquinamento atmosferico e i suoi effetti negativi sulla salute umana.

Finanziamento

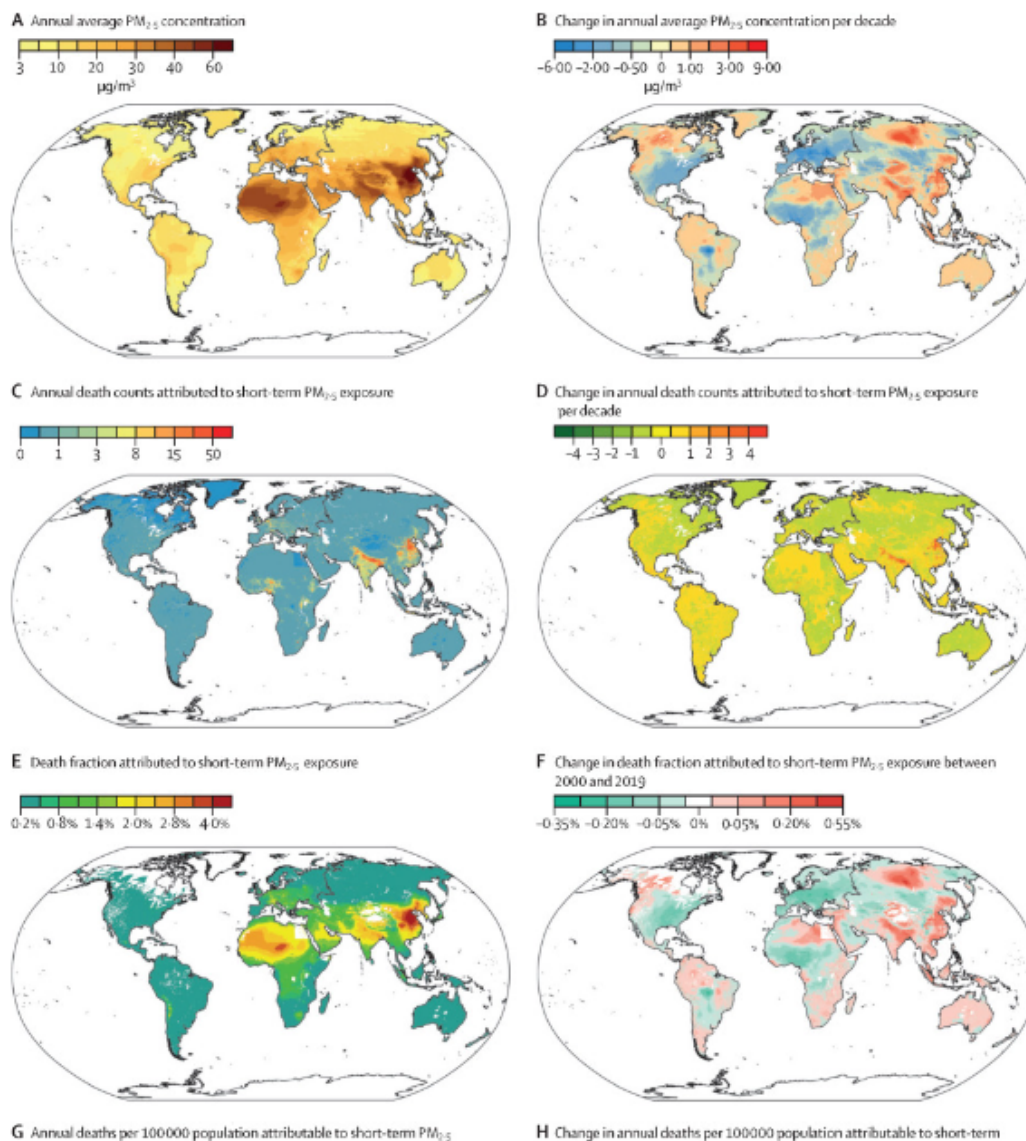
Consiglio australiano della ricerca e Consiglio nazionale australiano per la ricerca sanitaria e medica.

Introduzione

Gli effetti negativi sulla salute dell'esposizione a breve termine (da ore a giorni) all'inquinamento atmosferico sono stati ben documentati.¹ L'esposizione a breve termine a livelli elevati di

inquinamento può aumentare i rischi di ricovero ospedaliero e portare a morti premature: ad esempio, si stima che i megaincendi in Australia durante la cosiddetta estate nera del 2019-20 abbiano causato 429 morti premature legate al fumo e 3.230 ricoveri ospedalieri a seguito di un'esposizione acuta e persistente a livelli estremamente elevati di inquinamento atmosferico correlato agli incendi boschivi.²

Il particolato, in particolare il particolato fine con un diametro aerodinamico inferiore a $2,5 \mu\text{m}$ ($\text{PM}_{2.5}$), continua a generare preoccupazioni tra i politici e il pubblico a causa della sua ubiquità e degli effetti negativi sulla salute. Studi precedenti hanno stimato il carico di mortalità globale attribuibile all'esposizione a lungo termine (media mensile o annuale) al $\text{PM}_{2.5}$.^{3, 4, 5} Mentre tali studi considerano i rischi cronici per la salute derivanti dagli effetti cumulativi persistenti dell'esposizione,⁶ studi sull'esposizione a breve termine al $\text{PM}_{2.5}$ si concentrano sui rischi per la salute derivanti dai cambiamenti giornalieri dell'esposizione.



⁷ Sebbene molte prove scientifiche dimostrino che l'esposizione a breve termine al $\text{PM}_{2.5}$ è associata a un aumento del rischio di mortalità,^{1, 8} la comprensione dei corrispondenti oneri di mortalità globale e regionale e delle variazioni spatio-temporali di tali oneri è meno sviluppata —in particolare nelle aree in cui i dati di monitoraggio sono scarsi o non disponibili. Inoltre, le aree urbane hanno un'elevata densità di popolazione e alti livelli di inquinamento atmosferico, e comprendere il carico di mortalità associato all'esposizione a breve termine al $\text{PM}_{2.5}$ in tali aree è fondamentale per mitigare gli effetti negativi dell'inquinamento atmosferico sulla popolazione urbana.

Metodi

Stime della concentrazione giornaliera globale di PM_{2.5}

Abbiamo utilizzato un framework di apprendimento automatico deep ensemble⁹ per stimare la concentrazione giornaliera globale di PM_{2.5} a livello superficiale con una risoluzione spaziale di 0.1° × 0.1° (circa 11 km × 11 km all'equatore).¹⁰ In breve, è stato stabilito un modello di apprendimento automatico sulla base di misurazioni a terra effettuate da 5446 stazioni di monitoraggio in 65 paesi dal 2000 al 2019. Le concentrazioni giornaliere stimate di PM_{2.5} erano altamente correlate con le misurazioni di monitoraggio a terra, con un R² di 0,91 e un errore quadratico medio di 7,86 µg/m³ per i dati indipendenti invisibili, sebbene tali monitoraggi non fossero distribuiti uniformemente e avessero periodi di raccolta dati limitati. I dettagli riguardanti la stima della concentrazione giornaliera globale di PM_{2.5} possono essere trovati nel nostro studio precedente.¹⁰

A Death fraction attributed to short-term PM_{2.5} exposure

2000		2010		2019	
Country ranking	Death fraction (%)	Country ranking	Death fraction (%)	Country ranking	Death fraction (%)
1 China	3.1 (2.1-4.2)	1 China	3.4 (2.3-4.5)	1 China	3.2 (2.2-4.2)
2 Niger	2.9 (2.0-3.9)	2 North Korea	2.8 (1.9-3.7)	2 North Korea	2.9 (1.9-3.8)
3 Mauritania	2.9 (2.0-3.9)	3 Armenia	2.7 (1.8-3.5)	3 Bangladesh	2.7 (1.8-3.6)
4 North Korea	2.8 (1.9-3.6)	4 South Korea	2.6 (1.8-3.4)	4 Niger	2.6 (1.8-3.5)
5 South Korea	2.6 (1.8-3.4)	5 Niger	2.6 (1.7-3.4)	5 South Korea	2.6 (1.8-3.4)
6 Mali	2.6 (1.7-3.4)	6 Mauritania	2.6 (1.7-3.4)	6 Mauritania	2.6 (1.7-3.4)
7 Burkina Faso	2.5 (1.7-3.3)	7 Bangladesh	2.5 (1.7-3.3)	7 Armenia	2.6 (1.7-3.4)
8 Armenia	2.5 (1.7-3.3)	8 Pakistan	2.5 (1.7-3.3)	8 India	2.5 (1.7-3.3)
9 Western Sahara	2.4 (1.7-3.2)	9 India	2.5 (1.7-3.3)	9 Pakistan	2.5 (1.7-3.3)
10 Nigeria	2.4 (1.6-3.2)	10 Egypt	2.4 (1.6-3.2)	10 Egypt	2.5 (1.7-3.2)
11 Bangladesh	2.4 (1.6-3.2)	12 Mali	2.3 (1.6-3.0)		
14 Pakistan	2.3 (1.5-3.0)	17 Burkina Faso	2.2 (1.5-2.9)		
15 India	2.3 (1.5-3.0)	24 Nigeria	2.1 (1.4-2.8)		
34 Egypt	2.0 (1.4-2.7)	39 Western Sahara	2.0 (1.3-2.6)		

B Annual deaths per 100000 population attributable to short-term PM_{2.5} exposure

2000		2010		2019	
Country ranking	Attributable deaths per 100000 population	Country ranking	Attributable deaths per 100000 population	Country ranking	Attributable deaths per 100000 population
1 Niger	51 (34-67)	1 Chad	31 (21-41)	1 Serbia	28 (19-37)
2 Mali	46 (31-61)	2 Nigeria	30 (20-40)	2 Bulgaria	27 (18-36)
3 Nigeria	43 (29-57)	3 Niger	29 (20-39)	3 North Korea	26 (18-35)
4 Chad	41 (28-55)	4 Serbia	29 (20-38)	4 Chad	26 (18-34)
5 Sierra Leone	41 (28-55)	5 Central African Republic	29 (19-38)	5 Nigeria	25 (17-33)
6 Burkina Faso	39 (26-52)	6 Mali	28 (19-38)	6 Romania	25 (17-33)
7 Central African Republic	36 (25-47)	7 Bulgaria	28 (19-38)	7 Armenia	25 (17-33)
8 Guinea	31 (21-41)	8 Belarus	27 (18-36)	8 Georgia	24 (16-31)
9 Guinea-Bissau	30 (21-40)	9 Ukraine	27 (18-36)	9 Hungary	23 (16-30)
10 Cameroon	29 (20-38)	10 Lesotho	27 (18-35)	10 China	23 (15-30)
11 Serbia	28 (19-37)	12 Romania	26 (17-34)	13 Ukraine	22 (15-29)
14 Ukraine	27 (18-36)	13 Georgia	26 (17-34)	14 Mali	22 (15-29)
15 Bulgaria	27 (18-36)	14 Armenia	25 (17-34)	15 Niger	21 (14-28)
33 Belarus	22 (15-29)	15 Hungary	25 (17-33)	16 Central African Republic	21 (14-28)
34 Lesotho	22 (15-29)	16 North Korea	24 (17-32)	22 Belarus	19 (13-26)
		17 China	24 (16-32)	23 Lesotho	19 (13-26)

[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(24\)00003-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(24)00003-2)

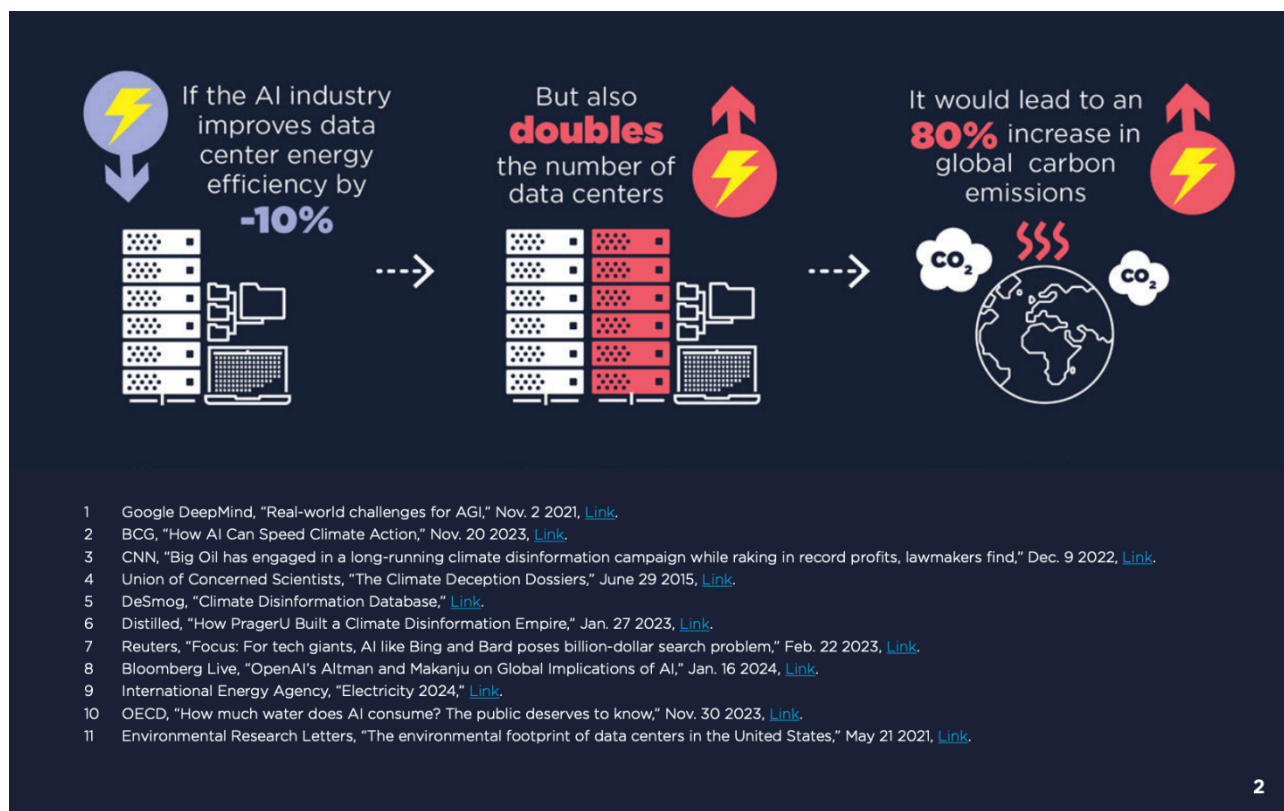
L'intelligenza artificiale non ci salverà dal cambiamento climatico: la denuncia

Simone Cosimi

L'allarme di un gruppo di organizzazioni in un rapporto: le tecnologie legate all'IA causeranno con ogni probabilità un aumento del consumo di energia e un'impennata nella diffusione della disinformazione climatica

L'intelligenza artificiale ci aiuterà a risolvere la crisi climatica? Nì. Anzi no. Almeno per ora. Lo denuncia un gruppo di organizzazioni ambientaliste raccolte nella Climate action against disinformation coalition di cui fa parte anche Friends of the Earth, che hanno appena pubblicato [un rapporto sul tema](#).

Secondo l'indagine, sono infatti speranze mal riposte: le tecnologie legate all'AI causeranno con ogni probabilità, sul lato pratico, un aumento del consumo di energia e - sul lato per così dire informativo e culturale - un'impennata nella diffusione della disinformazione climatica.



Ma quindi, i pomposi annunci dei colossi tech che stanno sviluppando piattaforme di vario genere - ma anche da parte delle Nazioni Unite, a dirla tutta - sarebbero infondati?

Eppure ci stanno raccontando, in questi mesi, di come potremo tenere d'occhio lo scioglimento degli iceberg, monitorare il ritmo della deforestazione, identificare fonti di inquinamento, tracciare e prevedere gli eventi meteorologici estremi solo per fare alcuni esempi.

Il nuovo rapporto mette in dubbio queste ricadute positive, avvertendo - come spiega il Guardian - che la tecnologia porterà a un crescente utilizzo di energia da parte dei data center e, su un altro ordine di questioni, a una progressiva proliferazione di falsità sulle scienze del clima.

"Sentiamo continuamente dire che l'intelligenza artificiale potrà salvare il pianeta ma non dovremmo credere a questa pubblicità" ha affermato Michael Khoo, direttore del programma di disinformazione climatica di Friends of the Earth, che fa parte dell'Azione per il clima contro la disinformazione.

"Non è che l'intelligenza artificiale ci stia liberando del motore a combustione interna. Le persone saranno indignate nel vedere quanta più energia verrà consumata nei prossimi anni e come l'IA ci inonderà di disinformazione sui cambiamenti climatici". Un fronte, quest'ultimo, del quale abbiamo parlato in molte occasioni.

Primo fronte di preoccupazioni, il consumo dei data center.

La crescente domanda di elettricità da parte dell'intelligenza artificiale, si legge nel rapporto, che potrebbe legarsi a un semplice raddoppio dei data center -necessario per tenere il passo con il settore e con la crescente

complessità delle operazioni rese disponibili dall'AI - causerà un aumento dell'80% delle emissioni di riscaldamento del pianeta, anche se ci sono misure per migliorare l'efficienza energetica di questi centri. Se ne hanno già segnali negli Stati Uniti, dove le centrali elettriche a carbone hanno visto prolungare il proprio periodo di servizio. [Un'altra ricerca](#) ha scoperto che nel giro di tre anni, l'infrastruttura dedicata ad alimentare le soluzioni AI potrebbe consumare tanta energia quanta ne consuma la Svezia. D'altronde la stessa Google ha spiegato che la generazione di query di intelligenza artificiale potrà pesare, in termini di potenza di calcolo, come dieci semplici ricerche online.

A livello generale, l'Agenzia internazionale per l'energia stima invece che l'utilizzo di energia dai data center che alimentano l'intelligenza artificiale raddoppierà nel giro dei prossimi due anni, arrivando a un consumo pari a quello del Giappone.

Questi data center utilizzano fra l'altro grandi quantità di acqua per le proprie operazioni e sono spesso situati in aree che già affrontano la scarsità di questa risorsa

"Queste statistiche sono solo stime - si legge nel rapporto - perché le aziende di intelligenza artificiale continuano a trattenere la maggior parte dei dati.

Una rendicontazione trasparente consentirebbe ai ricercatori di sapere se l'uso di sistemi di intelligenza artificiale compenserà o meno eventuali risparmi.

Ad esempio, se il settore dell'intelligenza artificiale migliorasse l'efficienza dei data center del 10% ma il loro numero raddoppiasse, questo comporterebbe comunque un aumento dell'80% nelle emissioni globali di carbonio" per quell'ambito.

Insomma, secondo gli autori "non c'è alcuna base per ritenere che la presenza dell'intelligenza artificiale ridurrà il consumo di energia, tutte le prove indicano che aumenterà in modo massiccio il consumo di energia a causa di tutti i nuovi data center - aggiunge Khoo - sappiamo che ci saranno piccoli miglioramenti in termini di efficienza nei data center ma il semplice calcolo è che le emissioni di carbonio aumenteranno".

C'è poi il fronte della disinformazione.

"L'IA frattura l'ecosistema dell'informazione", dicono le organizzazioni, proprio nel momento in cui avremmo bisogno di un sistema informativo compatto e scientificamente fondato, specialmente su questi argomenti.

"L'intelligenza artificiale è perfetta per inondare di contenuti fasulli prodotti velocemente e a basso costo - aggiunge il program director di Friends of the Earth al Guardian - si può facilmente vedere come si trasformerà in uno strumento di disinformazione climatica. Vedremo le persone bersagliate in modo implacabile di contenuti di questo tipo".

I modelli di intelligenza artificiale consentiranno ai professionisti della disinformazione climatica e all'industria dei combustibili fossili, si legge ancora nel documento, di continuare a costruire campagne di disinformazione per decenni.

"E mentre molti dei Ceo delle società che sviluppano software di intelligenza artificiale nella Silicon Valley focalizzano la loro attenzione su possibili e lontane catastrofi umanitarie o un futuro alla Terminator, ricercatori e tecnologi, soprattutto donne di colore, hanno richiamato l'attenzione ai danni discriminatori che l'IA sta già causando oggi".

Dalla discriminazione legata al riconoscimento facciale alla creazione e diffusione di deepfake pornografici passando appunto per la costruzione di un universo negazionista parallelo sui temi climatici.

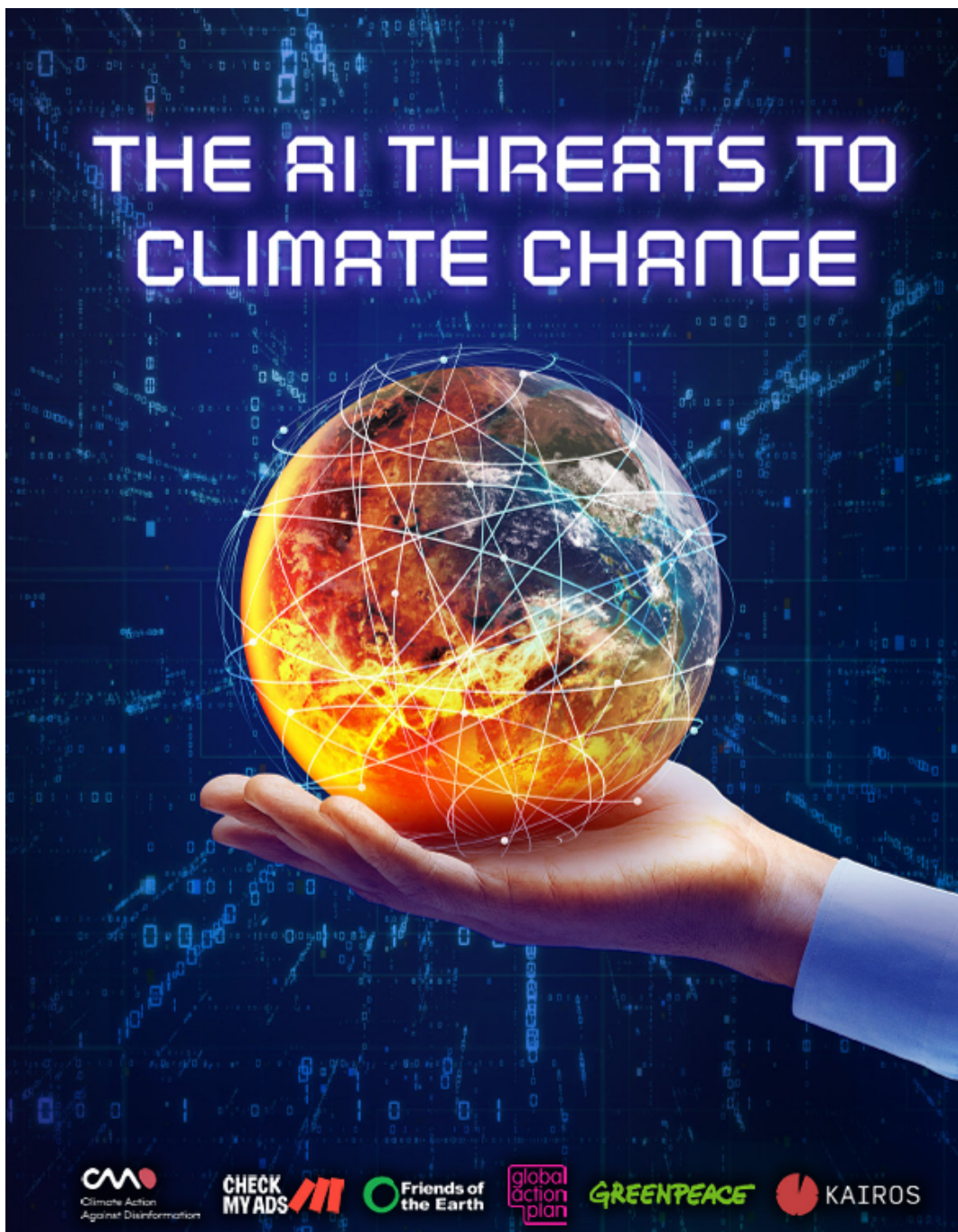
Per questo servirebbe maggiore trasparenza sull'uso dell'energia dell'intelligenza artificiale, afferma il rapporto.

Per esempio, fra le tante misure suggerite, con relazioni periodiche sul consumo e sulle emissioni prodotte nell'intero ciclo di vita dei modelli di intelligenza artificiale, inclusi formazione, aggiornamento ed esecuzione di query di ricerca e rispetto degli standard di reporting esistenti.

E poi misure di salvaguardia che monitorino la produzione di falsità sul clima.

In un quadro già tremendamente compromesso, specialmente in posti come X (l'ex Twitter), territorio ormai di predominio negazionista, i gruppi tech dovrebbero spiegare in che modo i loro modelli di intelligenza artificiale producano informazioni, quale sia la loro accuratezza sul cambiamento climatico e le fonti sicure per le affermazioni che forniscono agli utenti

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/03/08/news/intelligenza_artificiale_cambiamenti_climatici-422277407/



https://foe.org/wp-content/uploads/2024/03/AI_Climate_Disinfo_v4_030124.pdf

quotidianosanita.it

Inquinamento. PM2,5 killer a breve termine, un morto su due.

L'Asia paga il prezzo più alto

L'esposizione a breve termine al particolato fine PM2,5 provoca, ogni anno, più di un milione di decessi a livello globale. Uno studio australiano ha monitorato, per circa 20 anni, la mortalità e i livelli di PM2,5 in più di 13mila città di tutto il mondo, focalizzandosi sull'esposizione di questo

particolato a breve termine. L'Asia è il continente che fa registrare la maggiore incidenza di mortalità.

08 MAR - Ogni anno, più di un milione di decessi a livello globale è dovuto all'esposizione a breve termine, nella misura di ore o giorni, al particolato fine PM2,5. Ne rende conto un nuovo report – pubblicato da *The Lancet Planetary Health* e condotto dalla Monash University di Melbourne – che evidenzia anche come in Asia si registrino oltre il 50% dei decessi attribuibili al PM2,5 a breve termine. Le ricerche condotte fino a oggi non hanno preso in considerazione i picchi di inquinamento, che possono avere un impatto sulle aree urbane più piccole e che possono derivare, per esempio, da incendi o altri eventi estremi che determinano un aumento notevole di concentrazione degli inquinanti per un breve periodo.

Questo studio, invece, ha esaminato la mortalità e i livelli di PM2,5 in più di 13mila città di tutto il mondo per due decenni, fino al 2019, focalizzandosi sull'esposizione a breve termine a livello globale. I ricercatori hanno scoperto che respirare PM2,5 anche per poche ore e fino a pochi giorni, provoca oltre un milione di morti premature ogni anno, in tutto il mondo, in particolare in Asia e Africa. Inoltre, oltre un quinto di questi decessi, il 22,74%, si verifica nelle aree urbane. Nel dettaglio l'Asia rende conto del 65,2% della mortalità globale dovuta all'esposizione a breve termine di PM2,5, l'Africa del 17%, l'Europa del 12,1%, l'America del 5,6% e l'Oceania dello 0,1%.

A causa dell'elevata densità di popolazione nelle aree urbane insieme agli alti livelli di inquinamento atmosferico “comprendere il carico di mortalità associato all'esposizione a breve termine al PM2,5 in tali aree è fondamentale per mitigare gli effetti negativi dell'inquinamento atmosferico sulla popolazione urbana”, sottolineano gli autori.

Fonte: [The Lancet Planetary Health 2024](https://www.thelancet.com/journal/S2468-2667(24)00000-0)

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=120764



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Effetti sulla salute degli interferenti endocrini derivati dai combustibili fossili *Tracey J. Woodruff, Ph.D., MPH*

N Engl J Med 2024; 390:922-933

DOI: 10.1056/NEJMr2300476

L'inquinamento, compreso l'inquinamento atmosferico, l'inquinamento idrico, l'inquinamento da piombo e altri prodotti chimici e le esposizioni professionali tossiche, è la principale causa di morte prematura a livello globale, con oltre il 90% dei decessi legati all'inquinamento che si verificano nei paesi a basso e medio reddito.¹ Si stima che l'inquinamento chimico sia responsabile di almeno 1,8 milioni di morti ogni anno.¹ Questo numero è probabilmente sottostimato, poiché meno del 5% delle circa 350.000 sostanze chimiche registrate per l'uso a livello globale sono state adeguatamente studiate; la maggior parte dei paesi non richiede test per i danni chimici alla salute o la divulgazione dell'uso.²⁻⁴

L'inquinamento chimico è causato dall'estrazione, dalla produzione e dall'uso di combustibili fossili (carbone, petrolio e gas) e i combustibili fossili sono anche il principale motore del cambiamento climatico.⁵ Molte sostanze chimiche derivate dai combustibili fossili (prodotti petrolchimici) interferiscono con la funzione del sistema endocrino.⁵⁻⁷ Questi interferenti endocrini chimici (EDC) sono presenti in molti prodotti industriali e di uso quotidiano (ad esempio, plastica, materiali da costruzione, giocattoli per bambini,

tessuti e coloranti, detersivi, cosmetici e pesticidi).^{2,3,8} Le esposizioni sono state collegate a molteplici condizioni avverse per la salute umana, tra cui cancro, danni allo sviluppo neurologico e infertilità.^{3,4,6,7,9,10} Il consumo di combustibili fossili e la produzione petrolchimica sono più di 15 volte superiori rispetto agli anni '50.³ Negli ultimi 7 decenni, la prevalenza di molteplici patologie croniche e di decessi attribuibili è aumentata negli Stati Uniti e nel mondo.^{4,11} Negli Stati Uniti, ad esempio, tra il 1990 e il 2019, l'aumento dei tassi di disturbi dello sviluppo neurologico, diabete, malattie respiratorie croniche e cancro variava dal 28% al 150%.¹² Numerose società mediche, agenzie governative e revisioni sistematiche hanno concluso che l'esposizione a sostanze chimiche e inquinamento, compresi gli IE, è un importante fattore di rischio per molteplici malattie e disuguaglianze sanitarie e probabilmente contribuisce a questi aumenti, sebbene le associazioni temporali da sole non possano essere interpretate come causali. .^{4,8,13-16}

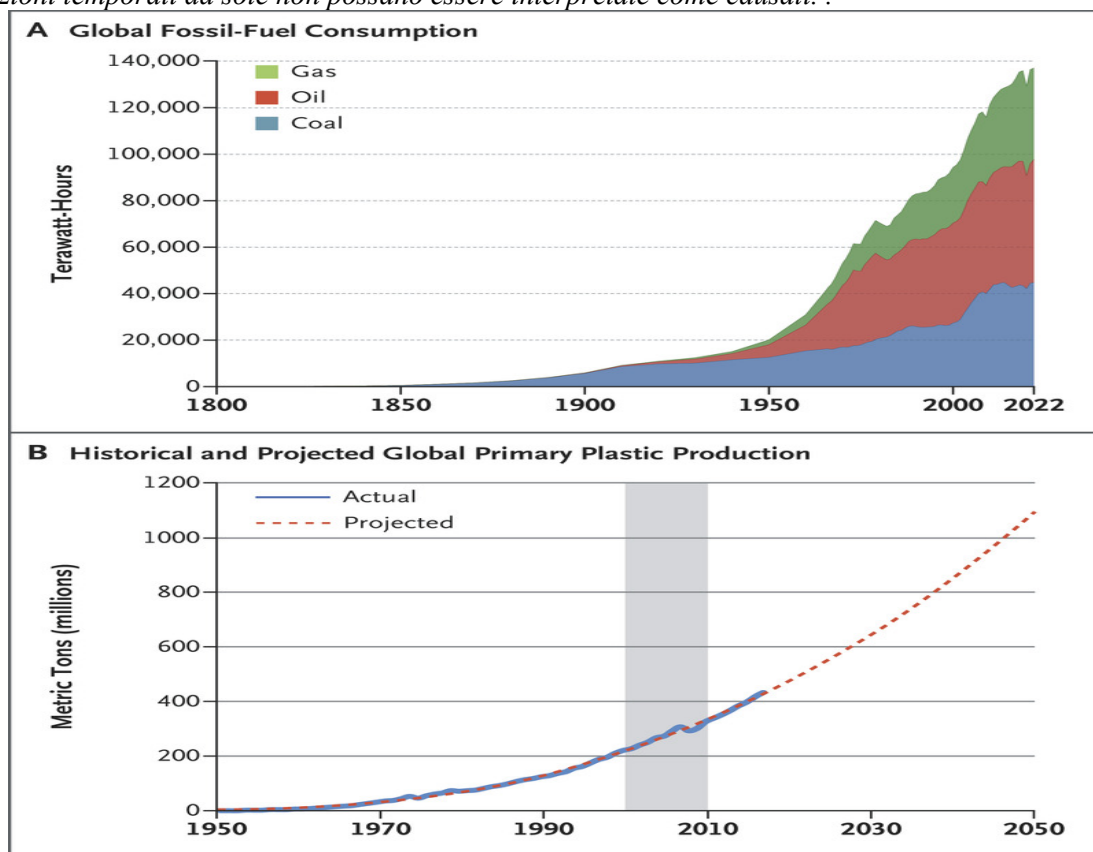


Figura 1 Tendenze nel consumo globale di combustibili fossili e nella produzione primaria di plastica.

Più recentemente, le multinazionali dei combustibili fossili hanno aumentato la produzione di plastica e altri prodotti petrolchimici, poiché aumenta la domanda per effettuare la transizione dal petrolio e dal gas alle fonti energetiche rinnovabili per affrontare il cambiamento climatico^{6,17} (Figura 1). Dalla “rivoluzione dello shale” statunitense (il marcato aumento della produzione statunitense di petrolio e gas attraverso il fracking e la trivellazione orizzontale, a partire dai primi anni 2000), gli Stati Uniti ora rappresentano il 40% della capacità globale di prodotti petrolchimici a base di etano, con un boom della produzione di plastica monouso come nuova fonte di reddito.^{6,21} La produzione di plastica e prodotti chimici ad essa correlati può essere più redditizia della vendita di metano ed etano per ottenere carburante, calore o elettricità.⁵

Attualmente, i prodotti petrolchimici rappresentano il 12% della domanda globale di petrolio, ma sono sulla buona strada per rappresentare più di un terzo della crescita della domanda mondiale di petrolio entro il 2030 e quasi la metà della crescita entro il 2050.²² Nell'ambito della crescita petrolchimica, si prevede che la produzione di plastica a crescere di un fattore pari a quasi 3, da oltre 400 milioni di tonnellate a 1.100 milioni di tonnellate entro il 2050.¹⁸ La produzione di plastica comporta l'uso di numerosi IE, sia nel polimero derivato dalla materia prima (ad esempio, stirene e cloruro di polivinile) e negli additivi (ad esempio ritardanti di fiamma, sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche [PFAS] e ftalati).⁶

Il riconoscimento dei fattori ambientali che contribuiscono alla malattia è aumentato tra alcuni medici, in particolare specialisti in ostetricia e ginecologia,^{4,23} pediatria,²⁴ ed endocrinologia.⁷ Tuttavia, l'aumento delle esposizioni agli IE dovute ai combustibili fossili e i danni alla salute associati richiedono una più ampia comprensione da parte degli operatori sanitari dei rischi associati agli IE e delle strategie per mitigare e prevenire le esposizioni.

Panoramica degli IE

Effetti sulla salute

Un EDC è “una sostanza chimica esogena, o una miscela di sostanze chimiche, che interferisce con qualsiasi aspetto dell’azione ormonale”.² Gli IE possono interrompere l’attività ormonale attraverso molteplici meccanismi, inclusa l’interferenza con i recettori ormonali; alterare la sintesi, la distribuzione, la circolazione e il metabolismo degli ormoni; indurre cambiamenti epigenetici; e alterando l’espressione dei recettori ormonali o il trasporto attraverso le membrane cellulari.²⁵ L’interruzione dell’attività ormonale può aumentare il rischio di molteplici condizioni di salute a valle, inclusi danni riproduttivi femminili e maschili (ad esempio, alterato sviluppo ovarico e ridotta qualità dello sperma), disordini metabolici (ad esempio, obesità e diabete), tumori ormono-sensibili (ad esempio, seno, tumori della prostata e dei testicoli) e danni allo sviluppo neurologico (p. es., diminuzione del quoziente di intelligenza [QI] e disturbo da deficit di attenzione-iperattività).^{3,4,7,8,23} Gli IE possono aumentare il rischio di malattia anche a livelli molto bassi di esposizione a causa di fattori a livello di popolazione che possono aumentare la suscettibilità alla malattia, inclusi fattori intrinseci (ad esempio, condizioni mediche di base, fase di vita e fattori genetici) e fattori estrinseci (ad esempio, insicurezza alimentare, povertà, razzismo e discriminazione), nonché esposizione simultanea a più IE. Di conseguenza, gli esperti ritengono che non esista un livello esente da rischi di esposizione a queste sostanze chimiche nella popolazione.^{26,27}

Punti chiave

Effetti sulla salute degli interferenti endocrini derivati dai combustibili fossili

- L’inquinamento è la principale causa di morte prematura a livello globale.
- I combustibili fossili contribuiscono all’inquinamento chimico attraverso la produzione di prodotti petrolchimici, molti dei quali interferiscono con la funzione ormonale (sostanze chimiche che alterano il sistema endocrino [EDC]). Gli esempi includono sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche negli imballaggi alimentari e nei tessuti e ftalati nella plastica e nei prodotti di consumo.
- La produzione petrolchimica è in aumento e le persone sono esposte attraverso l’aria, l’acqua, il cibo e i prodotti manifatturieri contaminati (ad esempio, plastica, pesticidi, materiali da costruzione e cosmetici).
- Gli IE possono aumentare diversi rischi per la salute, tra cui il cancro, i danni allo sviluppo neurologico e l’infertilità.
- I rischi sono maggiori con le esposizioni durante lo sviluppo fetale e infantile e con l’esposizione a più IE e si verificano a bassi livelli di esposizione. Le esposizioni sono più elevate nelle comunità di colore e nelle comunità a basso reddito e contribuiscono alle disuguaglianze sanitarie.
- I medici possono fornire consigli ai pazienti per ridurre alcune esposizioni, ma è necessario un cambiamento delle politiche per stabilire requisiti legali per test di sicurezza completi e per ridurre le minacce alla salute derivanti dai prodotti petrolchimici. I medici sono importanti sostenitori di questi cambiamenti.

Poiché non sarebbe etico condurre studi clinici randomizzati sull’esposizione agli IE, la base di prove che collega gli IE ai danni alla salute deriva in gran parte da studi sperimentali su animali e studi osservazionali sull’uomo.^{4,7,28} Esistono diversi tipi di studi osservazionali sull’uomo, e gli studi di qualità superiore generalmente sono quelli che hanno seguito i partecipanti nel tempo con un’adeguata valutazione dell’esposizione e con analisi che sono state aggiustate per fattori confondenti rilevanti che possono influenzare i risultati se non adeguatamente affrontati. I modelli animali hanno una ragionevole concordanza con gli studi sull’uomo, sebbene i risultati sugli animali possano sottostimare gli effetti umani, poiché non rappresentano l’intera gamma della variabilità umana o della vulnerabilità alle esposizioni chimiche.²⁹ I test in vitro e la modellazione o simulazione computerizzata sono sempre più utilizzati per identificare gli IE, principalmente attraverso le interazioni con i recettori ormonali o le alterazioni nella sintesi ormonale, sebbene siano in corso ulteriori validazioni.^{7,25}

Le revisioni sistematiche, a volte comprendenti meta-analisi, che aderiscono alle pratiche metodologiche raccomandate, sono considerate il metodo di massima qualità per valutare e sintetizzare le prove sulla salute ambientale.^{9,27,29,30} I metodi per valutare e sintetizzare i risultati degli studi osservazionali sull’uomo e sugli animali sulla salute ambientale sono stati adattati dai metodi di revisione sistematica Cochrane per valutare la qualità delle prove, GRADE (classificazione delle raccomandazioni, valutazione, sviluppo, e valutazioni) per valutare la certezza delle prove, anche considerando potenziali pregiudizi e quadri di salute

ambientale.^{31,32} Questi metodi, inclusa la Guida alla Navigazione e i metodi dell'Office of Health Assessment and Translation del Programma Nazionale di Tossicologia degli Stati Uniti, forniscono un riepilogo finale delle prove che collegano le esposizioni ambientali agli effetti sulla salute e classificano il pericolo per la salute (che va da "non classificabile" a "probabilmente" a "noto", sebbene la nomenclatura possa variare) e sono raccomandati dalle Accademie nazionali di scienze, ingegneria e medicina (NASEM).²⁹⁻³² Altre revisioni approfondite includono quelle condotte da organismi autorevoli tra cui agenzie statali, nazionali e internazionali.

Esposizioni evolutive

Lo sviluppo embrionale e fetale può essere particolarmente sensibile alle perturbazioni indotte dall'EDC,^{4,7,8} e gli effetti sulla salute anche di un basso livello di esposizione in utero possono manifestarsi alla nascita (ad esempio, basso peso alla nascita o nascita pretermine e difetti alla nascita), nell'infanzia (ad esempio, effetti sullo sviluppo neurologico) o nell'età adulta (ad esempio, cancro e malattie cardiovascolari).^{3,4,7,8} Una revisione sistematica di studi osservazionali sugli eteri di difenile polibromurato (PBDE), una classe tossica di ritardanti di fiamma, ha dimostrato che esistevano prove sufficienti per concludere che le esposizioni prenatali ai PBDE aumentano il rischio di diminuzione del QI nei bambini.³⁰ I PBDE possono alterare i livelli di ormone tiroideo durante la gravidanza. Gli ormoni tiroidei sono fondamentali per lo sviluppo del cervello,³³ e anche piccoli decrementi nei livelli di ormone tiroideo materno, compresi i decrementi subclinici,³⁴ sono associati a esiti avversi sullo sviluppo neurologico nella prole,³⁵ compresi livelli di QI inferiori.³⁴

L'Autorità europea per la sicurezza alimentare ha concluso, sulla base di un'analisi sistematica, che l'esposizione durante lo sviluppo al bisfenolo A (BPA), un plastificante noto per mimare gli estrogeni, potrebbe aumentare i rischi di effetti immunotossici (ad es. effetti neurotossici ed effetti tossici sul sistema riproduttivo femminile (ad esempio, sviluppo ovarico anomalo) più avanti nella vita, anche a livelli estremamente bassi di esposizione.¹⁰ Il BPA è elencato come tossico per lo sviluppo e la riproduzione dallo stato della California ai sensi della Proposition 65 (che richiede allo stato di mantenere regolarmente un elenco di sostanze chimiche che causano cancro, danni alla riproduzione o allo sviluppo).³⁶

Inoltre, l'esposizione in utero al diclorodifeniltricloroetano (DDT), che può influenzare il sistema estrogenico, è associata ad un aumento del rischio di ipertensione e cancro al seno in età adulta.^{37,38} Infine, vi sono prove che gli effetti degli IE possono essere trasmessi alle generazioni successive attraverso alterazioni dell'epigenoma.^{3,7,8}

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2300476?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19FRVQNV3jmOQ1kzfATVwFr0tR5p1AJuZVFsqh7OW39JabVfs9hOHI%2Bojjba0ViSCS3K8dw8jPFSF9CAm5ErpOfdkq%2FMQKMeVn3GZDG3Q%2FmxH%2FMyI38v51phDyA17DWVEIU1QiKsTYvxxjylKWt4F90goZ00Ja7jFHMETYnOOK2tJCpzhI9rU2jie8nSg6FuzlXTx0aKBW%2BFq%3D%3D&cid=NEJM+eToc%2C+March+7%2C+2024+DM2328986+NEJM+Non+Subscriber&bid=2141683372>

Universalità delle cure, prevenzione e approccio One Health: ecco i temi che l'Italia porterà al G7 dei ministri della Salute

Lo ha spiegato dal palco di Wired Health il ministro della Salute Orazio Schillaci, in riferimento all'incontro in programma il 10 e 11 ottobre ad Ancona. Le ricette per evitare la fuga di medici e infermieri dal SSN e ridurre le liste di attesa

Rafforzamento dell'**architettura sanitaria globale, prevenzione e approccio one health**. Saranno questi i temi principali di cui si discuterà il **10 e 11 ottobre ad Ancona**, nel corso della riunione dei ministri della Salute del G7. Lo ha spiegato, intervenendo sul palco di Wired Health, l'evento di Wired dedicato all'innovazione nel mondo dell'healthcare, il ministro della Salute **Orazio Schillaci**.

“La prima questione riguarda la necessità di garantire l'**universalità delle cure** e prepararci a nuove emergenze”, ha spiegato l'esponente dell'esecutivo di centrodestra, “in un mondo interconnesso è importante **sostenere gli stati più vulnerabili** perché rafforzino i propri sistemi sanitari. Non penso solo alle grandi emergenze, ma anche a malattie che da noi sono debellate ma che altrove nel mondo rappresentano una minaccia seria”.

Il tema della **prevenzione**, ha proseguito, è invece strategico: “Non possiamo pensare che i sistemi sanitari possano essere sostenibili se non investiamo nella prevenzione. Attenzione, si tratta di un investimento, non di una spesa”. Si tratta, in altre parole, di “richiamare l'attenzione sui corretti stili di vita, a partire dall'accesso ad una corretta alimentazione, per prevenire malattie croniche ed oncologiche”.

L'approccio **One Health**, per il quale al ministero è stato istituito un apposito dipartimento, riguarda invece “la necessità di migliorare un approccio multidisciplinare che riduca il rischio di future emergenze legate all'inquinamento e alla perdita di biodiversità”. Ma anche da quell'urgenza, come l'ha definita Schillaci, rappresentata dall'antibioticoresistenza. “Provoca ogni anno in Europa 35mila morti, un terzo dei quali in Italia. Il consumo di antibiotici in ambito umano è ancora troppo elevato”.

Accesso alle cure

Se quella contro un uso eccessivo degli antibiotici è una battaglia innanzitutto culturale, quale può essere il ruolo delle **tecnologie digitali** per superare quelle **differenze di accesso alle cure che esistono in Italia**? “Il primo obiettivo”, la risposta del ministro, “è la telemedicina. Un aspetto fondamentale per rafforzare l'assistenza domiciliare e che rende più accessibili le cure a tutte gli italiani indipendentemente dal fatto che risiedano al Nord o al Sud, ma anche in una grande città o in un piccolo centro”. Per questo, nell'ambito della revisione del Pnrr, “abbiamo aumentato di **500 milioni** i fondi per la telemedicina e di **250** quelli per l'assistenza domiciliare integrata”.

Soldi che serviranno anche a sostenere il portale per la telemedicina, che “presto sarà attivo”. Ma parlando di tecnologie digitali, fondamentale sarà il ruolo del **fascicolo sanitario elettronico 2.0**, “importante sia per i cittadini che avranno accesso alla propria storia clinica in formato digitale, ma anche per i sanitari, che avranno accesso a tutte le informazioni sui pazienti ed eviteranno di ripetere esami già effettuati”. E che i farmacisti potranno impiegare “per migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti”.

https://www.wired.it/article/g7-ministri-salute-schillaci-wired-health-2024/?uID=347d668f46cd1da139a28b2f02adc230633695dd51caf8dcb14689b769ffe7fc&utm_br



9 modi in cui l'intelligenza artificiale aiuta ad affrontare il cambiamento climatico

12 febbraio 2024

Questo articolo è stato originariamente pubblicato nel gennaio 2024 e aggiornato nel febbraio 2024.

- L'uso dell'intelligenza artificiale (AI) può contribuire alla lotta al cambiamento climatico.
- I sistemi di intelligenza artificiale esistenti includono strumenti che prevedono il tempo, tracciano gli iceberg e identificano l'inquinamento.
- L'intelligenza artificiale può essere utilizzata anche per migliorare l'agricoltura e ridurre l'impatto ambientale, afferma il World Economic Forum.

Il potere dell'intelligenza artificiale (AI) di elaborare enormi quantità di dati e [aiutare gli esseri umani a prendere decisioni](#) sta trasformando le industrie.

Essendo una delle sfide più difficili a livello mondiale, la lotta al cambiamento climatico è un'altra area in cui l'intelligenza artificiale ha un potenziale di trasformazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, quasi 4 miliardi di persone [vivono già in aree altamente vulnerabili ai cambiamenti climatici](#).

E si prevede che questo porterà a circa 250.000 morti in più all'anno tra il 2030 e il 2050, solo a causa di denutrizione, malaria, diarrea e stress da caldo.

Ecco nove modi in cui l'intelligenza artificiale sta già contribuendo ad affrontare il cambiamento climatico.

1. Gli iceberg si stanno sciogliendo: l'intelligenza artificiale sa dove e quanto velocemente

L'intelligenza artificiale è stata addestrata per misurare i cambiamenti negli iceberg 10.000 volte più velocemente di quanto potrebbe fare un essere umano.

Ciò aiuterà gli scienziati a capire la quantità di acqua di fusione rilasciata dagli iceberg nell'oceano, un processo [che accelera man mano che il cambiamento climatico riscalda l'atmosfera](#).

Gli scienziati dell'Università di Leeds nel Regno Unito affermano che la loro [intelligenza artificiale può mappare i grandi iceberg antartici nelle immagini satellitari](#) in appena un centesimo di secondo, riferisce l'Agenzia spaziale europea.

Per gli esseri umani, questo compito è lungo e richiede molto tempo, ed è difficile identificare gli iceberg in mezzo al bianco delle nuvole e del ghiaccio marino.

2. Mappatura della deforestazione con l'intelligenza artificiale

L'intelligenza artificiale, le immagini satellitari e le competenze in ecologia vengono utilizzate anche per mappare l'impatto della deforestazione sulla crisi climatica.

[Space Intelligence](#), una società con sede a Edimburgo, in Scozia, afferma di operare in più di 30 paesi e di aver mappato più di 1 milione di ettari di territorio dallo spazio utilizzando dati satellitari.

La tecnologia dell'azienda misura da remoto parametri come i tassi di deforestazione e la quantità di carbonio immagazzinata in una foresta.

3. L'intelligenza artificiale sta aiutando le comunità che affrontano i rischi climatici in Africa

In Africa, [l'intelligenza artificiale viene utilizzata in un progetto delle Nazioni Unite](#) per aiutare le comunità vulnerabili ai cambiamenti climatici in Burundi, Ciad e Sudan.

Il [progetto IKI](#) utilizza la tecnologia AI per aiutare a prevedere i modelli meteorologici, in modo che le comunità e le autorità possano pianificare meglio come adattarsi ai cambiamenti climatici e mitigarne l'impatto.

Ciò include il miglioramento dell'accesso all'energia pulita, l'implementazione di adeguati sistemi di gestione dei rifiuti e l'incoraggiamento della riforestazione.

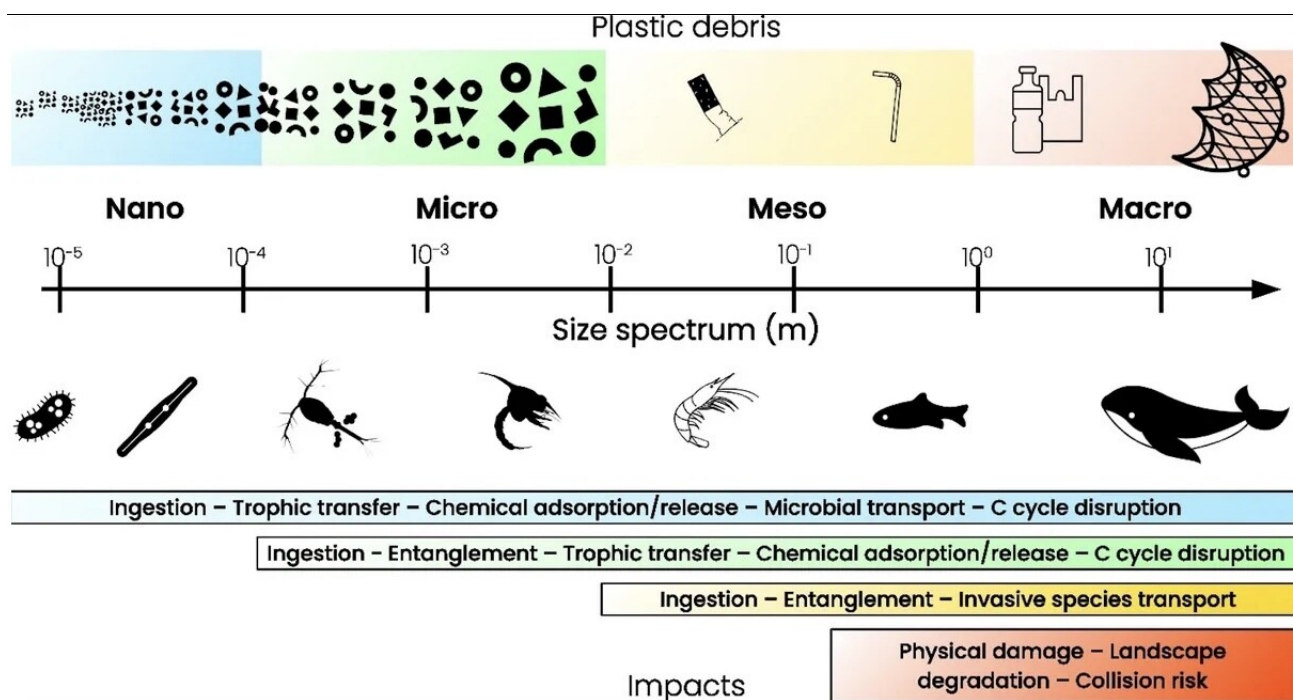
4. Usare l'intelligenza artificiale per riciclare più rifiuti

Un altro sistema di intelligenza artificiale sta contribuendo ad affrontare il cambiamento climatico rendendo più efficiente la gestione dei rifiuti.

Secondo l'Environmental Protection Agency degli Stati Uniti, [i rifiuti sono un grande produttore di metano e sono responsabili del 16% delle emissioni globali di gas serra \(GHG\)](#).

[Greyparrot](#), una startup di software con sede a Londra, nel Regno Unito, ha sviluppato un sistema di intelligenza artificiale che analizza gli impianti di trattamento e riciclaggio dei rifiuti per aiutarli a recuperare e riciclare più materiale di scarto.

L'azienda ha monitorato [32 miliardi di rifiuti in 67 categorie di rifiuti](#) nel 2022 e afferma di identificare in media 86 tonnellate di materiale che potrebbero essere recuperate ma che verranno inviate in discarica.



L'intelligenza artificiale sta aiutando a combattere il cambiamento climatico nei sistemi, compresi quelli che identificano l'inquinamento da plastica nell'oceano. Immagine: la pulizia dell'oceano

5. L'intelligenza artificiale sta ripulendo l'oceano

Nei Paesi Bassi, un'organizzazione ambientalista chiamata [The Ocean Cleanup](#) sta utilizzando l'intelligenza artificiale e altre tecnologie per contribuire a eliminare l'inquinamento causato dalla plastica dall'oceano.

L'intelligenza artificiale che rileva gli oggetti sta aiutando l'organizzazione a creare [mappe dettagliate dei rifiuti oceanici](#) in località remote. [I rifiuti oceanici possono quindi essere raccolti e rimossi](#), il che è più efficiente rispetto ai precedenti metodi di pulizia che utilizzavano pescherecci e aeroplani.

[L'inquinamento causato dalla plastica contribuisce al cambiamento climatico](#) emettendo gas serra e danneggiando la natura.

6. L'intelligenza artificiale aiuta a prevedere i disastri climatici

A San Paolo, in Brasile, una società chiamata [Sipremo](#) sta utilizzando l'intelligenza artificiale per prevedere dove e quando si verificheranno i disastri climatici e che tipo di disastri climatici saranno. L'obiettivo è aiutare le imprese e i governi a prepararsi meglio al cambiamento climatico e alle crescenti sfide che ne derivano per le comunità.

L'azienda opera in settori quali assicurazioni, energia, logistica e sport, dove la sua analisi delle condizioni di disastro e di fattori come la qualità dell'aria può orientare le decisioni sull'opportunità di ritardare o sospendere gli eventi.

7. Una lista dei desideri di strumenti climatici basati sull'intelligenza artificiale

Google DeepMind, il laboratorio di ricerca sull'intelligenza artificiale di Google, afferma che sta [applicando l'intelligenza artificiale per aiutare a combattere il cambiamento climatico](#) in diverse aree.

Ciò include la creazione di una lista completa di set di dati che potrebbero far avanzare le soluzioni globali di intelligenza artificiale per il cambiamento climatico. Google DeepMind sta lavorando a questo con [Climate Change AI](#), un'organizzazione no-profit creata da volontari del mondo accademico e industriale che vedono un ruolo chiave nell'apprendimento automatico nella lotta al cambiamento climatico.

Altri strumenti di intelligenza artificiale di Google si concentrano sul miglioramento delle previsioni meteorologiche e sull'aumento del valore dell'energia eolica prevedendo meglio la produzione di un parco eolico.

8. Come l'intelligenza artificiale può aiutare l'industria a decarbonizzarsi

L'intelligenza artificiale viene utilizzata per aiutare le aziende dei settori metallurgico, minerario, petrolifero e del gas a decarbonizzare le proprie attività.

[Eugenie.ai](#), con sede in California, negli Stati Uniti, ha sviluppato una piattaforma di monitoraggio delle emissioni che combina immagini satellitari con dati provenienti da macchine e processi.

L'intelligenza artificiale analizza quindi questi dati per aiutare le aziende [a tracciare, tracciare e ridurre le proprie emissioni](#) del 20-30%.

I settori industriali generano circa [il 30% delle emissioni di gas serra](#) a livello globale.

In che modo il World Economic Forum sta creando guardrail per l'intelligenza artificiale?

Mostra di più

9. Rimboschimento delle colline in Brasile utilizzando i droni

[In Brasile, computer dotati di intelligenza artificiale si stanno accoppiando con droni per rimboschire le colline](#) intorno alla città costiera di Rio de Janeiro, riferisce Reuters. I computer definiscono gli obiettivi e il numero di semi da rilasciare.

L'iniziativa, lanciata nel gennaio 2024, è una partnership tra il municipio di Rio e la start-up Morfo e mira a coltivare semi in aree difficili da raggiungere.

Secondo il governo locale, un singolo drone può disperdere 180 capsule di semi al minuto, ovvero 100 volte più velocemente rispetto all'utilizzo delle mani umane per la riforestazione tradizionale.

Il potenziale dell'intelligenza artificiale nel futuro

L'intelligenza artificiale è una delle principali tecnologie emergenti esplorate nel rapporto [Top 10 Emerging Technologies of 2023](#) del World Economic Forum.

Il rapporto esamina specificamente l'intelligenza artificiale generativa, un tipo di intelligenza artificiale che crea contenuti tra cui testo, immagini e programmazione informatica.

In futuro, l'intelligenza artificiale generativa potrebbe essere utilizzata in contesti come la progettazione, l'architettura e l'ingegneria dei farmaci, afferma il Forum.

L'intelligenza artificiale può essere utilizzata anche per migliorare l'agricoltura e ridurre l'impatto ambientale elaborando i dati provenienti dai sensori posizionati sulle colture.

Le tecnologie elencate nel rapporto, compreso il carburante sostenibile per l'aviazione, possono essere utilizzate per contribuire ad affrontare sfide globali come la crisi climatica, ma è necessaria maggiore innovazione, sottolineano gli autori.

<https://www.weforum.org/agenda/2024/02/ai-combat-climate-change/>

SciencesPo

Global Public Policy Network 2024: ridurre l'impatto dei cambiamenti climatici sui territori e sulle popolazioni vulnerabili

GLOBAL PUBLIC POLICY NETWORK 2024: RIDURRE L'IMPATTO DEI CAMBIAMENTI CLIMATICI SUI TERRITORI E SULLE POPOLAZIONI VULNERABILI

Il [Global Public Policy Network](#) è una partnership creata nel 2005, che coinvolge otto prestigiose scuole di affari pubblici (Columbia School of International and Public Affairs; LSE School of Public Policy; Hertie School; Graduate School of Public Policy - University of Tokyo; Lee Kuan Yew School of Public Policy - National University of Singapore; Fundação Getulio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo; Munk School of Global Affairs and Public Policy, University of Toronto; Sciences Po School of Public Affairs), con l'obiettivo di sviluppare la collaborazione tra le istituzioni, studenti e ricercatori, sulle principali questioni di politica pubblica.

Ogni anno, la rete organizza una conferenza internazionale, durante la quale studenti e presidi delle scuole membri si scambiano opinioni sulle principali questioni globali negli affari pubblici. La School of Public Affairs di Sciences Po ha ospitato il GPPN 2024 il 22 e 23 febbraio. Quest'anno gli studenti sono stati invitati a proporre un progetto innovativo sul tema delle "proposte politiche per ridurre l'impatto dei cambiamenti climatici sulle popolazioni e sui territori vulnerabili".

92 studenti selezionati, di cui 11 di Sciences Po, hanno viaggiato da tutto il mondo per presentare le loro proposte su questi temi ai presidi delle scuole di relazioni pubbliche partner che formavano la giuria.

I 31 gruppi hanno presentato le loro proposte politiche, ciascuno con tre minuti per convincere la giuria, utilizzando una combinazione di tecnologie innovative e partenariati strategici per affrontare le sfide poste dai cambiamenti climatici, come l'accesso alle risorse, il sostegno ai sistemi e alle comunità agricole, la mitigazione del calore nelle aree urbane, istruzione e sicurezza alimentare. Dopo la deliberazione sono stati selezionati 10 gruppi per la fase finale del concorso.

Il pomeriggio è proseguito con un dibattito con Nathalie Blanc, direttrice della ricerca del CNRS e direttrice del Centre de Politique de la Terre dell'Université Paris Cité, che ha presentato "Uno studio territoriale sull'adattamento ai cambiamenti climatici: la metropoli parigina", e Frédéric Ducarme, Segretario Generale della Cattedra d'Oltremare di Sciences Po, sul tema "L'adattamento ai cambiamenti climatici: i territori francesi d'oltremare come fonte di innovazione".

Gli studenti hanno poi avuto l'opportunità di fare una visita guidata al campus di Sciences Po, creare un affresco sul clima condotto da due studenti del Master in Public Policy presso la School of Public Affairs, o prendere parte a un laboratorio di scrittura, riflettendo sul potere di letteratura per affrontare questioni ambientali e politiche.

Nella seconda mattinata del convegno, i 10 gruppi ancora in gara hanno avuto 5 minuti per presentare in modo più approfondito i propri progetti, per poi rispondere alle domande della giuria, con l'obiettivo di comprendere meglio la prevista realizzazione delle loro proposte, e di testare la forza delle loro concezioni.

Gli studenti Munk si sono aggiudicati il primo premio ex aequo per ClimateEd, un progetto per creare scuole galleggianti nelle regioni dell'India soggette a inondazioni. L'obiettivo è prevenire la chiusura delle scuole e garantire così la continuità dell'istruzione, un fattore chiave per spezzare il ciclo della povertà.

Anche gli studenti della Graduate School of Public Policy dell'Università di Tokyo hanno vinto il primo premio per la loro proposta di installare un sistema sotterraneo di raccolta dell'acqua piovana per risolvere i problemi di accesso all'acqua pulita per gli abitanti di un villaggio a nord di Giacarta.

Il secondo premio è andato agli studenti della SIPA della Columbia, che hanno immaginato un'assicurazione contro le alluvioni basata su un indice che protegge finanziariamente i piccoli agricoltori indiani dai danni ai raccolti causati dalle alluvioni e dalle conseguenti perdite economiche. Propongono di utilizzare set di dati basati sul telerilevamento per determinare le soglie delle inondazioni e attivare i pagamenti in caso di inondazioni.

li studenti di relazioni pubbliche hanno così potuto applicare quanto appreso attraverso questa esperienza professionale e padroneggiare meglio le sfide di un progetto politico, dal finanziamento all'attuazione.

La conferenza, durata due giorni, ha permesso ai partecipanti di condividere soluzioni concrete all'urgente necessità di agire per limitare le drammatiche conseguenze del cambiamento climatico.

Nella ricchezza delle proposte, e nell'ampia diversità dei territori studiati, è risultata più evidente la necessità di coinvolgere direttamente le popolazioni interessate, di creare soluzioni adatte al contesto locale e di favorire sinergie tra attori pubblici, privati e della società civile. mai.

<https://www.sciencespo.fr/en/news/global-public-policy-network-2024-31-projets-innovants-pour-reduire-l-impact-du-changement-climatique-sur-les-territoires-et-les-populations-vulnerables/>



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Microplastiche e nanoplastiche negli ateromi e negli eventi cardiovascolari

Raffaele Marfella, Francesco Prattichizzo, Celestino Sardu, Gianluca Fulgenzi, Laura Graciotti, Tatiana Spadoni, Nunzia D'Onofrio, Lucia Scisciola, Rosalba La Grotta, Chiara Frigé, Valeria Pellegrini, et al.

N Engl J Med 2024; 390:900-910

DOI: 10.1056/NEJMoa2309822

Astratto

Sfondo

Microplastiche e nanoplastiche (MNP) stanno emergendo come potenziale fattore di rischio per le malattie cardiovascolari negli studi preclinici.

Mancano prove dirette che questo rischio si estenda agli esseri umani.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio prospettico, multicentrico, osservazionale che ha coinvolto pazienti sottoposti a endoarteriectomia carotidea per malattia asintomatica dell'arteria carotidea.

I campioni di placca carotidea asportati sono stati analizzati per la presenza di MNP con l'uso di pirolisi-gascromatografia-spettrometria di massa, analisi degli isotopi stabili e microscopia elettronica. I biomarcatori infiammatori sono stati valutati con un test immunoassorbente legato a un enzima e un test immunoistochimico.

L'endpoint primario era un composito di infarto miocardico, ictus o morte per qualsiasi causa tra i pazienti che avevano evidenza di MNP nella placca rispetto ai pazienti con placca che non mostravano evidenza di MNP.

Risultati

Nello studio sono stati arruolati un totale di 304 pazienti e 257 hanno completato un follow-up medio (\pm SD) di 33,7 \pm 6,9 mesi.

Il polietilene è stato rilevato nella placca dell'arteria carotide di 150 pazienti (58,4%), con un livello medio di 21,7 \pm 24,5 μ g per milligrammo di placca; 31 pazienti (12,1%) avevano anche quantità misurabili di polivinilcloruro, con un livello medio di 5,2 \pm 2,4 μ g per milligrammo di placca.

La microscopia elettronica ha rivelato particelle estranee visibili e dai bordi frastagliati tra i macrofagi della placca e sparse nei detriti esterni. L'esame radiografico ha mostrato che alcune di queste particelle includevano cloro.

I pazienti in cui sono stati rilevati MNP all'interno dell'ateroma erano a rischio più elevato per un evento end-point primario rispetto a quelli in cui queste sostanze non sono state rilevate (rapporto di rischio, 4,53; intervallo di confidenza al 95%, da 2,00 a 10,27; $P < 0,001$).

Conclusioni

In questo studio, i pazienti con placca carotidea in cui sono stati rilevati MNP avevano un rischio composito più elevato di infarto miocardico, ictus o morte per qualsiasi causa a 34 mesi di follow-up rispetto a quelli in cui non sono stati rilevati MNP. (Finanziato da Programmi di Ricerca Scientifica di Rilevante Interesse Nazionale e altri; numero ClinicalTrials.gov

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2309822?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19FRVQNV3jmOQ1kzfATVwFr0tR5p1AJuZVFsqh7OW39JabVfs9hOHI%2Bojiba0ViSCS3K8dw8jPFSF9CAm5ErpOfdkq%2FMQKMevN3GZDG3Q%2FmxH%2FMyI38v51phDyA17DWVEIU1QiKsTYvxxjyIKWt4F90qoZ00Ja7jFHMETynOOK2tJCpzhI9rU2jie8nSq6FuzlXTx0aKBW%2BFq%3D%3D&cid=NEJM+eToc%2C+March+7%2C+2024+DM2328986_NEJM_Non_Subscriber&bid=2141683372



La terza transizione epidemiologica

Andrea Ubiali, specialista in Sanità Pubblica, Bologna

Nel dicembre 2023 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato un allarme relativo al forte incremento dei casi di dengue nel mondo, sottolineando come il rischio globale per questa malattia debba ora considerarsi elevato. La diffusione della dengue non ha lasciato indenne l'Europa, e men che meno il nostro paese. In Italia nel 2023 si sono registrati 362 casi e un decesso, il numero più elevato mai osservato.

L'Antropocene (1), l'epoca geologica nella quale siamo recentemente entrati, viene descritta come un'epoca in cui i processi e le condizioni geologiche planetarie sono fortemente influenzati dalle attività umane. I fenomeni associati all'Antropocene includono: marcate perturbazioni dei cicli di elementi quali carbonio, azoto, fosforo e vari metalli che hanno a loro volta determinato cambiamenti ambientali tra cui il riscaldamento globale, l'innalzamento del livello dei mari, l'acidificazione degli oceani; rapidi cambiamenti nella biosfera, con distruzione di habitat, perdita di biodiversità, espansione di specie invasive; proliferazione e dispersione globale di nuovi

“minerali” e “rocce” tra cui cemento, ceneri volanti e plastica. Molti di questi cambiamenti persisteranno per millenni o più e stanno alterando il “sistema Terra”. Molti di questi fenomeni inoltre contribuiscono a plasmare e rideterminare i processi di salute e malattia, la cui traiettoria si sta modificando e dispiegando in quella che può essere definita “la terza transizione epidemiologica” (2).

La **prima transizione epidemiologica** può essere collocata al passaggio tra tardo Pleistocene e Olocene (grossolanamente 12.000 anni fa). In quest’epoca, l’introduzione di agricoltura e allevamento e l’adozione di uno stile di vita sedentario espongono il genere umano a un’augmentata incidenza di malattie infettive, per lo più di derivazione animale.

Tra il quindicesimo e il ventesimo secolo i progressi della medicina, vari interventi di sanità pubblica e un miglioramento delle condizioni socio-economiche conducono a un aumento dell’aspettativa di vita, soprattutto nei paesi ad alto reddito. Si assiste durante questo periodo a importanti cambiamenti demografici che si accompagnano a un progressivo ridursi dei casi di malattie infettive e al prevalere delle malattie cronicodegenerative. Si tratta della **seconda transizione epidemiologica**.

Infine, la **terza transizione epidemiologica**, quella che stiamo vivendo, è caratterizzata dal (ri)emergere di nuove e antiche malattie infettive, spesso caratterizzate dalla capacità di diffondersi rapidamente in un mondo globalizzato e da inusuali e inquietanti profili di antibiotico-resistenza.

I fattori che stanno alla base di questa terza transizione sono approfonditamente illustrati in una revisione pubblicata recentemente su Nature Microbiology dal titolo “Infectious disease in an era of global change” (3). Tra questi fattori si possono includere i processi di urbanizzazione, la crescita demografica e l’invecchiamento della popolazione, il consumo e la degradazione del suolo, l’incremento di viaggi e commerci internazionali così come delle migrazioni, la deforestazione e la distruzione degli habitat naturali, la perdita di biodiversità, la diffusione di allevamenti e pratiche di agricoltura intensivi, l’instabilità politica e i conflitti e, su tutti, **il cambiamento climatico**. Non si tratta ovviamente di fenomeni nuovi, quanto piuttosto di processi di vecchia data i cui effetti si stanno via via intensificando nel corso degli anni. Per farsi un’idea un po’ più concreta di quali possano essere gli effetti che questi fattori esercitano sull’epidemiologia delle malattie infettive è sufficiente passare in rassegna gli avvenimenti degli ultimi anni. Basti pensare per esempio, alla **pandemia Covid** nel 2020 (4), all’epidemia di vaiolo delle scimmie che ha interessato l’Europa e il nord America nel 2022 (5), o alle **molteplici epidemie di dengue** nel 2023 (6).

Possiamo anzi prendere in esame l’anno appena conclusosi e l’andamento epidemiologico dei casi di dengue per farne una sorta di caso studio. Il 2023 è stato confermato come **l’anno più caldo mai registrato** (7), con temperature medie globali molto prossime alla soglia di 1.5°C in eccesso rispetto all’epoca pre-industriale. Durante il corso dell’anno si è assistito a numeri record di fenomeni meteorologici estremi, in Italia (8) e nel mondo (9). Nello stesso anno si sono verificati numerosissimi casi di dengue a livello globale.

La dengue è un esempio perfetto per aiutarci a riflettere su ciò che sta accadendo. Si tratta infatti una classica malattia trasmessa da vettori e le malattie da vettori, come è noto, risentono in maniera sostanziale dei fattori climatici (10). Parametri come temperatura, umidità e precipitazioni hanno infatti la capacità di influenzare gli habitat e i cicli biologici dei vettori di malattia. Nel caso delle zanzare del genere *Aedes*, che possono trasmettere il virus della dengue, possiamo osservare un progressivo allungamento dei periodi di attività stagionale, un’espansione geografica degli habitat, un’accelerazione dei cicli riproduttivi, una maggiore disponibilità di siti favorevoli alla proliferazione delle larve. La diffusione del vettore in aree geografiche distanti tra loro è inoltre favorita dal fittissimo scambio e trasporto di merci a livello globale.

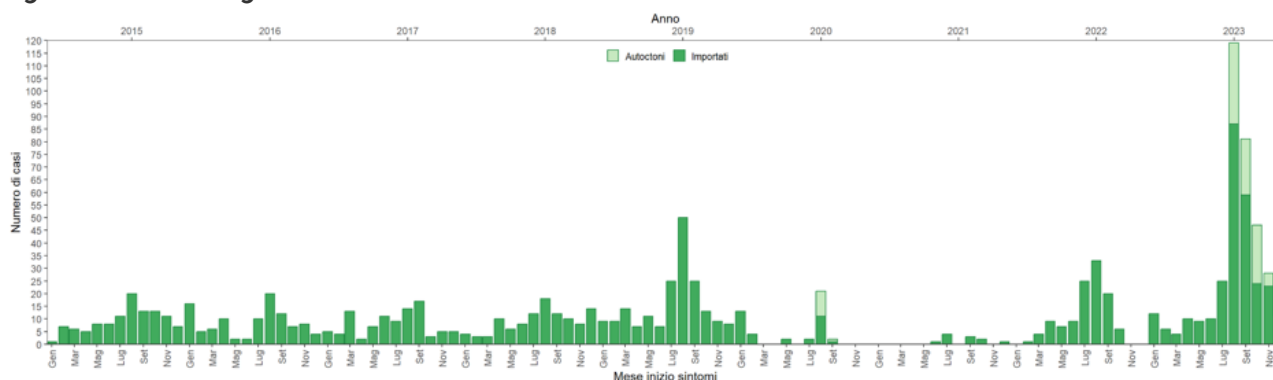
Non è quindi un caso il fatto che nel dicembre 2023 l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) abbia lanciato un allarme relativo all’incremento dei casi di dengue nel mondo, sottolineando come il rischio globale per questa malattia debba ora considerarsi elevato. Secondo le stime dell’OMS, nel corso dell’anno sono stati segnalati oltre 5 milioni di casi di dengue distribuiti in oltre 80 paesi, con più di 5000 decessi. Questo conteggio rimarca **un aumento di circa dieci volte avvenuto nell’arco di poco più di due decenni** (erano infatti 500.000 i casi segnalati nel 2000). Questo incremento di casi ha riguardato soprattutto le aree geografiche in cui la malattia è storicamente endemica, ma ha iniziato ad interessare anche aree non precedentemente toccate ed è stato rilevante anche per la regione europea. In Europa la dengue costituiva per lo più una malattia di importazione, con casi generalmente sporadici e rari fenomeni di trasmissione autoctona (11). Il rischio che la regione possa diventare zona di trasmissione per malattie da vettori è comunque elevato, ed è stato in costante aumento negli ultimi anni, come avverte l’ECDC (12). *Aedes albopictus*, principale vettore del virus dengue in Europa, è diffusa già da diversi anni in alcuni paesi dell’Europa meridionale, ma nel corso degli anni è stata rilevata sempre più a nord e a ovest. Se nel 2013 i paesi in cui la zanzara era stabilmente presente erano 8, nel 2023 sono diventati ben 13. Non solo: *Aedes aegypti*, altro vettore competente per il dengue virus, si è insediato a Cipro e a Madeira a

partire dal 2022. Sebbene gli esemplari di *Aedes aegypti* non siano ancora in grado di sopravvivere all'inverno europeo, il trend in aumento delle temperature nella regione lascia pensare che nel futuro la zanzara potrebbe insediarsi anche in altri paesi del bacino del Mediterraneo.

La diffusione della dengue nel 2023 non ha lasciato indenne l'Europa, e men che meno il nostro paese. In Italia (13) si sono registrati 362 casi e un decesso, il numero più elevato mai osservato (Figura 1). Particolarmente preoccupante è il fatto che i casi registrati non fossero solo di importazione. 82 casi infatti si sono verificati per trasmissione autoctona nell'ambito di focolai epidemici registrati in Lazio (14) e in Lombardia (15).

I fattori che probabilmente hanno influito nel determinare un numero così elevato di casi nel nostro paese sono stati: la ripresa dei viaggi internazionali dopo la temporanea battuta d'arresto legata alla pandemia, l'aumento dei casi osservato nei paesi endemici, la mancanza di immunità diffusa tra la popolazione e i fattori climatici favorevoli per la proliferazione del vettore sul nostro territorio, cosa che ha portato il Ministero della Salute a prolungare le attività di sorveglianza e risposta alle arbovirosi oltre il periodo comunemente stabilito dal piano nazionale (16).

Figura 1. Casi di dengue in Italia.



Fonte: Del Manso M, Di Maggio E, Perego G, Petrone D, Mateo-Urdiales A, Caporali MG, Bella A, Venturi G, Di Luca M, Giannitelli S, Maraglino F, Ferraro F, Pezzotti P, Riccardo F; Arbovirosi in Italia – 2023

Quanto appena osservato è solo uno dei possibili esempi che prefigurano le sfide che ci troveremo a dover affrontare negli anni a venire nell'ambito del controllo delle malattie infettive. Di fronte a questa prospettiva, alcuni autori hanno iniziato a chiedersi se siamo sufficientemente e tecnicamente preparati ad affrontare quello che ci aspetta (17). Al di là delle considerazioni tecniche, è probabilmente opportuno domandarsi anche come assicurarsi almeno i presupposti necessari affinché un qualunque tipo di preparazione sia possibile, ovvero come possiamo affrontare minacce e sfide crescenti con sistemi sanitari sempre più deboli?

Il tema della crisi dei sistemi sanitari, in Italia e in Europa, è stato abbondantemente affrontato su questa rivista (ad esempio [qui](#), [qui](#) e [qui](#)). Tale tema si lega a quello delle malattie infettive (ri)emergenti in maniera più stretta e profonda di quanto potrebbe apparire a prima vista. Gli stessi processi che caratterizzano l'Antropocene e che abbiamo appena discusso insistono infatti in maniera diretta anche sui sistemi sanitari, danneggiandoli e indebolendoli ulteriormente. Un report del 2023 della Cross Dependency Initiative (XDI), per esempio, ha rivelato come un ospedale su 12, a livello globale, sarà nel prossimo futuro a rischio di chiusura totale o parziale per effetto dei fenomeni meteorologici estremi (18). Va detto inoltre che, per come sono attualmente strutturati, i sistemi sanitari contribuiscono a rafforzare quegli stessi processi che li danneggiano, essendo annoverati tra i maggiori produttori di emissioni di CO₂ che derivano dalle attività legate all'assistenza (19).

Per poter essere preparati a ciò che ci aspetta è dunque necessario cercare di affrontare il problema su entrambi i fronti: il contrasto ai fenomeni che alimentano la crisi eco-climatica e il rafforzamento dei sistemi sanitari. Questa rivista ha già ospitato interventi in favore dell'azione climatica ([qui](#)) e della necessaria difesa del nostro sistema sanitario ([qui](#)). È il momento però di riconoscere che queste due cause dovrebbero confluire l'una nell'altra, affinché entrambe ne risultino rafforzate. Difendere, ma anche rinnovare e rafforzare il sistema sanitario per renderlo carbon neutral, resiliente e preparato ad affrontare le sfide imposte dalla crisi eco-climatica dovrebbero essere tra le rivendicazioni prioritarie dei movimenti eco-ambientalisti. Queste possono infatti essere considerate a tutti gli effetti come azioni di mitigazione e adattamento al cambiamento climatico. Dall'altro lato, politiche di mitigazione e adattamento in ambito extra-sanitario non possono che avere un effetto positivo anche sulla sostenibilità e stabilità dei servizi sanitari.

Il supporto all'azione climatica e la promozione di politiche ecologiche andrebbero dunque considerate come attività prioritarie di tutela e promozione della salute, che gli operatori sanitari dovrebbero esercitare nell'ambito della propria attività professionale.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/03/la-terza-transizione-epidemiologica/>



Il diritto all'ombra

Ambra Chessa, medico specializzando Ospedale Universitario di Ginevra, Ginevra
Columbia University, New York

A Los Angeles, l'intensità del caldo aumenta il rischio di mortalità, anche quando non ne è la causa diretta. L'aumento più significativo dei decessi è stato osservato tra gli individui ispanici. In una giornata estiva, l'esposizione diretta al sole può far percepire una temperatura fino a 20 gradi più alta rispetto all'ombra. Un albero opportunamente piantato può abbassare la temperatura interna di un edificio di 18 gradi rispetto a una situazione di piena esposizione solare.

Di caldo si può morire, ma questa minaccia non grava ugualmente su tutti. *Un potente promemoria delle sfide urbane e delle ingiustizie ambientali che Alejandra Borunda ci racconta attraverso gli occhi di Miguel nel suo articolo (1) "Los Angeles confronts its shady divide".*

Miguel ricorda perfettamente quando comprese per la prima volta il valore ed il potere dell'ombra.

Era a scuola a Los Angeles, correndo in un campo da calcio trascurato di Huntington Park, sotto un sole cocente. Un colpo di calore gli fece offuscare la vista e battere forte il cuore. Confuso, inciampò sotto l'unico albero visibile del campo. In quel rifugio, i sintomi di Miguel si mitigarono. Il suo cuore rallentò. Si riprese, rinvigorito dall'ombra fresca e densa di quell'albero. Scoprì poi, lavorando della piantumazione di alberi, che quella semplice benedizione è abbondante solo nelle zone benestanti di Los Angeles.

Nei quartieri neri e ispanici come Huntington Park, dove gli ispanici rappresentano il 97 per cento della popolazione, trovare ombra è estremamente raro (1).

Los Angeles sperimenta temperature estremamente alte, una condizione che può verificarsi in qualsiasi periodo dell'anno (2).

È noto che la città ha sempre dato grande importanza alla luce solare, e il sud della California ha sedotto individui da ogni angolo del paese con la promessa di un sole perpetuo e una luce straordinaria. Anche l'architettura urbana è stata concepita per ottimizzare l'irraggiamento solare; le direttive costruttive comunali hanno imposto restrizioni precise sull'estensione delle ombre prodotte dagli edifici, con lo scopo di evitare che aree come cortili interni, aree verdi o terrazze restino troppo in ombra.

Ma non è stato sempre così.

Quando i colonizzatori spagnoli arrivarono nel bacino di Los Angeles, si imbattono in un'area curata con attenzione dai nativi Tongva, caratterizzata da un'abbondante varietà ecologica e zone d'ombra fornite da foreste di querce. Gli spagnoli modificarono questo paesaggio, abbattendo alberi per il legname e sostituendo l'ombra naturale degli alberi con quella artificiale degli edifici. Nei secoli successivi, i coloni arrivati dall'est del paese stravolsero nuovamente il paesaggio ed introdussero nuove colture e, nel XX secolo, l'importazione di acqua trasformò Los Angeles in una "foresta urbana"(1,3).

Dopo la Seconda guerra mondiale, il sogno americano si concretizzò nell'immagine di una casa con giardino, resa ancora più idilliaca da un albero rigoglioso e un'auto nel vialetto, simboli di prosperità e benessere.

Questa aspirazione portò a un significativo aumento della densità degli alberi a Los Angeles, che crebbe del 150 per cento dal 1920 ai primi anni del 2000, con oltre 10 milioni di alberi a punteggiare la città (1). Ma, le foreste urbane crescono sul denaro, la cui distribuzione non è mai stata uniforme. Infatti, fino a tempi recenti, quasi il 20 per cento degli alberi era concentrato in appena cinque blocchi censuari, dove viveva solo l'uno per cento della popolazione (4).

Il redlining – pratica discriminatoria adottata da banche e istituzioni finanziarie che comporta il rifiuto o l'applicazione di costi maggiorati per servizi quali prestiti o assicurazioni, basandosi sulla razza o sul reddito dell'individuo – **nella prima metà del XX secolo aveva negato a molte persone di colore il finanziamento ipotecario per il Sogno Americano** e aveva causato un notevole ridimensionamento degli investimenti in infrastrutture pubbliche, compresi gli alberi.

Ad oggi, la disparità persiste. Nel contesto attuale di cambiamento climatico, può il sole di Los Angeles essere ancora considerato un vantaggio incondizionato?

A Los Angeles, l'intensità del caldo aumenta il rischio di mortalità, anche quando non ne è la causa diretta. L'ondata di calore record di 10 giorni nel settembre 2022 ha visto un aumento del tasso di mortalità generale del 5%, con 395 decessi in più rispetto al previsto.

L'aumento più significativo dei decessi è stato osservato tra gli individui ispanici (5). In una giornata estiva, l'esposizione diretta al sole può far percepire una temperatura fino a 20 gradi più alta rispetto all'ombra. Un albero opportunamente piantato può abbassare la temperatura interna di un edificio di 18 gradi rispetto a una situazione di piena esposizione solare (6). Così, l'ombra contribuisce a mantenere fresco l'ambiente, un fatto che la città calda sta iniziando a valorizzare.

In Italia la questione dell'ombra e della giustizia ambientale assumono contorni particolari, considerando il contesto storico, culturale e climatico del paese.

Un'indagine condotta in Europa e divulgata da The Lancet (7) nel 2022 ha esaminato anche il caso di tre metropoli italiane – Roma, Napoli e Milano – rilevando una variabilità nella densità del verde urbano, con percentuali medie rispettivamente del 9%, 13% e 6,4%. Le città esaminate erano in media 1,5 gradi più calde rispetto alle zone rurali limitrofe. Sempre secondo la stessa ricerca, circa 6700 decessi legati alle isole di calore urbane avrebbero potuto essere prevenuti aumentando la copertura arborea al 30% nelle città, il che avrebbe richiesto un raddoppio degli alberi esistenti.

Christopher Hawthorne a Los Angeles propone un'integrazione dell'ombra nelle politiche di urbanistica, spostando l'attenzione dalla tradizionale valorizzazione del sole a progetti che offrono protezione dal calore. “ E' l'ora di spengere il sole” (8). Quest'idea sta prendendo piede anche in Italia, orientando verso soluzioni che migliorano sia la qualità dell'aria che la vivibilità delle città, contribuendo a ridurre le disuguaglianze per l'accesso a spazi verdi e ombreggiati. Hawthorne suggerisce l'importanza di riconoscere un “diritto all'ombra” come fattore cruciale per il benessere nelle aree urbane.

A Miguel, il bambino con il colpo di colore ed adesso piantatore di alberi a Los Angeles questo messaggio suonerà come un'eco familiare.

Miguel conosce bene il valore di un momento di ombra. Sa che conta ancora di più per le abuelitas nel suo quartiere che si addentrano nell'afa estiva per andare a prendere i loro nipoti; per i lavoratori e lavoratrici domestiche che camminano verso la fermata dell'autobus nella torrida estate; per tutti-e coloro che non hanno il privilegio di vivere in una casa ben isolata.

Miguel ha una visione a lungo termine “Questo è un impegno che richiede tempo. Gli effetti non saranno immediati, non quest'anno, né il prossimo, forse nemmeno tra dieci anni. Saranno le future generazioni a beneficiarne”. Ma, come affermava il poeta R. Tagore “chi pianta alberi sapendo di non godere mai della loro ombra ha capito il vero significato della vita”.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/03/il-diritto-allombra/>

Italia deferita a Corte UE per mancato rispetto direttiva su trattamento acque reflue urbane. Richiamo della Commissione anche su standard qualità dell'aria

La commissione ha deciso di deferire l'Italia (INFR (2017) 2181) alla Corte di giustizia dell'Unione europea per non aver rispettato pienamente gli obblighi di raccolta e trattamento stabiliti dalla direttiva sul trattamento delle acque reflue urbane. Sono stati ritenuti "insufficienti" gli sforzi fatti dal nostro Paese. Inoltre, la Commissione europea sta inviando una lettera di costituzione in mora all'Italia per il continuo mancato rispetto della sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea del 10 novembre 2020 (C-644/18) sulla qualità dell'aria.

13 MAR -

Oggi la Commissione europea ha richiamato l'Italia sia sul trattamento delle acque reflue urbane che al rispetto degli standard di qualità dell'aria. Più nel dettaglio, la commissione ha deciso di deferire l'Italia (INFR(2017)2181) alla Corte di giustizia dell'Unione europea per non aver rispettato pienamente gli obblighi di raccolta e trattamento stabiliti dalla direttiva sul trattamento delle acque reflue urbane (direttiva 1991/271/CEE).

La direttiva mira a proteggere la salute delle persone e l'ambiente imponendo la raccolta e il trattamento delle acque reflue urbane prima del loro scarico nell'ambiente. Le acque reflue non trattate possono mettere a rischio la salute umana e inquinare laghi, fiumi, suolo, acque costiere e sotterranee. Le informazioni ricevute dall'Italia hanno evidenziato una diffusa inadempienza della direttiva, in un totale di 179 agglomerati italiani. L'Italia deve ancora garantire la presenza di sistemi di raccolta delle acque reflue (o di sistemi individuali o di altri sistemi adeguati in casi giustificati) in 36 agglomerati. Per 130 agglomerati, l'Italia non riesce ancora a trattare correttamente le acque reflue raccolte. Per gli agglomerati che scaricano acque reflue in aree sensibili, è richiesto un trattamento più severo delle acque reflue.

L'Italia non rispetta ancora questo obbligo in 12 agglomerati. Infine, per 165 agglomerati, l'Italia non controlla che gli scarichi idrici soddisfino, nel tempo, le condizioni di qualità richieste. La Commissione ha inviato all'Italia una lettera di costituzione in mora nel giugno 2018, seguita da un parere motivato nel luglio 2019. Nonostante alcuni progressi, molti agglomerati rimangono non conformi agli obblighi della direttiva. La Commissione ritiene che gli sforzi delle autorità italiane siano stati finora insufficienti e deferisce pertanto l'Italia alla Corte di giustizia dell'Unione europea.

Inoltre, la Commissione europea sta inviando una lettera di costituzione in mora ai sensi dell'articolo 260 del TFUE all'Italia (INFR (2014) 2147) per il continuo mancato rispetto della sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea del 10 novembre 2020 (C-644/18). In questa sentenza, la Corte di giustizia ha stabilito che l'Italia ha violato gli obblighi previsti dalla direttiva sulla qualità dell'aria (direttiva 2008/50/CE). Il Green Deal europeo, con la sua ambizione di inquinamento zero, richiede la piena attuazione degli standard di qualità dell'aria per proteggere efficacemente la salute umana e salvaguardare l'ambiente naturale.

La Direttiva sulla qualità dell'aria ambiente obbliga gli Stati membri a mantenere le concentrazioni di specifici inquinanti nell'aria, come il PM10, al di sotto di determinati valori limite. Se questi valori limite vengono superati, gli Stati membri devono adottare misure per mantenere il periodo di superamento il più breve possibile. Sebbene l'Italia abbia adottato alcune misure dopo la sentenza, nel 2022, 24 zone di qualità dell'aria presentavano ancora superamenti dei valori limite giornalieri e una zona presentava superamenti dei valori limite annuali. La Commissione ha quindi inviato una lettera di costituzione in mora all'Italia, che ha ora due mesi di tempo per rispondere e colmare le lacune sollevate dalla Commissione. In assenza di una risposta soddisfacente, la Commissione potrebbe decidere di deferire l'Italia alla Corte di giustizia con la richiesta di imporre sanzioni finanziarie.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=120844

L'Italia è il secondo Paese meno vivibile in Europa | Lo studio

Nonostante il calo dell'inflazione e dei costi energetici rispetto ai massimi storici registrati nello scorso biennio, il costo degli affitti e dell'energia elettrica continuano a essere motivo di preoccupazione in Italia come nel resto d'Europa.

Lo studio della banca online N26 sull'Indice di vivibilità, mirato ad individuare quali sono i Paesi europei che offrono una migliore qualità della vita, ha esaminato i dati sulle spese relative all'affitto e all'elettricità di ciascun Paese, confrontando gli aumenti salariali e considerando sia la densità di popolazione che il senso generale di felicità dei residenti, andando a creare **la seguente classifica dei Paesi europei più vivibili**:

Classifica Paesi Più Vivibili in Europa	
Paese	Punteggio
1. Danimarca	38,5
2. Svizzera	35,2
3. Belgio	34,8
4. Austria	34
5. Francia	31,6
6. Svezia	30,3
7. Spagna	29,4
8. Grecia	24,9
9. Germania	24,8
10. Paesi Bassi	20,4
10. Italia	20,4
11. Regno Unito	19,7

Sul podio della classifica di N26, la Danimarca si posiziona come il miglior Paese in Europa in cui vivere. Seguono al secondo e al terzo posto la Svizzera e il Belgio, Paesi in cui la percentuale di salario destinata agli affitti è rispettivamente del 21% e del 18% (le percentuali più basse tra i paesi analizzati), indice di una situazione più favorevole per quanto riguarda la proporzione tra reddito e costi abitativi.

L'Italia si classifica, invece, al penultimo posto dell'indice di vivibilità seguita solo dal Regno Unito. Come riporta la tabella qui sotto, che analizza nello specifico il peso del costo degli affitti sugli stipendi degli europei, **oltre il 52% dello stipendio degli italiani è destinato all'affitto, percentuale più elevata tra i Paesi considerati.** Da questo dato si evince come il nostro Paese si trovi di fronte a sfide significative per quanto riguarda il costo della vita.

Analisi impatto degli affitti sugli stipendi in Europa

Paese	% Stipendio speso in affitto	Prezzo medio affitto mensile	Stipendio annuo medio
1. Italia	52%	1.377,58 €	31.530,00 €
2. Spagna	45%	1.102,96 €	29.113,00 €
3. Paesi Bassi	37%	1.620,00 €	52.277,00 €
3. Regno Unito	37%	1.461,00 €	46.992,31 €
4. Grecia	35%	472,00 €	16.174,00 €
5. Svezia	32%	1.109,00 €	41.317,29 €
6. Francia	31%	1.109,73 €	41.706,00 €
7. Germania	23%	890,67 €	45.457,00 €
8. Austria	22%	941,10 €	49.199,00 €
9. Danimarca	21%	1.159,00 €	64.217,27 €
9. Svizzera	21%	1.733,87 €	96.450,09 €
10. Belgio	18%	800,00 €	52.035,00 €

*Questi dati mettono in evidenza il rapporto tra l'affitto medio mensile per un bilocale e il reddito medio mensile, mostrando la percentuale di stipendio medio mensile impegnata per l'affitto nei diversi Paesi nel 2023.

La top 3 delle città Italiane con gli affitti medi più alti

La media nazionale del costo degli affitti per un bilocale in Italia si attesta sui 1.377,58 euro. Tuttavia, un'analisi più dettagliata delle città italiane rivela discrepanze significative: **Firenze, la città italiana con gli affitti in media più costosi, registra una media mensile di 1.806 euro**, con picchi di 2.200 euro mensili per il centro storico. Le punte più elevate sono però a **Milano**, in cui la media degli affitti è di 1674 euro **ma dove si raggiunge una media di 2.838 euro per gli affitti di bilocali nel centro storico.** A Roma, invece, terza in classifica, il costo medio degli affitti per un bilocale è sotto la media nazionale con un prezzo medio di 1200 euro.

Il costo annuo dell'elettricità in Italia è il terzo più alto in Europa, dietro solo a Belgio e Germania, che hanno però a disposizione stipendi molto più elevati.

Il costo annuo medio dell'elettricità³ in Italia è di 691,29 euro, il terzo più alto in Europa dietro a Germania (757,97 euro) e Belgio (761,81 euro). Tuttavia, questo costo incide in modo più significativo sullo stipendio degli italiani (oltre il 2%) rispetto a questi Paesi a causa della disparità dei salari medi - 31.530 euro in Italia contro 45.457 euro in Germania e 52.035 euro in Belgio.

Tra tutti i Paesi analizzati, solo in Grecia il costo dell'elettricità incide maggiormente sullo stipendio rispetto a quanto avviene in Italia, dato particolarmente interessante se si considera che il costo dell'energia elettrica è decisamente inferiore (414,20 euro) a quello della maggior parte degli altri Paesi analizzati. Questo è dovuto ai livelli di salari più bassi tra tutti i Paesi analizzati, pari a 16.174,00 euro all'anno in media.

Metodologia

L'Indice di vivibilità di N26 si focalizza su 12 paesi europei selezionati in base al loro richiamo per la ricollocazione, alla dimensione della popolazione e alla stabilità economica. Le classifiche sono state determinate analizzando le spese medie per l'energia nel 2023, gli aumenti salariali medi dal 2022

al 2023, la densità di popolazione al 16 luglio 2023 e i livelli di felicità medi negli anni 2020-2022. Classifiche più alte riflettono spese per l'energia più basse, aumenti salariali più elevati rispetto all'inflazione, densità di popolazione più bassa e livelli di felicità più alti, con l'intento di evidenziare i paesi più favorevoli per la ricollocazione o la residenza in base al punteggio complessivo.

Fonti

¹ Preoccupazioni degli europei per la crisi del costo della vita e aspettative di ulteriori misure dell'UE | Notizie | Parlamento europeo. 12 gen. 2023, www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20230109IPR65918/europeans-concerned-by-cost-of-living-crisis-and-expect-additional-eu-measures.

² Affitti nei paesi europei, città principale/capitale per paese per un appartamento con una camera da letto: <https://www.globalpropertyguide.com/europe/rent>. Prezzi degli affitti nel Regno Unito: <https://homelet.co.uk/homelet-rental-index>.

³ Consumo annuale medio di elettricità pro capite con il costo attuale confrontato con il salario annuo nell'UE nella fascia di consumo da 1000 a 2499 kWh – fascia DC_Costo: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/nrg_pc_204_custom_8228741/default/table?lang=en (Consumo da 1000 a 2499 kWh – fascia DC). Utilizzo pro capite annuo: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Electricity_and_heat_statistics.

https://www.ripartelitalia.it/litalia-e-il-secondo-paese-meno-vivibile-in-europa-lo-studio/?utm_source=mailpoet



Giornata delle foreste, in 30 anni persi 178 milioni di ettari di boschi: tre volte la superficie della Francia

di redazione Green&Blue

Amazzonia al limite: negli ultimi 50 anni convertito in coltivazioni o pascoli il 17% della sua superficie, con effetti a catena sul clima globale. Consumi, deforestazione e cambiamento climatico strettamente connessi: solo l'Ue responsabile del 16% della deforestazione globale associata al commercio internazionale di materie prime

Coprono il 31% delle terre emerse del Pianeta, ospitando circa l'80% della biodiversità terrestre, forniscono servizi essenziali per le nostre vite e svolgono un ruolo cruciale nella mitigazione del cambiamento climatico. Le foreste sono habitat preziosi che ci ricordano come era il mondo quando l'essere umano non aveva ancora preso il sopravvento. Solo negli ultimi 30 anni sono stati persi 178 milioni di ettari di foreste a livello mondiale, tre volte la superficie della Francia. Un fenomeno conseguenza delle nostre azioni e consumi, con un effetto a catena sulla crisi climatica globale.

Nella Giornata internazionale delle foreste, il 21 marzo come ogni anno, il WWF lancia l'allarme e ricorda l'importanza di questo ecosistema per le nostre vite, alleato indiscusso anche nella lotta al cambiamento climatico. La principale causa della deforestazione a livello globale, infatti, è l'espansione agricola per la produzione di soia, carne e olio di palma. A causa dell'espansione dell'agricoltura vengono convertiti ogni anno cinque milioni di ettari di foreste tropicali, in particolare per la produzione di carne bovina, olio di

palma, soia, cacao, gomma, caffè e legno. Dalla produzione e dal commercio internazionale di questi prodotti deriva inoltre più di un terzo delle emissioni di CO₂ causate dalla deforestazione.

L'Amazzonia sempre più a rischio

La foresta amazzonica è l'ecosistema maggiormente colpito: negli ultimi 50 anni è stato convertito in coltivazioni o pascoli ben il 17% della sua superficie (equivalente a due volte l'Italia). Se questo fenomeno arrivasse a colpire il 20-25% dell'Amazzonia, si pensa che la foresta non sarebbe più in grado di sopravvivere, trasformandosi in una savana arbustiva nel giro di pochi decenni. Nonostante questo, negli ultimi anni la tendenza non sembra migliorare: nel 2022 i disturbi forestali nella regione pan-amazzonica sono aumentati del 14,9% rispetto al 2021. La distruzione di questa preziosa foresta, anche chiamata il "polmone verde del pianeta" grazie alle ingenti quantità di gas serra che è in grado di assorbire dall'atmosfera ogni anno, sta avendo un impatto devastante anche sulla lotta alla crisi climatica globale. La sola foresta amazzonica immagazzina oltre 75 miliardi di tonnellate di carbonio (il totale nelle foreste mondiali sono 662 miliardi di tonnellate): non possiamo assolutamente permetterci di perdere l'Amazzonia e la sua capacità di assorbire CO₂, nella lotta per evitare che il riscaldamento globale superi 1,5°C. Tuttavia, recenti studi hanno scoperto che la concentrazione di carbonio nell'atmosfera amazzonica è maggiore negli strati d'aria più vicini alle chiome degli alberi, contrariamente a quanto sempre creduto. Questo dato è preoccupante in quanto indica che in alcune aree l'Amazzonia emette più carbonio di quanto ne assorbe e immagazzina: l'emissione netta è di circa 300 milioni di tonnellate di carbonio l'anno, quanto ne emette la Francia nello stesso arco di tempo. Questo fenomeno è legato alla deforestazione ma anche agli incendi e alla siccità, piaga un tempo sconosciuta in Amazzonia. Ciò potrebbe avere effetti a catena su clima globale, in quanto se tutto il carbonio ora immagazzinato nella foresta amazzonica fosse rilasciato la temperatura media del pianeta aumenterebbe di 0,3 °C, rendendo impossibile raggiungere l'obiettivo posto dall'Accordo di Parigi.

Il triste primato dei Paesi Ue

Anche i cittadini italiani ed europei sono responsabili di questo fenomeno. L'Unione europea e l'Italia sono infatti tra i maggiori importatori di diversi prodotti causa di deforestazione quali caffè, carne, olio di palma e latticini, rendendo l'Ue responsabile del 16% della deforestazione globale associata al commercio internazionale di materie prime (secondo più grande importatore al mondo di deforestazione dopo la Cina). I soli consumi dei cittadini italiani causano ogni anno 36.000 ettari di foreste distrutte (due volte la città di Milano).

"I nostri consumi generano gravi ostacoli nella vitale lotta al cambiamento climatico: è indispensabile prestare attenzione a ciò che consumiamo anche se viviamo in paesi dove la deforestazione è trascurabile. La cosiddetta 'deforestazione incorporata', ovvero derivante dalla produzione di beni consumati in altri Paesi, contribuisce infatti a quasi l'80% della deforestazione mondiale, e parte di questa riguarda anche proprio i mercati alimentari dell'industria italiana - afferma Edoardo Nevola, responsabile Foreste al WWF Italia -. Il ruolo di noi consumatori è centrale e solo utilizzando maggiore attenzione e responsabilità possiamo dare un contributo sostanziale, con un solo gesto, alla salute di questi ecosistemi, del clima e nostra: un modo è ad esempio informarsi tramite le etichette dei prodotti che vengono comprati per verificare la presenza di eventuali certificazioni e quindi capire se un prodotto proviene da foreste gestite responsabilmente."

Una prima misura atta a ridurre significativamente l'impronta ecologica del commercio internazionale è il nuovo regolamento europeo contro la deforestazione (EUDR). Il regolamento riguarda 7 prodotti (soia, olio di palma, carne bovina, caffè, prodotti legnosi, prodotti stampati e la gomma) e i loro derivati che dal 30 dicembre 2024 potranno entrare sul mercato europeo solamente se le aziende saranno in grado di dimostrare che non sono causa di deforestazione. Ciò cambia le regole dei consumi in Ue: renderà obbligatori una serie di controlli annuali tramite la cosiddetta due-diligence per la quale le aziende importatrici dovranno tracciare i prodotti fino al luogo di produzione e tutte le fasi della catena di approvvigionamento.

Il 23 marzo scatta l'Ora della Terra 2024

Il 23 marzo alle ore 20.30 torna Earth Hour, l'Ora della Terra, un'ora a luci spente che potrebbe cambiare i prossimi decenni: il WWF invita tutti ad unirsi all'evento compiendo un'azione responsabile grazie alla settimana delle azioni che l'organizzazione sta pubblicando in questi giorni sui canali social. La natura ha un ruolo fondamentale per la nostra vita e per fronteggiare il cambiamento climatico. Ogni nostra azione è determinante per poter dare un contributo alla lotta alla crisi climatica e in questo modo tutelare il Pianeta e la nostra salute, oggi e per le generazioni future. Il WWF invita tutti a seguire gli spegnimenti dei monumenti delle principali città italiane che scatteranno dalle ore 20.30 di sabato 23 marzo e a dedicare un'ora per la Terra.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/03/21/news/giornata_internazionale_foreste_amazzonia_wwf-422346001/

Inquinamento atmosferico, solo in 7 Paesi su 134 l'aria è pulita: la classifica IQAir

Giacomo Talignani

Un nuovo report di IQAir racconta come siano ormai pochissimi i luoghi dove la media annuale di particolato resta entro i limiti indicati dall'Oms. E in Asia la situazione è sempre più preoccupante

Solo nei magnifici sette potrete respirare aria pulita. Sette paesi dove secondo una nuova classifica di IQAir nel 2023 i livelli di polveri sottili sono rimasti sotto ai limiti, già ulteriormente striminziti, indicati dall'Organizzazione mondiale della sanità. La [classifica sulla qualità mondiale dell'aria prodotta da IQAir](#), società svizzera collegata al mercato dei purificatori d'aria (lo stesso sito svizzero che settimane fa aveva indicato [Milano](#) come fra le città più inquinate al mondo), si basa sull'analisi dei dati provenienti da 30mila stazioni di monitoraggio dell'aria in 7.812 località e [134 Paesi](#).

Di questi ultimi, su oltre 130 Stati analizzati, secondo il report soltanto sette hanno mostrato una media annuale di PM_{2,5} inferiore o uguale a 5 µg/m³, come chiede l'Oms. Si tratta di Australia, Estonia, Finlandia, Grenada, Islanda, Mauritius e Nuova Zelanda.

Per contro segnali allarmanti arrivano soprattutto dall'Asia, ma anche dal Nord America. I cinque paesi più inquinati nel 2023 sono risultati nell'ordine il Bangladesh (media annuale di PM_{2,5} di 79,9 µg/m³, quindici volte superiore alle linee guida), poi Pakistan (73,7 µg/m³) India (54,4 µg/m³) Tagikistan (49,0 µg/m³) e Burkina Faso (46,6 µg/m³).

Se per questi stati i valori registrati hanno toccato punte massime di inquinamento, in generale sono 124 i Paesi su un totale di 134 - ovvero il 92,5% - che hanno comunque superato il valore limite indicato dall'Oms. Come continente l'Asia - che ospita le dieci metropoli più inquinate al mondo - si conferma al primo posto per presenza di polveri sottili. Se per l'Africa ci sono ancora poche informazioni, con "un terzo della popolazione che non ha ancora accesso ai dati sulla qualità dell'aria", cattive notizie arrivano dal Nord America dove il Canada colpito da incendi devastanti è risultato il Paese più inquinato di questa area geografica.

Giudicate poco affidabili invece le statistiche del Sud America: il 70% dei dati sulla qualità dell'aria in tempo reale dell'America Latina e dei Caraibi proviene infatti da "sensori a basso costo".

Europa: dove migliora l'aria

Diverso invece il discorso per l'Europa dove si registrano varie differenze a seconda delle nazioni. Dall'analisi dei dati di oltre duemila città europee l'Islanda si conferma il paese meno inquinato. Segnali positivi arrivano poi da uno dei luoghi più inquinati del Vecchio Continente, la Bosnia Erzegovina, dove nel 2023 si è però registrata una diminuzione del 18% dei livelli di PM_{2,5}. Passi avanti anche per la Croazia, che ha abbassato i suoi livelli di oltre il 40%, mentre al contrario il Montenegro ha registrato il maggiore aumento assoluto delle concentrazioni di PM_{2,5}.

Il report, anche se non si sofferma per esempio sui valori preoccupanti della Pianura Padana, parla di una generale "tendenza verso livelli più bassi di PM_{2,5} nelle città europee nel 2023". In totale il 7% delle realtà urbane in Europa ha soddisfatto i criteri Oms, soprattutto nel Regno Unito, in Finlandia e Svezia.

L'analisi non entra nello specifico sulle cause del superamento dei limiti, seppur indicando possibili correlazioni con traffico veicolare, impianti di riscaldamento o conseguenze della crisi del clima. In questi termini Begusarai in India è stata l'area metropolitana più inquinata in assoluto del 2023.

Fra le curiosità anche le città metropolitane più e meno inquinate negli States: Columbus (Ohio) e Beloit (Wisconsin) le peggiori, mentre Las Vegas (Nevada) quella con l'aria più pulita.

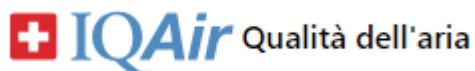
Secondo Aidan Farrow di Greenpeace international servono più sforzi locali e nazionali per monitorare la qualità dell'aria e per "gestirne le cause e ridurre la nostra dipendenza dalla combustione come fonte di energia".

Sforzi che servirebbero sia a proteggere vite - dato che secondo le stime l'inquinamento atmosferico uccide 7 milioni di persone all'anno nel mondo - sia per proteggere ecosistemi naturali oggi fortemente impattati dalla cattiva qualità dell'aria

Parallelamente va però anche ricordato che nonostante il doppio abbassamento delle linee guida dell'Oms nell'indicare i livelli "sicuri" di particolato, l'aria attuale è in media migliore rispetto a quella del secolo scorso e in alcune zone, come in Europa, sono stati fatti sforzi notevoli per abbassare le quantità di inquinanti.

Contemporaneamente però, ricordano anche [recenti ricerche mediche](#), è difficile stabilire un livello sicuro per il particolato, dato che anche le esposizioni minori al PM_{2,5} possono portare ad "un aumento dei ricoveri ospedalieri per patologie come malattie cardiache e asma".

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/03/19/news/iqair_inquinamento_atmosferico_solo_in_7_paesi_su_134_aria_pulita-422338355/

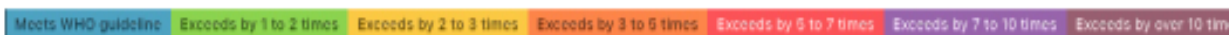


Mappa globale interattiva delle concentrazioni di PM2,5 nel 2023 per città

Passa il mouse sopra gli indicatori delle città per mostrare la classifica delle città e le concentrazioni medie annuali di PM2,5.

A proposito di questo rapporto

Il Rapporto mondiale sulla qualità dell'aria del 2023 fornisce una revisione globale dei dati sulla qualità dell'aria per l'anno 2023. Il rapporto riassume i dati sulla qualità dell'aria PM2,5 di 7.812 città in 134 paesi, regioni e territori. I dati utilizzati per creare questo rapporto sono stati aggregati da oltre 30.000 stazioni di monitoraggio della qualità dell'aria gestite da istituti di ricerca, enti governativi, università e strutture educative, organizzazioni senza scopo di lucro, aziende private e scienziati cittadini.



I dati sul PM2,5 sono riportati in unità di microgrammi per metro cubo ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) e incorporano le ultime linee guida annuali sul PM2,5 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e gli obiettivi provvisori per la visualizzazione dei dati e la comunicazione del rischio (pubblicati nel 2021).

Il Rapporto mondiale sulla qualità dell'aria 2023 è stato creato a partire da dati sulla qualità dell'aria in tempo reale provenienti dalla piattaforma globale di monitoraggio della qualità dell'aria di IQAir che esamina i dati in

arrivo con protocolli di convalida e calibrazione per armonizzare i dati sulla qualità dell'aria provenienti dalle stazioni di monitoraggio di tutto il mondo.

[I dati storici sulla qualità dell'aria](#) utilizzati nella creazione di questo rapporto possono essere trovati sul sito web IQAir, [una mappa interattiva che presenta le concentrazioni annuali delle città](#), classifiche globali a livello di città e collegamenti a oltre 7.000 pagine di città dedicate che forniscono dati locali sulla qualità dell'aria in tempo reale. e informazioni.

IQAir si impegna a coinvolgere, educare e motivare attivamente governi, educatori, ricercatori, organizzazioni no-profit, aziende e individui a promuovere sforzi di collaborazione volti a migliorare la consapevolezza pubblica sulla qualità dell'aria. IQAir cerca di facilitare discussioni ben informate e ispirare iniziative che migliorano la qualità dell'aria e promuovono il benessere delle comunità e delle città di tutto il mondo.

Sintesi

Causando circa un decesso su nove in tutto il mondo, l'inquinamento atmosferico rappresenta la più grande minaccia ambientale per la salute umana. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'inquinamento atmosferico è responsabile di circa sette milioni di morti premature ogni anno in tutto il mondo. ¹ L'esposizione all'inquinamento atmosferico da PM_{2,5} porta ed esacerba numerose condizioni di salute, tra cui, ma non solo, asma, cancro, ictus e malattie polmonari. ² Inoltre, l'esposizione a livelli elevati di particelle fini può compromettere lo sviluppo cognitivo dei bambini, portare a problemi di salute mentale e complicare malattie esistenti, compreso il diabete.

I dati utilizzati per creare questo rapporto sono stati aggregati dalla distribuzione globale di oltre 30.000 stazioni normative di monitoraggio della qualità dell'aria e sensori di qualità dell'aria a basso costo gestiti da istituti di ricerca, enti governativi, università e strutture educative, organizzazioni non governative senza scopo di lucro, aziende private e scienziati cittadini.

Il Rapporto mondiale sulla qualità dell'aria del 2022 includeva dati provenienti da 7.323 località in 131 paesi, regioni e territori. Nel 2023, questi numeri sono cresciuti fino a includere 7.812 sedi in 134 paesi, regioni e territori. La copertura in Africa si è ampliata in modo significativo nel 2023 con l'aggiunta di sette nuovi paesi alla regione. La copertura si è ampliata anche in tutta l'America Latina con l'inclusione di altri quattro paesi nel 2023. Le nazioni africane del Ciad e del Sudan, così come l'Iran, paese dell'Asia occidentale, sono assenti nel 2023 a causa della mancanza di dati di monitoraggio disponibili al pubblico.

Nel 2023, 10 dei 134 paesi e regioni segnalati sono riusciti a raggiungere il valore guida annuale PM_{2,5} dell'OMS pari a 5 µg/m³. Con solo il 9% delle città a livello globale che rispettano le linee guida annuali dell'OMS sul PM_{2,5}, resta ancora molto lavoro da fare per combattere l'inquinamento atmosferico. Sebbene il PM_{2,5} comporti rischi diretti per la salute, le sue implicazioni si estendono oltre la salute umana e si estendono ai complessi processi ambientali influenzati dal clima terrestre. Il cambiamento climatico, guidato principalmente dalle emissioni di gas serra, svolge un ruolo fondamentale nell'influenzare le concentrazioni di inquinanti atmosferici PM_{2,5} e le emissioni di combustibili fossili sono contemporaneamente responsabili della maggior parte dei decessi correlati al PM_{2,5}. ³ Affrontare contemporaneamente gli obiettivi relativi all'inquinamento atmosferico e al cambiamento climatico è fattibile, poiché offre opportunità di miglioramenti ambientali globali.

Riferimenti

[1] Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente. Nota sull'azione contro l'inquinamento – Dati che devi conoscere. Pubblicato il 7 settembre 2021. <https://www.unep.org/interactives/air-pollution-note/>

[2] Zehnder C, Manoylov K, Mutiti S, et al. Introduzione alla scienza ambientale: 2a edizione. Libri di testo aperti di scienze biologiche. Pubblicato nel 2018. <https://oer.galileo.usg.edu/biology-textbooks/4>

[3] Vohra K, Vodnos A, Schwartz J, Marais EA, Sulprizio MP, Mickley LJ. Mortalità globale dovuta all'inquinamento esterno da particelle sottili generato dalla combustione di combustibili fossili: risultati di GEOSChem. Ricerca ambientale. 2021;195(0013-9351) doi:

10.1016/j.envres.2021.110754 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013935121000487>

<https://www.iqair.com/us/commercial-air-quality-monitors/air-quality-app>

Microplastiche dall'usura dei pneumatici

L'usura dei pneumatici dei veicoli a motore è responsabile di una grande percentuale di microplastiche nell'ambiente. I ricercatori dell'Empa – Swiss Federal Laboratories for Materials Science and Technology e della società wst21 hanno riassunto i risultati di vari studi in un rapporto recentemente pubblicato ed hanno presentato delle strategie per la loro riduzione.

I pneumatici sono l'interfaccia tra il veicolo e la strada. In fase di accelerazione, trasferiscono la potenza del motore alla superficie stradale e quindi spingono il veicolo. In frenata, la velocità viene ridotta attraverso le gomme. Le forti accelerazioni lasciano segni neri sulla strada. Lo stesso accade durante le frenate di emergenza, che il sistema antibloccaggio (ABS) cerca di evitare al meglio.

Tuttavia, l'usura dei copertoni non si genera solo durante queste manovre estreme, ma anche durante ogni guida "normale". Anche a velocità costante, le ruote sfregano contro la superficie stradale, rilasciando materiale nell'ambiente. Le caratteristiche dei pneumatici e lo stile di guida sono i principali fattori che determinano l'usura. Un contributo minore, ma non trascurabile, è dovuto anche alle caratteristiche del veicolo e alle condizioni della strada.

Quanto si consuma il pneumatico e che effetto ha?

L'usura dei pneumatici è presente nell'ambiente sotto forma di particelle solitamente più piccole di qualche millimetro, costituite da una miscela di pneumatici e materiale stradale. La parte in gomma dell'usura è considerata microplastica, ossia particelle di plastica di dimensioni inferiori a 5 millimetri. In Svizzera, l'usura dei pneumatici rappresenta circa il 90% delle microplastiche rilasciate nell'ambiente. Sulla base degli studi esistenti, si può stimare che in media vengano prodotti e rilasciati nell'ambiente circa 1,4 chilogrammi di abrasione da pneumatici per abitante all'anno. Tuttavia, il problema di questi studi è che la maggior parte delle misurazioni dell'usura si basa su studi degli anni Settanta. A causa dell'ulteriore sviluppo dei pneumatici, è necessario disporre di dati aggiornati.

Circa un quarto dell'abrasione dei pneumatici viene trattenuto negli impianti di trattamento delle acque di dilavamento delle strade (SABA), nelle corsie stradali, nei collettori di fanghi o negli impianti di trattamento delle acque reflue comunali. Si stima che dal 16 al 39% finisca nei corsi d'acqua e dal 36 al 57% sul ciglio della strada e sul suolo. A seconda della miscela di gomma dei pneumatici, le particelle sono più o meno tossiche. Additivi come gli inibitori dell'ozono si sono dimostrati particolarmente dannosi per la vita acquatica. Non è possibile valutare in modo definitivo gli effetti e i rischi per l'uomo e l'ambiente, poiché non esistono studi dettagliati in merito.

Come si può ridurre l'usura degli pneumatici e i suoi effetti?

Esistono numerosi modi per ridurre l'usura dei pneumatici, che vanno dalle azioni sui pneumatici a quelle sul veicolo, dal comportamento di guida agli aspetti generali della mobilità. Una misura di facile attuazione consiste nell'ottimizzare la miscela di gomma dei pneumatici per ridurre al minimo l'usura. Una volta che il consumo dei pneumatici è stato rilasciato, dovrebbe almeno essere trattenuto meglio dal sistema di drenaggio stradale. Tuttavia, per ridurre l'inquinamento ambientale non è necessario ridurre solo la quantità di usura dei pneumatici, ma anche la loro tossicità. La soluzione può essere rappresentata da mescole di pneumatici ottimizzate in termini di minore tossicità possibile.

La riduzione del peso del veicolo, la corretta pressione dei pneumatici e la corretta regolazione della geometria degli assali sono misure specifiche per il veicolo per ridurre l'usura degli pneumatici. Esistono anche idee per trattenere il consumo dei pneumatici all'interno del veicolo ed evitare così che si disperda nell'ambiente. Tuttavia, queste proposte non sono ancora andate oltre studi teorici e non ci sono ancora applicazioni concrete.

È stato dimostrato che una guida il più possibile regolare ha il massimo effetto sulla riduzione dell'usura dei pneumatici. A tal fine, sulle strade nazionali con un volume di traffico più elevato si possono utilizzare sistemi di armonizzazione della velocità e di segnalazione dei pericoli.

Nel caso delle autostrade nazionali, le misure relative al sistema di drenaggio (ad esempio, la sostituzione degli scarichi diretti o dei separatori di olio con i più moderni SABA o l'infiltrazione nella carreggiata) vengono già attuate nell'ambito della pianificazione della manutenzione. Tuttavia,

l'adeguamento del drenaggio stradale è più difficile da attuare nelle aree urbane che in quelle rurali, poiché le superfici necessarie per i SABA sono generalmente carenti.

Necessaria una standardizzazione internazionale

È molto importante sviluppare un metodo standardizzato e riconosciuto a livello internazionale per quantificare l'usura dei pneumatici di auto e camion. Questo è l'unico modo per confrontare in modo affidabile i risultati di diversi studi e definire i valori limite. Le discussioni su questo tema sono in corso nell'ambito dell'UNECE ("United Nations Economic Commission for Europe"). Una procedura di prova e valori limite a livello europeo sono attesi nei prossimi cinque anni. Una procedura di misurazione standardizzata dovrebbe dare maggior importanza al problema dell'abrasione nello sviluppo dei pneumatici.

Ulteriori informazioni

Dr. Panayotis Dimopoulos Eggenschwiler

Tecnologie per Powertrain Automotive

Telefono +41 58 765 43 37

panayotis.dimopoulos@empa.ch

Fonte articolo: Empa – Communication – Mikroplastik-Reifen-Abrieb

[Microplastiche dall'usura dei pneumatici \(ecquologia.com\)](http://ecquologia.com)

Sanità pubblica e privata



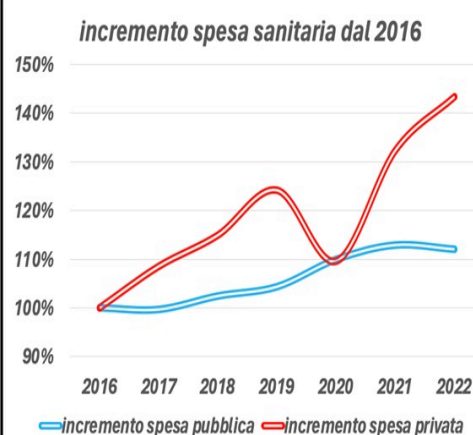
EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE
RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA

Perché aumenta il privato in sanità?

Il blog di Cesare Cislaghi

Negli anni '50 del secolo scorso quasi tutti gli ospedali erano pubblici, facevano eccezione solo alcuni ospedali gestiti da ordini religiosi, e solo alcune cliniche potevano chiamarsi effettivamente private. Le Facoltà universitarie di Medicina e Chirurgia erano tutte solo statali e contenevano tutta la ricerca medica e l'eccellenza clinica e chirurgica. L'attività privata era per lo più solo la seconda attività di chi lavorava negli ospedali pubblici. Ora la realtà è molto diversa, perché? E perché, nonostante l'universalismo del SSN, la spesa sanitaria privata è così elevata e in forte crescita?

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
farmacie	3,0	9,0	9,5	10,0	10,2	11,0	12,0
strutture pubbliche	2,1	3,2	2,3	2,3	1,5	1,8	2,0
strutture private	5,3	5,7	6,0	6,4	5,8	6,7	7,0
medici	2,6	2,6	3,7	2,4	1,6	2,2	2,4
odontoiatri	4,6	4,7	4,8	5,5	4,4	5,6	5,7
altri operatori	5,3	6,3	7,0	8,3	7,3	10,0	11,2
totale spesa sanitaria	143,4	145,4	150,4	155,2	157,6	167,4	169,5
totale spesa SSN	115,3	114,9	118,1	120,3	126,8	130,2	129,2
totale spesa privata	28,1	30,5	32,3	34,9	30,8	37,2	40,3
% spesa privata	19,6%	21,0%	21,5%	22,5%	19,5%	22,2%	23,8%
incremento spesa pubblica	100,0%	99,7%	102,4%	104,3%	110,0%	112,9%	112,1%
incremento spesa privata	100,0%	108,5%	114,9%	124,2%	109,6%	132,4%	143,4%



I dati della relazione del MEF mostrano una spesa sanitaria privata diventata un quarto della spesa sanitaria totale, mentre solo sette anni fa era meno di un quinto.

Un'altra fonte utile per documentarsi sulla spesa sanitaria è il "sistema dei conti della sanità" dell'Istat di cui riportiamo la tavola sulla spesa corrente per tipo di finanziamento (2012-2021) e la tavola della spesa diretta delle famiglie per funzioni di assistenza (2012-2302).

Tavola 1 - Spesa corrente per l'assistenza sanitaria della popolazione residente per tipo di finanziamento. Anni 2012-2021
(milioni di euro)

TIPOLOGIA DI FINANZIAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	108.258	107.218	108.851	109.132	110.086	111.117	113.591	114.690	121.440	126.857
Pubblica amministrazione	107.932	106.877	108.500	108.789	109.819	110.857	113.353	114.433	121.191	126.623
Assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria; conti di risparmio medico obbligatori	326	341	351	343	267	260	238	257	249	234
Regimi di finanziamento volontari	2.909	2.852	2.937	3.076	3.367	3.705	3.980	4.346	4.223	4.481
Assicurazioni sanitarie volontarie	2.271	2.179	2.157	2.252	2.496	2.742	2.934	3.230	3.191	3.362
Istituzioni senza scopo di lucro	166	187	206	223	222	263	327	360	341	368
Imprese	472	486	574	601	649	700	719	756	691	751
Spesa diretta delle famiglie	31.509	31.456	32.529	34.405	34.510	35.875	36.219	36.487	33.965	36.517
Regimi di finanziamento da parte del resto del mondo (a)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tutti i regimi di finanziamento	142.676	141.526	144.317	146.613	147.963	150.697	153.790	155.523	159.628	167.855
Spesa diretta delle famiglie (% sulla spesa totale)	22,1	22,2	22,5	23,5	23,3	23,8	23,6	23,5	21,3	21,8

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

(a) Il fenomeno esiste, ma le informazioni disponibili non consentono di misurarlo.

Tavola 2 - Spesa diretta delle famiglie per l'assistenza sanitaria per funzioni di assistenza. Anni 2012-2021
(milioni di euro)

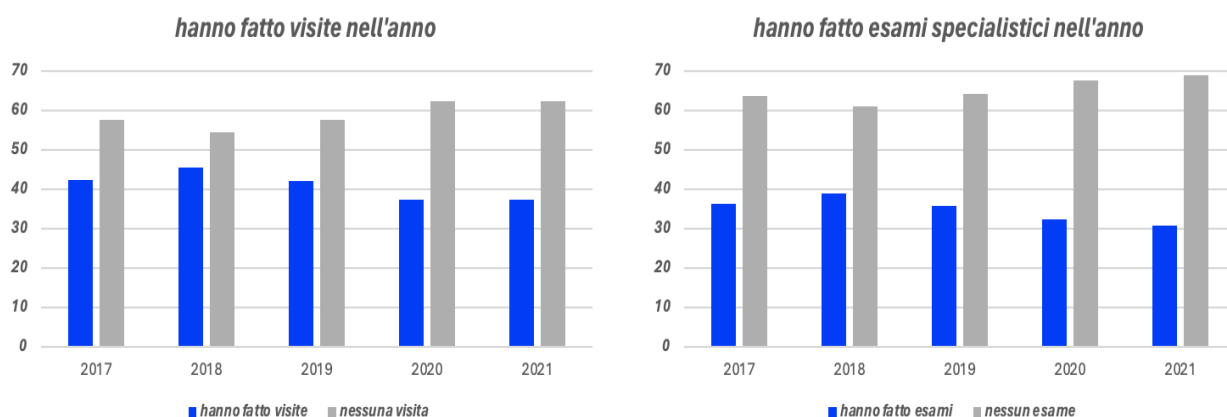
FUNZIONI DI ASSISTENZA	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	12.545	12.406	13.461	15.002	15.087	15.807	15.601	15.222	13.772	15.116
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1.401	1.382	1.392	1.409	1.455	1.494	1.457	1.389	1.150	1.289
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	510	501	489	464	469	464	437	419	323	376
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	10.534	10.424	11.471	13.005	13.038	13.717	13.576	13.284	12.177	13.319
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	100	99	109	124	125	132	131	130	122	132
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	3.475	3.550	3.654	3.739	3.790	3.927	4.004	4.057	3.993	4.249
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	3.141	3.220	3.291	3.325	3.373	3.488	3.566	3.625	3.585	3.807
Assistenza (sanitaria) diurna di lunga durata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	263	260	286	326	328	346	345	340	321	348
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	71	70	77	88	89	93	93	92	87	94
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	3.112	3.016	2.978	2.840	2.892	2.880	2.920	2.875	2.305	2.571
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	12.315	12.423	12.379	12.766	12.678	13.198	13.625	14.262	13.825	14.507
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	9.407	9.485	9.388	9.693	9.481	10.014	10.377	10.923	10.377	10.701
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	2.908	2.938	2.991	3.073	3.197	3.184	3.248	3.339	3.448	3.806
Servizi per la prevenzione delle malattie	62	61	57	58	63	63	69	71	70	74
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tutte le funzioni	31.509	31.456	32.529	34.405	34.510	35.875	36.219	36.487	33.965	36.517

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

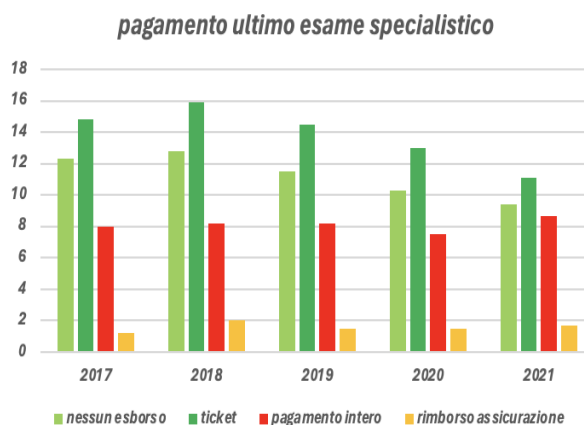
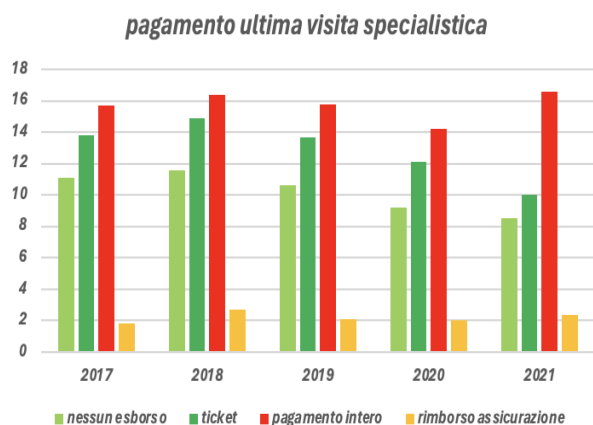
Si faccia attenzione che leggendo i dati contabili di spesa sanitaria, sia pubblica sia privata, capita di non trovare esatta corrispondenza tra le fonti; ciò per lo più dipende dalle diverse classificazioni utilizzate, comunque le differenze sono quasi sempre marginali.

Per ragionare sulla tendenza alla privatizzazione della sanità può essere però più utile analizzare i dati raccolti dall'indagine Istat sugli aspetti della vita quotidiana delle famiglie dal 2017 al 2021 (ultimo anno con dati disponibili per la ricerca). Questi sono dati che mostrano lo scenario dal punto di vista della popolazione assistita e non hanno i pregi e i difetti dei dati contabili di bilancio.

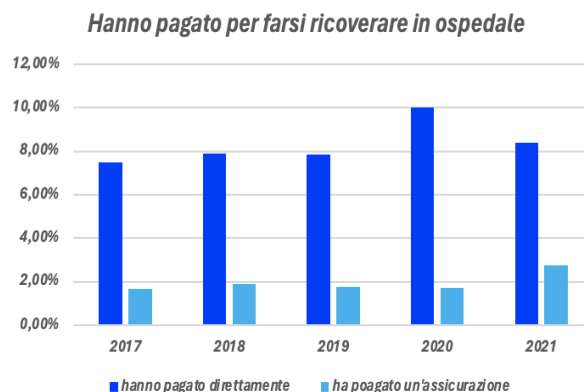
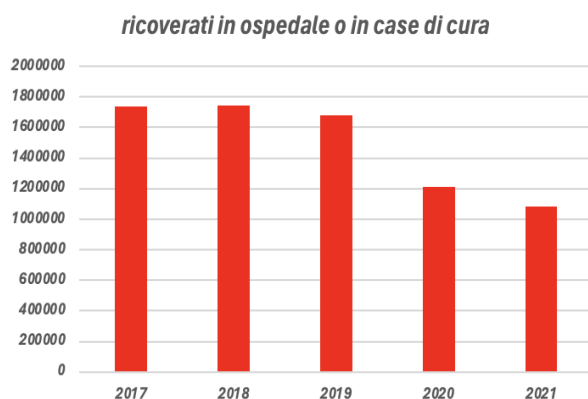
Esaminando le risposte alle indagini dal 2017 al 2021, che sono quelle in cui i questionari contengono domande sul tipo di prestazioni utilizzate, si intravede una leggera diminuzione di persone che hanno effettuato in generale una visita specialistica o un esame diagnostico specialistico. La diminuzione è evidente soprattutto nel 2020 e nel 2021 e probabilmente può essere attribuita alle difficoltà di accesso dovute alla pandemia da Covid.



Analizzando però le condizioni di accesso con le quali sono avvenute, se cioè gratuitamente, o pagando un ticket, o pagando direttamente, o ottenendo un rimborso da una assicurazione privata, si osserva che la diminuzione non ha riguardato le visite a pagamento, che anzi sono, seppur leggermente, aumentate.



Anche i soggetti che riportano di esser stati ricoverati, o in ospedale o in casa di cura, sono diminuiti sensibilmente nel 2020 e 2021, ma aumenta la percentuale di coloro che dichiarano di aver dovuto pagare almeno una parte delle prestazioni (cliniche e/o alberghiere) e ancor di più sono coloro che dicono di aver usufruito di un rimborso assicurativo.



I dati contabili risentono ovviamente della dinamica dei prezzi, mentre questi dati dell'indagine non contengono l'elemento dei costi ma solo della frequenza di tutte le prestazioni ricevute. **Comunque si può senza dubbio alcuno ritenere che il ricorso alle prestazioni di sanità privata sia cresciuto e stia sempre ancora crescendo e quindi è opportuno chiedersene le ragioni.**

Fattore politico-ideologico

Il primo, e forse più allarmante, fattore della tendenza alla privatizzazione della sanità è di natura politico-ideologica.

Per la sinistra solidarista, o più propriamente socialista, la collettività deve farsi carico della salute, e quindi ognuno deve contribuire ai costi secondo le proprie possibilità e può ricevere secondo i propri bisogni.

Per la destra liberista, invece, la salute è un elemento fondamentalmente solo personale e quindi ciascuno deve farsene carico in proprio.

Un governo di destra, quindi, non può che favorire forme di contenimento dell'impegno pubblico sui servizi sanitari favorendo quindi la crescita del privato.

Ci si ricordi al proposito che quando, nel 1978, fu votata la legge 833 di istituzione del SSN, l'unico partito che non votò a favore fu il partito liberale.

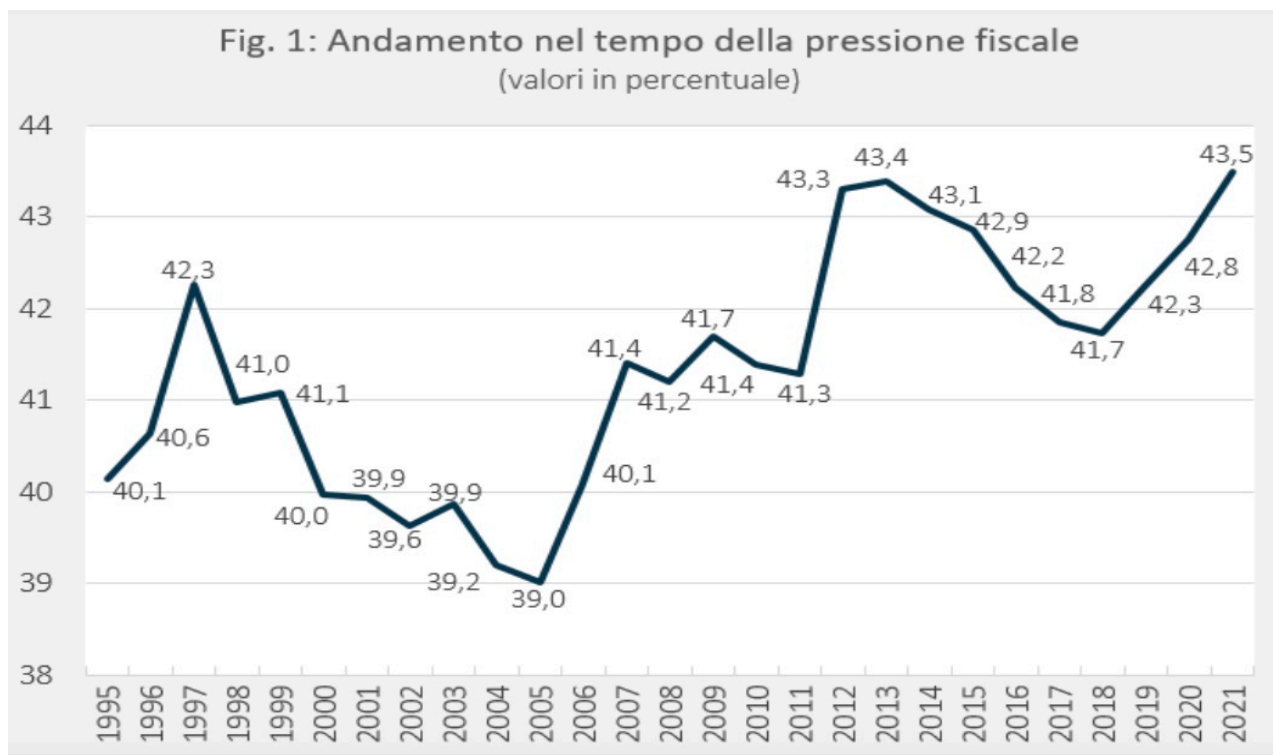
Anche nella popolazione, dove il "sentiment" liberista è in questi ultimi tempi cresciuto, non si chiede, più di tanto, alla politica di assumersi l'onere dei propri problemi di salute e si preferisce invece che

si preoccupi di garantire che i servizi sanitari privati siano di buona qualità, e si limiti a dare assistenza agli indigenti che non sono in grado di attivare, personalmente o tramite i datori di lavoro, una protezione assicurativa.

Fattore economico

Attualmente il prodotto interno lordo italiano si aggira sui 2.085 miliardi di Euro e l'ammontare delle entrate fiscali dello Stato sono state di 886 miliardi, cioè una pressione fiscale del 42,5%. Questa è la pressione fiscale ufficiale, che risulta ultimamente in continua crescita, calcolata seguendo le disposizioni metodologiche previste dall'Eurostat.

La CGIA di Mestre ritiene che quella reale calcolata nel 2023 sia addirittura salita al 47,4%.



Considerando l'attuale spesa sanitaria di 136 miliardi, questa corrisponde al 6,5% del Pil e al 15% delle entrate fiscali dello Stato, cioè a più di un sesto ed è purtroppo naturale che chi intende abbassare la pressione fiscale pensi di agire sui capitoli principali della spesa pubblica e quindi innanzitutto sulla spesa sanitaria; ma in Italia la spesa sanitaria pubblica è già tra le più basse in Europa ed è quella che è cresciuta di meno negli ultimi anni.

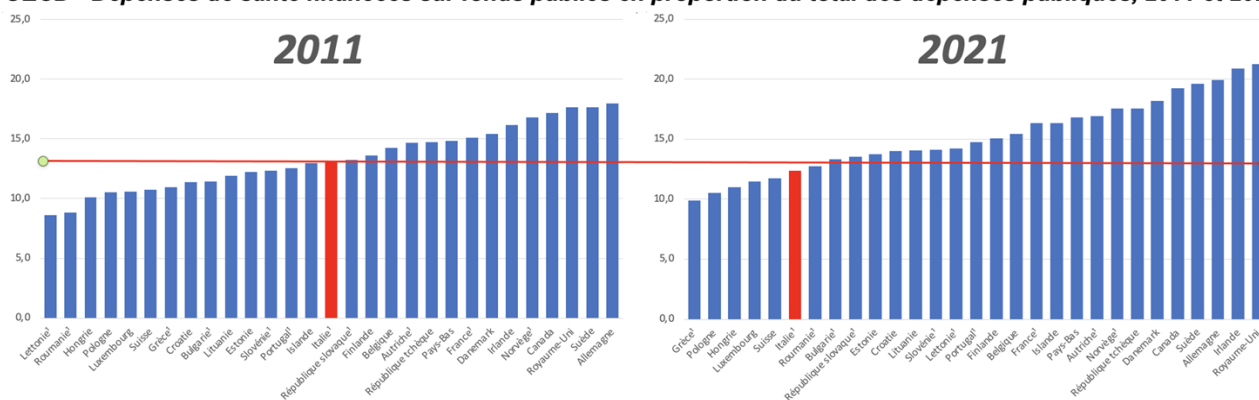
Tab. 1 - Calcolo della pressione fiscale ufficiale e reale (anno 2023)

Descrizione	milioni di euro
Gettito fiscale (a)	870.793
Pil (b)	2.050.600
PRESSIONE FISCALE UFFICIALE [(a/b) × 100]	42,5%
Pil al netto dell'Economia non osservata (c)	1.835.287
PRESSIONE FISCALE REALE [(a/c) × 100]	47,4%

Elaborazione Ufficio Studi CGIA su dati ISTAT e Ministero dell'Economia e delle Finanze

È evidente che se si destinano alla sanità meno risorse rispetto a quelle disponibili, per giunta in un periodo in cui invece il costo della sanità è cresciuto, le possibilità sono due, o fornire alla popolazione meno servizi sanitari, o favorire, direttamente o indirettamente, l'accesso ai servizi forniti dal privato tramite copertura assicurativa.

OECD - Dépenses de santé financées sur fonds publics en proportion du total des dépenses publiques, 2011 et 2021



Fonte: <https://www.oecd-ilibrary.org>

Nel 2021 solo 5 nazioni in Europa hanno destinato alla sanità meno risorse pubbliche dell'Italia, mentre nel 2011 erano 14! E comunque la percentuale italiana è diminuita.

È evidente che se si destinano alla sanità meno risorse rispetto a quelle disponibili, per giunta in un periodo in cui invece il costo della sanità è cresciuto, le possibilità sono due, o fornire alla popolazione meno servizi sanitari, o favorire, direttamente o indirettamente, l'accesso ai servizi forniti dal privato tramite copertura assicurativa.

Fattore imprenditoriale

L'imprenditoria italiana ha individuato nel settore sanitario una crescente possibilità di sviluppo. Sono sorti diversi ospedali privati, diversi centri diagnostici e laboratoristici, si è sviluppato soprattutto il settore assicurativo integrativo che ha permesso a molti di accedere alle prestazioni erogate privatamente.



I fondi assicurativi si sono sempre più diffusi e ormai vengono spesso inseriti nei contratti di lavoro di molte aziende, come ad esempio il fondo FASDA, uno dei tanti, promosso anche dai sindacati CGIL e CISL.



Il Fondo FASDA nasce nel febbraio 2014 per iniziativa di Utilitalia e FISE Assoambiente, in rappresentanza delle imprese, e delle Segreterie Nazionali delle OO.SS. FPCGIL, FITCISL, UILTRASPORTI, FIADEL per i lavoratori.

Il Fondo ha l'obiettivo primario di regolamentare l'assistenza sanitaria integrativa e creare un unico sistema nazionale per l'intero comparto dei servizi ambientali.

L'iscrizione al Fondo e la quota di contribuzione è a totale carico delle Aziende, e deve essere obbligatoriamente effettuata per tutti i lavoratori a cui si applicano i CCNL Utilitalia e/o FISE Assoambiente.

Sembra insomma che anche coloro che hanno maggiormente a cuore il SSN e l'equità nel settore sanitario, si siano rassegnati alla necessità di garantire ai propri protetti forme di assistenza integrativa, ma non solo, anche sempre più sostitutiva. Questa situazione difficilmente può essere invertita ed anzi sembra sia destinata a diffondersi sempre più lasciando, ahimè, con meno possibilità di assistenza coloro che non possono beneficiare di una qualche forma di assicurazione privata sulla salute.

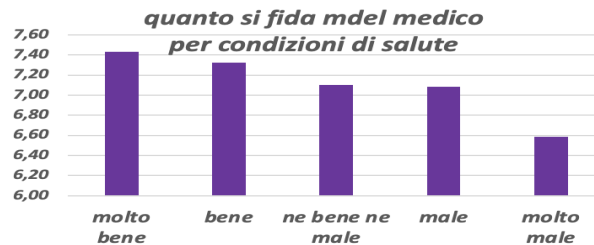
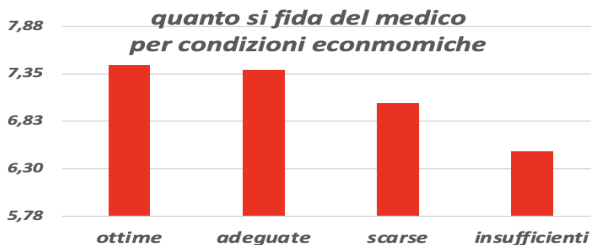
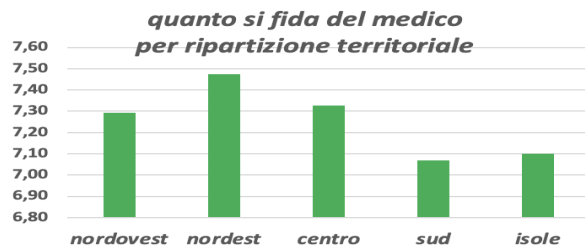
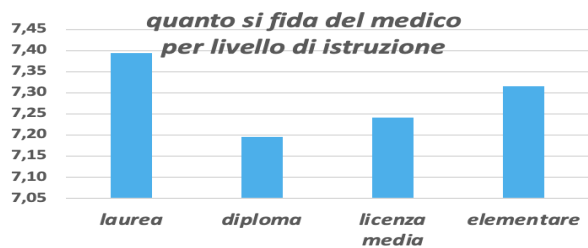
Fattore condizioni di lavoro

Gli operatori del SSN si lamentano ogni giorno di più delle condizioni di lavoro e innanzitutto degli aspetti salariali, ma anche dei ritmi di lavoro e della scarsità di soddisfazione professionale. Molti sono coloro che hanno lasciato il SSN e sono andati addirittura all'estero dove hanno trovato remunerazioni e soddisfazioni maggiori, altri si sono trasferiti nelle strutture private, molti infine pur rimanendo nel SSN hanno optato per un regime di part-time svolgendo attività libero professionali ad esempio in intra-moenia. Ormai in Italia l'operatore sanitario non gode più della stima e del rispetto che una volta aveva e spesso su di lui, per lo più del tutto incolpevole, si versano le frustrazioni dei malati malamente assistiti. Una difesa del SSN non può più non considerare la necessità un miglioramento delle condizioni lavorative degli operatori.

Fattore consumistico

Se i fattori principali della tendenza alla privatizzazione della sanità riguardano la produzione e l'offerta dei servizi, ci sono però anche molti elementi relativi alla domanda, cioè alle preferenze degli utenti. Se l'aver accesso alle prestazioni senza dover pagare è per tutti una opportunità, per chi ha appena la possibilità di pagare spesso c'è la preferenza ad essere trattato da «cliente». Il cliente può, o per lo meno crede di poter, determinare le modalità di erogazione, e la facoltà di esser libero di scegliere comporta per l'erogatore un incentivo a dare una migliore accoglienza. Ma l'elemento determinante sta soprattutto nei tempi di accesso; molte persone che si sono visti prenotare dal SSN visite od esami dopo diversi mesi, trovano invece possibili prenotazioni nel privato dopo pochi giorni e anche accettando le difficoltà del pagamento si rassegnano ad accettare l'alternativa. L'immagine dei servizi sanitari privati è molto curata, sia nelle strutture che nell'accoglienza del personale e molte sono le comodità che il servizio pubblico non dà; si pensi ad esempio alla possibilità di prenotarsi via internet e di ricevere per email i referti diagnostici, comodità che anche alcune Regioni, però, hanno iniziato a dare.

Bisogna comunque notare che la fiducia nei medici è oggi rimasta elevata e descrivendo le valutazioni da 0 a 10 dei rispondenti, in tutti gli aggregati è sempre superiore alla sufficienza, e pochi sono i soggetti che hanno dato un voto insufficiente.



Si notano valutazioni maggiori nei laureati, nel nord est rispetto al sud, in chi sta bene economicamente ed anche sta in buona salute.

Allora non resta che rassegnarsi?

Dobbiamo innanzitutto distinguere tra gli aspetti della privatizzazione nell'ambito della produzione dei servizi rispetto a quelli dell'erogazione e finanziamento degli stessi.

La produzione di prestazioni da parte di un privato, se rispetta le caratteristiche previste e se mantiene una integrazione reale con gli altri ambiti del SSN, non crea di per sé gravi problemi.

È comunque da dire che una vera integrazione è difficile che avvenga e da questo punto di vista meglio sarebbe che tutto il sistema fosse pubblico.

Peraltro, il privato, in alcuni settori, talvolta è in grado di fornire ottime prestazioni, anche migliori di quelle prodotte dal pubblico, a prezzi competitivi e sicuramente con una miglior flessibilità agli sviluppi della medicina.

Diverso è il caso dell'accesso che solitamente ha come norma quella relativa del rispetto dei LEA, norma che è per lo più solo nominale e non entra nelle modalità di erogazione dei LEA stessi.

Tempi, luoghi, qualità, accoglienza ecc., non rientrano purtroppo nei LEA e quindi spesso i diritti alla prestazione si riducono ad essere meramente nominali.

Se una prestazione ha tutti i crismi dell'appropriatezza deve poter essere ottenuta comunque, anche se non vi è disponibilità nel SSN. Dovrebbe quindi essere consentito di accedere a pari condizioni anche alle prestazioni erogate in Intramoenia e persino (semmai anche solo con rimborso indiretto) nelle strutture private.

Il problema da evitare sarebbe comunque quello dell'iperconsumo inappropriato derivato o dall'impazienza o dall'ipocondria degli utenti, ovvero da un'iperprescrizione dovuta a comportamenti errati o addirittura fraudolenti da parte dei medici.

Sarebbe allora essenziale che si introducesse un sistema più efficiente di controlli e di valutazione dei prescrittori.

Nelle impegnative dovrebbero essere meglio specificati i motivi della prescrizione e nel caso di medici che abbondano in prescrizioni (valutate per età e per patologia dei suoi assistiti) ci dovrebbe essere un modo per valutarne la correttezza.

Ci sono diversi soggetti che oggi spingono apertamente verso la privatizzazione del servizio sanitario, invece invece si rassegnano e si lamentano per questa deriva, ma purtroppo pochi che lavorano realmente perché il SSN non venga smantellato.

È sicuramente invece importante lottare perché il finanziamento pubblico sia realmente adeguato e per rinnovare, migliorandoli, i contratti di lavoro degli operatori, ma tutto ciò, anche se irrinunciabile, non basta.

Occorre soprattutto ritrovare la capacità di ridisegnare un servizio sanitario nazionale che riesca a snellirsi di tutte le inefficienze burocratiche, che sappia assumersi il compito di promuovere realmente la salute e non solo di "tamponare" le malattie, che sappia ascoltare i bisogni e le preferenze della popolazione, che sappia occuparsi del benessere della popolazione ottenendone il gradimento.

Non si può farne solo un argomento di lotta elettorale soprattutto quando chi oggi è all'opposizione nel passato non aveva fatto molto per migliorare il SSN.

Per la maggioranza dei cittadini in salute può interessare di più poter pagare meno tasse che dover pagare qualcosa per una sanità di cui non ha ancora bisogno.

Occorre allora maggiore preparazione gestionale in tutto il personale sanitario del SSN; non conta solo, anche se è l'aspetto più rilevante, l'efficacia delle terapie, conta molto anche il sentirsi accolti, il sentirsi protetti, il sentirsi aiutati.

E l'operatore del SSN non può essere solo un operatore di sanità, ma deve anche essere un operatore sociale capace di capire ed indirizzare gli utenti; ma per far questo deve cambiare anche la formazione dell'operatore che non può ignorare nel suo curriculum universitario gli argomenti gestionali, economici, relazionali, ecc.

Ed anche l'operatore deve essere soddisfatto del suo ruolo e dei riconoscimenti che la società gli riserva. La scelta di lavorare in sanità spesso è motivata da valori etici significativi ma se manca da parte dell'istituzione un giusto riconoscimento anche questi valori svaniscono, e spesso sono proprio gli ambienti della sanità privata a ridare giusti riconoscimenti all'operatore.

È probabile che per la metà più benestante della società un sistema sanitario basato su assicurazione privata possa apparire maggiormente conveniente, ma per l'altra metà sarebbe inaccessibile, ed allora differenziare l'assistenza sanitaria in base alle capacità economiche sarebbe l'abbandono più grave all'idea di equità affermatasi nella seconda metà del secolo scorso.

Però l'equità non può realizzarsi su bassi livelli di qualità altrimenti è inevitabile che chi può cerchi delle alternative alla soluzione dei propri problemi di salute e approvi lo sviluppo di una sanità privata costosa, ma gratificante.

Il modo principale per contenere l'eccessiva privatizzazione della sanità è quindi quello di rendere più competitivo il SSN nei confronti dei servizi privati, e questa sarebbe una sfida che credo molti apprezzerebbero e molti operatori sarebbero contenti di collaborare perché si realizzi.

[Perché aumenta il privato in sanità? | Epidemiologia&Prevenzione \(epiprev.it\)](#)

quotidianosanita.it

La sanità pubblica da sola non ce la fa? Il 20% della spesa utilizzata per acquistare prestazioni dal privato. Boom in Lazio e Lombardia

Luciano Fassari

Nel 2022 la spesa per prestazioni da privato ha toccato quota 26,2 mld, ben 12 miliardi in più rispetto a 20 anni prima con una quota che è passata dal 17,8% al 20,3%. In Lazio, Lombardia e Molise la quota sfiora il 30% della spesa sanitaria regionale. Da notare poi come le Regioni in piano di rientro siano quelle che vi facciano più ricorso.

06 MAR -

Negli ultimi 20 anni la spesa per acquisto di prestazioni dal privato da parte del Ssn è passata dai 14 miliardi del 2002 ai 26,2 mld del 2022 ben 12 miliardi in più rispetto a 20 anni prima con una quota che è passata dal 17,8% al 20,3%. Certamente i provvedimenti come la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di budget hanno calmato la spesa ma la dinamica di crescita (a parte il 2020) è costante nel tempo.

Nel 2021, infatti, l'allentamento di alcune misure restrittive, anche in relazione alla progressiva attuazione della campagna vaccinale, oltre che alcuni interventi normativi, tra cui quelli volti al recupero delle liste

d'attesa, hanno determinato una ripresa delle attività assistenziali degli erogatori privati accreditati evidenziando un incremento della spesa del 7,2%. Sono i numeri della Ragioneria dello Stato

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	18,7%	18,3%	18,5%	18,1%	18,3%	19,1%	19,1%	17,4%	17,8%	17,9%
Valle d'Aosta	9,0%	8,8%	8,3%	8,4%	8,2%	9,0%	8,8%	7,2%	7,4%	7,6%
Lombardia	29,2%	28,5%	28,7%	29,1%	29,1%	28,6%	28,7%	24,5%	26,8%	27,0%
Provincia autonoma di Bolzano	13,3%	11,9%	11,5%	12,4%	13,0%	10,9%	8,9%	9,0%	9,0%	9,6%
Provincia autonoma di Trento	13,7%	13,9%	13,8%	12,7%	13,0%	13,3%	13,6%	12,4%	12,5%	12,1%
Veneto	19,5%	19,5%	19,7%	19,3%	18,9%	18,1%	18,5%	17,0%	17,5%	17,8%
Friuli Venezia Giulia	12,2%	12,5%	10,0%	10,2%	10,1%	10,6%	10,7%	10,3%	10,5%	11,0%
Liguria	12,0%	12,4%	12,4%	12,4%	12,4%	13,1%	13,3%	12,3%	12,2%	11,9%
Emilia Romagna	15,6%	16,0%	16,4%	16,0%	15,7%	16,4%	16,4%	14,7%	15,8%	15,3%
Toscana	12,1%	11,8%	11,4%	11,6%	11,9%	12,5%	12,6%	11,4%	11,3%	11,5%
Umbria	11,5%	11,7%	12,0%	12,0%	12,2%	12,4%	12,8%	12,2%	11,2%	10,6%
Marche	12,7%	13,1%	12,9%	13,3%	13,8%	14,6%	14,9%	14,3%	14,4%	14,1%
Lazio	27,1%	26,8%	27,9%	28,0%	29,1%	28,7%	30,2%	28,9%	30,1%	29,3%
Abruzzo	16,0%	15,7%	16,0%	15,4%	16,9%	16,3%	17,1%	15,0%	15,3%	15,6%
Molise	24,3%	26,4%	26,2%	26,6%	27,3%	27,8%	27,3%	26,2%	28,8%	27,7%
Campania	24,3%	24,2%	23,7%	23,7%	24,5%	25,5%	25,5%	23,4%	23,9%	23,8%
Puglia	23,6%	23,1%	23,7%	23,1%	23,2%	22,9%	23,2%	21,6%	21,3%	21,4%
Basilicata	16,1%	16,4%	16,0%	15,0%	15,0%	15,2%	15,4%	15,7%	15,5%	14,6%
Calabria	18,3%	18,3%	18,2%	18,7%	18,5%	18,6%	18,7%	17,6%	18,1%	19,6%
Sicilia	22,1%	22,2%	22,6%	22,4%	22,7%	23,9%	24,0%	22,5%	23,8%	23,8%
Sardegna	14,9%	14,6%	14,5%	14,3%	14,0%	13,7%	13,7%	12,6%	13,5%	13,6%
ITALIA	20,8%	20,7%	20,8%	20,8%	21,0%	21,1%	21,4%	19,5%	20,3%	20,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	20,0%	19,8%	19,9%	19,9%	19,9%	20,0%	20,1%	17,9%	18,8%	18,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	23,5%	23,4%	23,7%	23,6%	24,2%	24,5%	25,0%	23,4%	24,1%	24,0%
Autonomie speciali ^(c)	13,5%	13,3%	12,5%	12,4%	12,4%	12,2%	12,0%	11,1%	11,6%	11,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.



Anche nel 2022 è rinvenibile un incremento (+1,9%), anche dovuto alla prosecuzione delle azioni per il recupero delle liste d'attesa nonché al contributo per calmierare l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche. Insomma, da sola la sanità pubblica ha difficoltà ad organizzare e gestire l'assistenza e ne è testimonianza anche l'ultima Legge di Bilancio che ha stanziato oltre 300 mln per alzare il tetto di spesa per i privati. Certo la Lombardia dell'ausilio del privato ne ha fatto un modello ma come si è visto in pandemia l'assenza di investimenti pubblici sul territorio è stata pagata a caro prezzo. Il tutto senza dimenticare la spesa out of pocket che ha superato i 40 miliardi, tutti spesi dai cittadini per ottenere servizi che il pubblico non riesce ad erogare in tempi accettabili.

I dati regionali. Nel 2022 sono state la Lombardia (27), il Lazio (29,3) e il Molise (27,7) a spendere di più. Di contro la Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Bolzano non raggiungono il 10%. Nel 2022 le regioni in piano di rientro hanno evidenziato un peso percentuale sul totale della spesa del 24%, superiore alle quote raggiunte dai due rimanenti cluster.


https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120697

TERAPIA | PRIMA IN LINEA

Terapie basate sull'mRNA: guardare oltre i vaccini COVID-19

Hamideh Parhiz, Dottorato in Medicina [†] • Elena N Atochina-Vasserman, MD PhD [†] • Drew Weissman, MD PhD [†]  

[Mostra le note a piè di pagina](#)

Publicato: 07 marzo 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02444-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02444-3) •  Check for updates

Riepilogo

I recenti progressi nella tecnologia dell'mRNA e nella sua distribuzione hanno consentito alle terapie basate sull'mRNA di entrare in una nuova era nella medicina.

La natura rapida, potente e transitoria delle proteine codificate dall'mRNA, senza la necessità di entrare nel nucleo o il rischio di integrazione genomica, le rende strumenti desiderabili per il trattamento di una serie di malattie, dalle malattie infettive al cancro e ai disturbi monogenici.

Il ritmo rapido e la facilità di produzione su larga scala delle terapie basate sull'mRNA hanno supportato la risposta globale alla pandemia di COVID-19.

Tuttavia, permangono sfide per quanto riguarda la stabilità dell'mRNA, la durata dell'espressione, l'efficienza di somministrazione e la targetizzazione, per ampliare l'applicabilità delle terapie a base di mRNA oltre i vaccini COVID-19.

Imparando dagli studi preclinici e clinici in rapida espansione, possiamo ottimizzare la piattaforma di mRNA per soddisfare le esigenze cliniche di ciascuna malattia.

Qui riassumeremo i recenti progressi nella tecnologia dell'mRNA; il suo utilizzo nei vaccini, nell'immunoterapia, nella terapia sostitutiva proteica e nell'editing genomico; e la sua consegna a tipi cellulari e organi specifici desiderati per lo sviluppo di una nuova generazione di terapie mirate basate su mRNA.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02444-3/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02444-3/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Science

La dengue imperversa in Brasile. Manca almeno un anno per un promettente vaccino locale

Un'epidemia da record, alimentata da una stagione delle piogge insolitamente calda, sta colpendo in modo sproporzionato la popolazione povera

Marcia Triunfol

Quando la dengue cominciò a circolare nella sua cittadina nello stato del Rio Grande do Sul in Brasile, il primo pensiero di Fabio Vilella fu quello di far vaccinare suo figlio di 13 anni.

I bambini sono particolarmente vulnerabili e suo figlio aveva già avuto la dengue, il che aumenta il rischio di malattie gravi. Ma Vilella, una biologa ambientale, fece presto una scoperta sorprendente: in nessuna clinica o farmacia privata del paese era rimasto alcun vaccino. "Sono davvero preoccupato", dice.

Il Brasile sta assistendo a un'ondata senza precedenti di dengue, una malattia virale che può causare dolori atroci e talvolta è fatale. Una stagione delle piogge insolitamente calda, insieme a un'urbanizzazione rapida e non pianificata, ne hanno alimentato la diffusione quest'anno. I funzionari sanitari hanno segnalato più di 1 milione di casi sospetti tra gennaio e febbraio, quattro volte di più rispetto allo stesso periodo del 2023, e centinaia sono morti. Ma il Paese ha troppo poco vaccino per proteggere la sua popolazione. Il governo ha concluso un accordo l'anno scorso con il produttore giapponese Takeda Pharmaceuticals, ma quest'anno riceverà dosi per vaccinare completamente solo 3,3 milioni di persone, in un paese di oltre 220 milioni di abitanti.

*Un vaccino prodotto localmente potrebbe rivelarsi migliore e più economico, ma sarà disponibile non prima del 2025. "Stiamo lavorando freneticamente contro il tempo", afferma Esper Kallas, direttore dell'Istituto Butantan, che sta sviluppando lo scatto. Il Brasile ha adottato nuove strategie di controllo per le zanzare **Aedes aegypti** che trasmettono la dengue, ma anche il loro potenziamento richiederà tempo.*

Il virus della dengue, disponibile in quattro diverse varietà, o sierotipi, può causare febbre alta, mal di testa, dolori articolari e muscolari ed eruzioni cutanee. In alcuni casi può portare a forti dolori addominali, sanguinamento e morte. Ciò si verifica in genere quando una persona viene infettata per la seconda volta da un sierotipo diverso, in un fenomeno chiamato potenziamento dipendente dagli anticorpi. Il Ministero della Sanità brasiliano prevede più di 4 milioni di casi di dengue quest'anno, il che sarebbe un record. Anche altri paesi sudamericani stanno registrando un aumento dei casi.

*La dengue è notoriamente difficile da controllare. **L'A. aegypti** prospera nelle città, dove vasi da fiori pieni d'acqua, secchi o pneumatici scartati costituiscono luoghi ideali per la riproduzione. "La zanzara ama i serbatoi d'acqua all'ombra", afferma Rafael Mello Galliez, ricercatore di malattie infettive presso l'Università Federale di Rio de Janeiro. Le popolazioni povere, prive di acqua corrente e di un adeguato smaltimento dei rifiuti, sopportano il peso maggiore della malattia.*

*Rimuovere regolarmente i serbatoi d'acqua può aiutare a controllare la dengue – insieme a Zika e chikungunya, altre due malattie virali trasmesse da **A. aegypti** – ma è difficile da sostenere. Anche l'irrorazione di insetticidi non è molto efficace, in parte perché le zanzare stanno diventando resistenti agli insetticidi. Nemmeno l'uso dei larvicidi – che le stesse zanzare femmine contribuiscono a diffondere sotto forma di minuscoli grumi di polvere che si attaccano al loro corpo – ha fermato l'epidemia.*

*Sono in arrivo nuove tecnologie per controllare **l'A. aegypti**. Uno è il rilascio di zanzare infette dal batterio **Wolbachia**, che riduce la loro capacità di trasmettere virus. Finora l'organizzazione no-profit World Mosquito Program ha distribuito le zanzare in cinque località del Brasile e i risultati sono incoraggianti. Niterói, una città di mezzo milione di abitanti dove le zanzare sono state diffuse dal 2015, ha registrato finora solo 58 casi confermati quest'anno, rispetto ai 9.355 della vicina Rio de Janeiro, con quasi 7 milioni di abitanti. Le zanzare saranno presto distribuite in più siti, ma estendere la strategia a livello nazionale è un'impresa ardua.*

Lo stesso vale per il rilascio di zanzare maschi sterili, che si accoppiano con le femmine ma non producono prole, causando il crollo della popolazione. Un gruppo di ricercatori brasiliani ha creato tali insetti non con le radiazioni, la pratica abituale, ma con un trattamento più economico costituito da una sostanza chimica e un po' di RNA a doppio filamento che silenzia un gene coinvolto nella fertilità maschile. Un esperimento condotto nella città di Ortigueira, nello stato del Paraná, tra il 2020 e il 2022 ha prodotto il 97% in meno di casi di dengue rispetto alle città di controllo, ha [riferito il gruppo di ricerca l'anno scorso](#). La vaccinazione è l'altra nuova strategia promettente. Il vaccino a due dosi di Takeda, denominato Qdenga e progettato per proteggere da tutti e quattro i sierotipi, contiene un ceppo attenuato, o indebolito, di un sierotipo come "spina dorsale" a cui vengono aggiunti i geni degli altri tre. Negli studi,

il vaccino ha avuto un'efficacia complessiva del 64,2% nelle persone che avevano già avuto la dengue e del 53,5% in coloro che non erano mai stati esposti al virus.

A febbraio, il servizio sanitario pubblico brasiliano (SUS) ha avviato una campagna per vaccinare i bambini di 10 e 11 anni, il gruppo più a rischio di ricovero ospedaliero per dengue. Ma poiché quest'anno il Brasile prevede solo 6,6 milioni di dosi di Qdenga, SUS si rivolge solo a 521 comuni brasiliani, meno del 10% del totale. La diffusione del vaccino è stata modesta: solo il 32% dei bambini aventi diritto nel Distretto Federale e solo il 18% a Rio de Janeiro hanno ricevuto la prima vaccinazione.

Il vaccino prodotto in Brasile, denominato Butantan-DV, potrebbe raggiungere più persone. Sviluppato originariamente dal National Institutes of Health degli Stati Uniti, contiene ceppi vivi di tutti e quattro i sierotipi di dengue, attenuati dalla rimozione di un piccolo frammento del genoma. Si tratta di un vaccino monodose, che è "sempre preferito", afferma Gabriela Paz-Bailey, ricercatrice sulla dengue presso i Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie, perché alcune persone non ricevono mai la seconda dose.

In uno studio condotto in Brasile su 16.235 persone di età compresa tra 2 e 59 anni, [pubblicato il mese scorso](#) dal New England Journal of Medicine, il vaccino ha offerto una protezione rispettivamente dell'89,5% e del 69,6% contro due sierotipi, DEN-1 e DEN-2, durante i primi 2 anni dopo l'immunizzazione. Non ci sono dati di efficacia su DEN-3 e DEN-4 perché nello studio, che sta continuando, non è stato riscontrato alcun caso.

Ma tutti e quattro i sierotipi indeboliti presenti nel vaccino si sono replicati in oltre il 50% degli individui vaccinati che non avevano mai avuto la dengue, osserva Andre Siqueira della Fondazione Oswaldo Cruz. Ciò suggerisce che il vaccino Butantan fornirà una protezione duratura per tutti i sierotipi, afferma. Si prevede che sarà anche più economico di Qdenga. "Una volta che il Butantan-DV sarà approvato e disponibile, il vaccino Qdenga sarà storia", prevede Mello Galliez.

Butantan spera di richiedere l'approvazione all'ANVISA, l'agenzia di regolamentazione brasiliana, entro settembre, afferma Kallas. Per vaccinare la popolazione target a livello nazionale – quella tra i 2 e i 60 anni – occorrerebbero circa 140 milioni di dosi, dice Kallas, ma si rifiuta di speculare su quanto tempo ci vorrebbe: "Non voglio creare aspettative".

Anche dopo la sua introduzione, il vaccino sarà monitorato attentamente. Il primo vaccino contro la dengue approvato, prodotto da Sanofi, sembrava [innescare](#) un potenziamento dipendente dagli anticorpi, come il virus stesso, nei bambini delle Filippine che non avevano mai avuto la dengue prima e si sono infettati dopo la vaccinazione. Da allora il paese ha vietato il vaccino. Finora non ci sono segnali chiari del fenomeno né con gli spari di Takeda né di Butantan, ma ci vorrà più follow-up per esserne sicuri.

"Controllare la dengue è molto difficile", afferma Paz-Bailey. Ma lei crede che la vaccinazione, le nuove strategie di controllo delle zanzare e la formazione continua contribuiranno a contrastare l'ondata della malattia. "Sono ottimista riguardo al futuro", afferma.

https://www.science.org/content/article/dengue-raging-brazil-promising-local-vaccine-least-year-away?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5128927

Dengue: implementare le misure di prevenzione e avanti sullo sviluppo dei vaccini

Emanuele Nicastri, *Direttore della Divisione di Malattie Infettive ad Elevata Intensità di Cura dell'Istituto Spallanzani di Roma

La Dengue è l'infezione virale trasmessa da zanzare più diffusa al mondo con un'incidenza globale notevolmente aumentata negli ultimi due decenni, ponendo una sfida sostanziale per la salute pubblica.

Dal 2000 al 2019, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha documentato un aumento di dieci volte dei casi segnalati in tutto il mondo passando da 500.000 a 5,2 milioni. Il 2019 ha segnato un picco senza precedenti con casi segnalati in 129 paesi.

Dopo un leggero calo dei casi tra il 2020-2022 a causa della pandemia da COVID-19, nel 2023 si è osservato un aumento dei casi a livello globale anche in regioni precedentemente non colpite dalla dengue.

Di solito, la sua trasmissione è ciclica e si possono prevedere grandi epidemie ogni 3-4 anni ma si teme che, considerando i primi dati di gennaio e febbraio, nel 2024 tale andamento non sia rispettato.

Dall'inizio del 2023, l'incremento esponenziale della trasmissione virale ha portato al picco di oltre cinque milioni di casi e più di 5.000 decessi correlati alla dengue segnalati in oltre 80 paesi/territori e in cinque continenti. Quasi l'80% di questi casi concentrati nella regione delle Americhe.

Nei primi mesi del 2024, secondo i dati aggiornati del PAHO (Pan American Health Organization), un totale di 1,5 milioni casi sospetti di infezione da Dengue sono stati notificati dalle autorità locali con 287 decessi. Le prime 6 settimane hanno visto un aumento del 198% paragonato allo stesso periodo del 2023 e del 283% rispetto alla media degli ultimi anni solo nelle Americhe. Tutti e quattro i sierotipi di virus Dengue, DENV 1, 2, 3 & 4, circolano nelle Americhe.

Nella regione europea, la dengue non è endemica e i casi sono principalmente legati ai viaggi. Tuttavia, dal 2010 sono stati segnalati casi autoctoni in diversi paesi della regione, tra cui Croazia, Francia, Israele, Italia, Portogallo e Spagna.

Tra gennaio e dicembre 2023 sono stati segnalati casi ed epidemie di casi autoctoni sporadici in tre paesi: Italia (n = 82), Francia (n = 43) e Spagna (n = 3). L'esecuzione di test diagnostici per la dengue in Europa non è routine, a meno che non vi sia una storia di viaggio e un sospetto clinico.

Quindi è probabile che il numero effettivo di casi di dengue nel 2023 sia sottostimato. In Italia nella scorsa estate sono stati segnalati 4 focolai autoctoni ed indipendenti l'uno dall'altro: ben 3 di essi nella area metropolitana di Roma e uno in Lombardia nel lodigiano.

*Diversi fattori sono associati al crescente rischio di diffusione dell'epidemia di dengue tra cui il cambiamento della distribuzione dei vettori (principalmente *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*), soprattutto nei paesi precedentemente naïve alla dengue; il cambiamento climatico che porterà a un aumento delle temperature, a elevate precipitazioni e umidità e a una maggiore efficienza vettoriale; sistemi sanitari fragili nel post pandemia COVID-19; instabilità politiche e finanziarie in paesi che affrontano complesse crisi umanitarie e elevati movimenti di popolazione.*

Nella maggior parte dei casi, sino al 75%, la dengue è asintomatica o provoca una lieve malattia febbrile aspecifica. Tuttavia, in alcuni casi si sviluppa una forma grave di dengue, di solito una vasculite, che può comportare anche complicanze di uno o più organi.

La forma grave di solito compare nelle infezioni successive alla prima. Infatti, l'infezione con un primo sierotipo fornisce un'immunità protettiva verso lo stesso sierotipo ma solo transitoria agli altri sierotipi. L'infezione successiva a un sierotipo diverso aumenta pertanto il rischio di dengue grave.

Non esiste un trattamento specifico per la dengue, solo sintomatico con antipiretici come il paracetamolo (massimo 3 grammi nelle 24 hr). Mai antinfiammatori o steroidi che possono precipitare il danno da vasculite.

Al fine di contenere i molteplici eventi epidemici, è necessario sviluppare un piano di risposta strategico che affronti i temi della sorveglianza entomologica e delle attività di controllo del vettore anche in proprietà private, della sorveglianza epidemiologica nell'uomo e delle misure di controllo sul paziente con un potenziamento della capacità diagnostica e della comunicazione del rischio alla popolazione che deve passare dal tema della semplice prevenzione della puntura a quello della prevenzione della malattia.

Le misure di prevenzione farmacologica e non, devono essere implementate in tutti coloro che intraprendano viaggi per piacere o per lavoro in aree endemiche.

Le misure di protezione personale durante le attività all'aperto includono repellenti topici per la pelle esposta o il trattamento degli indumenti e l'uso di camicie e pantaloni a maniche lunghe. Inoltre, la protezione domestica può includere l'uso di prodotti come aerosol, repellenti, o zanzariere.

La reale novità di quest'anno sono i vaccini già in uso e in studio contro la Dengue. Uno di essi si basa su di un virus vivo attenuato. È già disponibile in differenti regioni d'Italia e risulta efficace nel prevenire i casi di dengue da tutti e 4 i sierotipi.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-03-05/dengue-implementare-misure-prevenzione-e-avanti-sviluppo-vaccini-095016.php?uuid=AFVj9yw&cmpid=nlqf>

la Repubblica

Dengue, tutto quello che c'è da sapere sul vaccino

di Mara Magistroni

A chi serve davvero il vaccino per la febbre Dengue? A chi rivolgersi per la somministrazione? In questo articolo abbiamo raccolto le risposte alle domande dei nostri lettori

Il Brasile sta attraversando un'emergenza di sanità pubblica: i casi probabili di febbre Dengue continuano ad aumentare e sfiorano ormai i 2 milioni - cifra che supera di quattro volte quella segnalata nello stesso periodo del 2023. Nessun allarme, comunque, per il nostro Paese: le istituzioni, come affermato dal direttore della prevenzione del ministero della Salute Francesco Vaia e confermato da una circolare ministeriale, stanno avviando protocolli di prevenzione per evitare che la zanzara vettore del virus che provoca la malattia attecchisca sul nostro territorio e stanno sperimentando test per identificare il virus su base volontaria negli aeroporti. Ma cosa fare se si ha in programma un viaggio in Brasile o in un altro dei Paesi in cui la malattia è endemica? Serve vaccinarsi? Ecco tutto quello che c'è da sapere.

Che cos'è il vaccino contro la febbre Dengue?

La febbre Dengue è una malattia infettiva particolare. È una arbovirosi, ossia è causata da un virus (DENV) trasmesso attraverso la puntura di un vettore animale, nel caso di Dengue la zanzara Aedes aegypti. Dal 2023 anche in Italia abbiamo a disposizione un vaccino protettivo (Qdenga). Si tratta di un vaccino a virus vivo attenuato tetravalente, cioè capace di conferire immunità nei confronti dei quattro sierotipi virali responsabili della malattia. "Si somministra in due dosi a distanza di tre mesi e, secondo gli ultimi dati disponibili, il completamento del ciclo vaccinale garantisce protezione a lunga durata, 4-5 anni - precisa Emanuele Nicastrì, direttore dell'Unità Malattie Infettive ad Alta Intensità di Cura dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive Spallanzani di Roma - In chi ha già avuto la Dengue, tra l'altro, l'efficacia della vaccinazione è maggiore rispetto che nelle persone del tutto sieronegative, in cui la risposta anticorpale è più bassa, soprattutto per i sierotipi 3 e 4 del virus".

Per chi è indicata la vaccinazione?

Per le persone che vivono in Italia e non hanno in programma viaggi in Paesi in cui la Dengue è endemica, cioè grossomodo tutti quelli che si trovano nella fascia tra i due tropici, non c'è nessuna indicazione alla vaccinazione. Nel nostro Paese, infatti, si segnalano in media qualche centinaio di casi di Dengue all'anno, quasi tutti di importazione, ossia persone che manifestano i sintomi della malattia al rientro da un viaggio in zone tropicali.

Per chi si reca in Paesi endemici, invece, bisogna fare dei distinguo. "L'indicazione alla vaccinazione contro la Dengue è forte per coloro che hanno già contratto la malattia in passato" - spiega Nicastrì. La prima infezione, infatti, è nel 75-80% dei casi asintomatica o paucisintomatica, che significa che la maggior parte delle volte le persone non si accorgono di averla avuta, mentre nel 20-25% dei casi possono comparire sintomi simil-influenzali, come febbre, cefalea, dolori muscolari e osteoarticolari e talvolta lesioni esantematiche. "Quando si contrae il virus della Dengue una prima volta si è protetti a vita da quel particolare sierotipo che ha provocato l'infezione. Ma se si contrae il virus una seconda volta, quindi un sierotipo virale diverso, la malattia può essere più grave: si sviluppa una vasculite, ossia un'infiammazione delle piccole arterie che causa una perdita di liquidi nello spazio interstiziale e conseguenti versamenti a carico di diverse parti del corpo e danno agli organi. Per questo è importante vaccinarsi". La vaccinazione, dunque, è raccomandata anche per chi è originario di zone endemiche e ha in programma di tornare al Paese natale, perché è probabile che, pur non ricordandolo, abbia già contratto la Dengue in passato. "Inoltre - sottolinea l'esperto - si consiglia il vaccino anche a chi deve recarsi in zone dove la malattia è endemica per un lungo periodo e che pertanto sarà esposto al rischio di ripetute infezioni".

Per chi, invece, non è mai stato in zone tropicali prima e vi rimarrà per poco tempo non c'è un'indicazione forte alla vaccinazione. Tuttavia, si raccomanda alle persone provenienti da zone in cui la malattia è endemica di recarsi tempestivamente al pronto soccorso o nei centri di malattie del viaggiatore se nei primi giorni successivi al rientro compaiono sintomi simil-influenzali. "Gli accertamenti sono necessari perché in caso si tratti di Dengue le Asl devono attivare servizi di disinfestazione per ridurre la probabilità di casi secondari autoctoni - precisa Nicastrì - Focolai autoctoni, infatti, hanno un enorme impatto in ambiti come il controllo delle donazioni di sangue, organi e tessuti, che devono in quel caso essere testati anche per Dengue prima di essere utilizzati".

Chi non può fare il vaccino?

Al di là dei possibili effetti avversi comuni (dolore e rossore nel punto di iniezione, febbre, mal di testa, dolori muscolari, debolezza), dal momento che il vaccino disponibile per la Dengue è a virus vivo attenuato, la sua somministrazione è sconsigliata in persone in gravidanza e allattamento e in quelle immunocompromesse.

Quando fare il vaccino?

Il ciclo vaccinale prevede la somministrazione di due dosi a distanza di tre mesi l'una dall'altra, con la seconda dose che garantisce il massimo della copertura e la sua durata nel tempo (4-5 anni). Tuttavia, è stato dimostrato che anche solo una dose di vaccino, somministrata almeno a due settimane prima della partenza, conferisce una protezione soddisfacente, soprattutto per chi ha già contratto la Dengue in passato. "È possibile, quindi, effettuare la prima dose di vaccino prima della partenza e completare il ciclo al rientro" - conferma Nicastrì.

Quanto costa il vaccino?

Le tariffe possono variare, ma indicativamente il costo di una dose di vaccino contro la Dengue, che include anche quello della somministrazione, è tra i 90 e i 100 euro in strutture pubbliche, mentre in privato può arrivare a 170 euro.

Dove fare il vaccino?

Il vaccino per la febbre Dengue è approvato in Italia dal 2023. Per sapere se è disponibile in regime agevolato con il Servizio Sanitario Nazionale è necessario contattare un centro di Medicina dei viaggi, presente più o meno in ogni Asl.

Può essere reperito anche in alcune cliniche private ed è acquistabile in farmacia al prezzo pieno (poi potrà essere somministrato da un operatore sanitario adeguatamente preparato, come il medico di famiglia), ma "l'ideale sarebbe che le persone dirette verso mete esotiche come quelle tropicali prenotino con un certo anticipo una visita presso un ambulatorio specializzato e valutino insieme al medico la possibilità di vaccinarsi non solo per la Dengue, ma anche per altre malattie infettive che potrebbero contrarre durante il periodo di permanenza all'estero, per esempio la febbre gialla o la malaria - consiglia Nicastrì - Il counseling è molto utile anche per valutare eventuali altri rischi correlati al viaggio, ricevere consigli e indicazioni sulle precauzioni da seguire e su ulteriori farmaci di profilassi. Va sottolineato, poi, che le vaccinazioni eseguite presso i centri vaccinali delle Asl vengono registrate nell'anagrafe vaccinale, cosa che non sempre avviene in altri contesti".

https://www.repubblica.it/salute/dossier/vaccini/2024/03/22/news/dengue_vaccino-422359287/



Dengue, Chikungunya, Zika virus, malattia di West Nile e altre arbovirosi

Piano di sorveglianza e controllo in Emilia Romagna per l'anno 2018

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena ha potenziato le attività di sorveglianza previste dal Piano di sorveglianza e controllo diffuso dalla Regione a tutte le Aziende Sanitarie con nota del 14/06/2018 prot. PG/2018/438962. La sorveglianza è attiva tutto l'anno ma nel periodo 15 giugno - 31 ottobre 2018 viene potenziata perché è il periodo di maggior diffusione delle zanzare che sono i principali vettori di queste patologie. Gli arbovirus sono un gruppo di virus (circa 250), che si trasmettono all'uomo o agli animali attraverso la puntura di

artropodi, in genere zecche, o di zanzare. Gli artropodi prelevano il virus pungendo animali e lo trasmettono ad altri ospiti che possono essere intermedi o terminali come l'uomo, quindi incapace di trasmetterlo ulteriormente. Le Arbovirosi più note sono **la Chikungunya, la Dengue, la Zika e la West Nile**. Nessuno di questi virus è originario del nostro Paese ma vi sono stati focolai in Italia portati da pazienti infetti provenienti dalle zone endemiche e diffusi da zanzare che, a causa del cambiamento climatico, si sono diffuse anche in Italia.

La situazione in Europa e in Italia


In Europa (Unione Europea e Spazio Economico Europeo) nel 2017 si sono verificati due epidemie autoctone di infezione da virus **Chikungunya**, una in Francia, nei dipartimenti di Var e di Hérault ed una in Italia, nelle regioni Lazio e Calabria. In Italia, l'epidemia da virus Chikungunya, ha causato 489 casi autoctoni, di cui 282 confermati in laboratorio. Tra questi, 206 casi confermati sono stati notificati dalla Regione Lazio, con focolai epidemici nei comuni di Anzio, Roma e Latina e 74 dalla Regione Calabria, con un focolaio epidemico a Guardavalle marina. Solo nel 6% dei casi il paziente è stato ospedalizzato. I primi casi di infezione sono stati confermati il 6 e 7 settembre 2017 in 3 pazienti che avevano sviluppato una sintomatologia febbrile con artralgie durante un soggiorno ad Anzio. Si stima che la trasmissione autoctona sia iniziata a giugno 2017 o precedentemente.

Nel 2017, in Italia si sono inoltre verificati 125 casi di arbovirosi, di cui 5 da virus Chikungunya, 94 da virus **Dengue** e 26 da virus **Zika**.

La modalità principale di trasmissione del virus del Nilo occidentale (**WEST NILE**) è rappresentata da diverse specie di zanzare, che sono il primo vettore. Tra queste, in particolare, riveste un ruolo primario il genere *Culex*. Ovviamente tutti i fattori che favoriscono la proliferazione delle zanzare, come ad esempio le piogge abbondanti, le irrigazioni dei terreni agricoli o condizioni climatiche con temperature alte, determinano un importante aumento del numero dei casi di contagio. In Italia è in vigore dall'anno 2008 una ordinanza del Ministero della Salute che dà il via ad un piano di sorveglianza Straordinaria della West Nile Disease. Il virus del Nilo è stato dichiarato endemico nel nostro Paese dalle autorità sanitarie. Questa ordinanza prevede anche il coinvolgimento dei medici veterinari liberi professionisti. Con il piano di sorveglianza straordinaria si intensificano le misure straordinarie di sorveglianza "finalizzate alla cognizione dell'espansione del fenomeno".

Il Piano regionale ha l'obiettivo principale di ridurre il rischio di trasmissione autoctona sul territorio nazionale, tramite la sorveglianza epidemiologica dei casi umani, la sorveglianza entomologica e il controllo degli insetti vettori, la comunicazione del rischio e la formazione, e la prevenzione della trasmissione tramite le trasfusioni di sangue ed emocomponenti, cellule e tessuti e la donazione di organi.

<https://www.aou.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/2798>



Istituto Superiore di Sanità
EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica

Zika virus

Informazioni generali

Zika virus - News

L'infezione umana da virus Zika (Zikv) è una malattia virale trasmessa dalla puntura di zanzare infette di alcune specie appartenenti al genere **Aedes**. Zika, infatti, è un **Flavivirus**, simile al virus della febbre gialla, della dengue, dell'encefalite giapponese e dell'encefalite del Nilo occidentale.

Il vettore è rappresentato dalle zanzare del genere **Aedes**, che comprendono **Aedes aegypti** (vettore originario, nota anche come zanzara della febbre gialla) e **Aedes albopictus** (più conosciuta come zanzara tigre e diffusa anche in Italia).

Queste zanzare sono responsabili anche della trasmissione della dengue, della chikungunya e della febbre gialla. L'ospite serbatoio (**reservoir**) non è noto, ma è ragionevole ipotizzare che si tratti una scimmia.

Modalità di trasmissione

La trasmissione all'uomo del virus Zika avviene generalmente tramite la puntura della zanzara vettore. Il soggetto punto da una zanzara portatrice e nuovamente punto da una zanzara non infetta, può dunque innescare una catena in grado di dare origine a un focolaio endemico.

Il contagio interumano è possibile e può avvenire attraverso i liquidi biologici (via sessuale, trasfusioni, passaggio materno-fetale).

Tuttavia, secondo quanto riportato nel "[Rapid risk assessment: virus Zika disease epidemic](#)" (pdf 898 kb), pubblicato dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) il 23 maggio 2016, rimangono comunque alcune incertezze (come per esempio il trimestre a maggior rischio per lo sviluppo di microcefalia nelle donne incinte; la durata della viremia nel liquido seminale maschile; il ruolo dei maschi asintomatici nella trasmissione sessuale, il ruolo di differenti specie di zanzare come potenziali vettori competenti del virus Zika).

Sintomi

Si stima che nell'80% dei casi l'infezione sia asintomatica. I sintomi, quando presenti, sono simili a quelli di una sindrome simil influenzale autolimitante, della durata di circa 4-7 giorni, a volte accompagnata da **rash** maculo papulare, artralgia, mialgia, mal di testa e congiuntivite. Compaiono a distanza di 3-13 giorni dalla puntura della zanzara vettore. Raramente è necessario il ricovero in ospedale.

Al di là del sospetto clinico, la diagnosi di certezza si ottiene tramite la reazione a catena della polimerasi inversa (PCR) e l'isolamento del virus dal sangue del malato. La diagnosi sierologica è, purtroppo, complicata da possibili reazioni crociate con altri **Flavivirus**.

Nelle regioni colpite dall'infezione, è stato anche osservato un aumento dei casi di sindrome di Guillain-Barré, una poliradicolonevrite acuta (neuropatia, sindrome del sistema nervoso) sostenuta da meccanismi autoimmuni che si manifesta con paralisi progressiva agli arti (in genere prima le gambe e poi le braccia) e che spesso fa seguito a un'infezione batterica o virale. Inoltre è stato registrato un aumento delle nascite di bambini con microcefalia congenita.

Prevenzione

Non esistono, al momento, né vaccini né terapie preventive.

L'unico modo per prevenire l'infezione è evitare di essere punti dalla zanzara vettore. I residenti o i viaggiatori in un Paese in cui il virus è presente, possono adottare misure di protezione coprendo la pelle esposta con abbigliamento adeguato (maniche lunghe e pantaloni lunghi) soprattutto nelle ore in cui la zanzara circola (dall'alba al tramonto), usare repellenti, adottare barriere fisiche (porte, finestre, zanzariere) e pernottare in luoghi protetti da zanzariere.

Una particolare attenzione va dedicata alle persone che non sono in grado di proteggersi autonomamente (bambini, anziani, malati).

A titolo precauzionale, gli esperti raccomandano a tutte le donne in stato di gravidanza o che non escludono a breve il concepimento di:

- di valutare la possibilità di rimandare programmi e piani di viaggio nei Paesi colpiti dalla trasmissione del virus
- se il viaggio non è rimandabile, adottare le misure di protezione individuale contro le punture di zanzara
- ritornando da viaggi in aree a rischio, dare subito notizia del viaggio nel corso delle visite prenatali, al fine di poter essere valutate e monitorate in modo appropriato.

Trattamento

Per i malati, si possono utilizzare farmaci di tipo sintomatico al bisogno, come antipiretici (paracetamolo) per la febbre, la cefalea e i dolori osteomuscolari. Si raccomanda una buona idratazione.

Sorveglianza e monitoraggio in Italia

In Italia, la sorveglianza dei casi di malattia da virus Chikungunya, Dengue e Zika è regolata dal “Piano nazionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare (**Aedes sp.**) con particolare riferimento a virus Chikungunya, Dengue e virus Zika – 2016”, pubblicato il 16 giugno 2016 dal ministero della Salute.

Nonostante il sistema di sorveglianza dei casi umani sia attivo tutto l’anno, nel periodo di maggiore attività vettoriale (1 giugno-31 ottobre) viene potenziato su tutto il territorio nazionale per permettere l’identificazione rapida dei casi e l’eventuale adozione immediata delle necessarie misure di controllo.

A questo proposito, il Piano fornisce agli operatori sanitari indicazioni precise sulle procedure di segnalazione dei casi sospetti.

Riguardo alla sorveglianza entomologica e alla valutazione dei diversi livelli di rischio di trasmissione, il documento sottolinea che Regioni e Comuni sono responsabili di effettuare tempestivamente le attività per il controllo delle zanzare invasive, applicando le raccomandazioni riportate (interventi di riduzione dei focolai larvali, interventi ordinari di controllo con prodotti larvicidi e interventi con uso di adulticidi in situazioni di elevata densità del vettore, ecc).

Il Piano pone in evidenza l’importanza degli aspetti di comunicazione (corretta informazione, educazione alla salute, comunicazione del rischio, formazione) e delle misure di precauzione (e isolamento) nei confronti del paziente e dei familiari e/o conviventi. In particolare, rispetto al virus Zika, il documento segnala anche le misure di prevenzione per la trasmissione tramite vettore, per via verticale.

Per le misure di prevenzione trasfusionale il Piano rimanda alle raccomandazioni periodicamente aggiornate e disponibili sul sito del Centro nazionale sangue (Cns), e a quelle del Centro nazionale trapianti (Cnt) relative alla donazione di organi, tessuti, cellule staminali emopoietiche e gameti.

Da quest’anno il Piano non contiene le indicazioni per la sorveglianza e controllo del virus West Nile che sono oggetto di un Piano specifico.

Per approfondire consulta: la [Circolare del 16 giugno 2016](#) (pdf 845 kb), il [comunicato stampa](#) sul sito del ministero della Salute, le [raccomandazioni del Cns](#) e le [raccomandazioni del Cnt](#).

Riferimenti utili

- Organizzazione mondiale della sanità (Oms):
 - le [fact sheet](#)
 - le [pagine dedicate allo virus Zika](#)
 - lo [statement](#) Oms che dichiara l’infezione umana da virus Zika un’[emergenza di sanità pubblica di livello internazionale](#)
- Centers for Disease Control and Prevention (Cdc):
 - le [pagine dedicate allo virus Zika](#), tra cui tra le moltissime risorse anche una sezione dedicata alle [donne incinte](#)
- Pan American Health Organization (Paho)/Oms:
 - le [pagine dedicate all’infezione da virus Zika](#)
- Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie - European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc): le pagine sull’[infezione da virus Zika](#) offrono: [risk assessment](#); [update](#) epidemiologici; [fact sheet](#) per operatori sanitari; Paesi dove è stata registrata [trasmissione locale del virus](#)
- Ministero della Salute:
 - la scheda [Febbre da virus Zika](#)
 - le [domande e risposte più frequenti](#)
 - [poster](#) (pdf 188 kb) con i consigli ai viaggiatori internazionali diretti o provenienti dai Paesi affetti
 - la circolare ministeriale “[Sorveglianza dei casi umani di Chikungunya, Dengue, West Nile Disease ed altre arbovirosi e valutazione del rischio di trasmissione in Italia – 2015](#)” (pdf 797 kb)
 - la [Circolare n.2291 “Infezioni da Virus Zika - Misure di prevenzione e controllo”](#) (pdf 270 kb), pubblicata il 27 gennaio 2016
 - Nota n. 3040 “[Dichiarazione del Primo Meeting del Comitato di Emergenza RSI su Virus Zika](#)” (pdf 270 kb)
- Centro nazionale sangue (Cns) dell’Istituto superiore di sanità (Iss):
 - pagina dedicata alla [sorveglianza sullo virus Zika](#)
- Istituto superiore di sanità:

- il Primo Piano "[Infezione Virus Zika](#)" a cura del Dipartimento Malattie Infettive e il Centro Nazionale Malattie Rare"
- il rapporto Istisan 9/11 "[Linee guida per il controllo di Culicidi potenziali vettori di arbovirus in Italia](#)"
-

<https://www.epicentro.iss.it/zika/>



Chikungunya

La **Chikungunya** è una malattia virale caratterizzata da febbre e forti dolori alle articolazioni. Il virus appartiene alla famiglia delle **Togaviridae** ed è trasmesso dalle zanzare *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, le stesse che trasmettono anche la Dengue, lo Zika virus e il Virus del Nilo Occidentale. Il virus **Chikungunya** si trasmette solamente attraverso la puntura di una zanzara infetta che può pungere sia durante le ore diurne sia notturne, con picchi di attività al mattino presto e nel tardo pomeriggio. Il trattamento è di supporto con antipiretici, antidolorifici e liquidi endovena, mentre la prevenzione passa attraverso la protezione dalle punture di zanzare. Al momento infatti, non ci sono vaccini.

Che cos'è la Chikungunya

La **Chikungunya** è una malattia virale trasmessa dal **Chikungunya virus (CHIK)** e caratterizzata da febbre e forti dolori alle articolazioni. Il termine *Chikungunya* deriva da una parola *makonde* che significa ciò che curva o contorce, a testimoniare l'aspetto ricurvo che assume chi ne soffre.

Il virus appartiene alla famiglia delle *Togaviridae* ed è trasmesso dalle zanzare *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, le stesse che trasmettono anche la [Dengue](#), lo [Zika virus](#) e il Virus del Nilo Occidentale. La *Chikungunya* è diffusa in Africa, Asia e sub-continente Indiano.

Le epidemie si verificano soprattutto durante la stagione delle piogge e tendono a diminuire durante la stagione secca, anche se alcuni focolai si sono verificati anche dopo periodi di siccità in Africa; a fungere da siti di proliferazione per le zanzare, i contenitori per raccogliere l'acqua. Negli ultimi decenni le **zanzare portatrici di Chikungunya** si sono diffuse anche in Europa e nelle Americhe.

Come si trasmette il virus Chikungunya

Il virus **Chikungunya** si trasmette solamente attraverso la puntura di una zanzara infetta del tipo ***Aedes aegypti*** o ***Aedes albopictus***. Non si trasmette da uomo a uomo per via respiratoria, né tramite contatto con liquidi biologici.

Le zanzare responsabili della *Chikungunya* possono pungere sia durante le ore diurne sia notturne, con picchi di attività al mattino presto e nel tardo pomeriggio. Le zanzare entrano in contatto con il virus pungendo esseri umani o animali (scimmie) infetti e rimangono portatrici di *Chikungunya* per tutto il loro ciclo vitale. Dopo la puntura di una zanzara infetta, l'esordio della malattia avviene dopo 4-8 giorni, ma il periodo di incubazione può variare da 2 a 12 giorni. Solo raramente la trasmissione avviene per via verticale durante il parto da madre a figlio, mentre non si conoscono casi di contagio attraverso l'allattamento al seno.

Sintomi di Chikungunya

L'inizio della malattia è caratterizzato da [febbre](#) improvvisa e un tipico dolore articolare che dura di solito pochi giorni, anche se in alcuni casi può durare da alcune settimane ad alcuni mesi. Altri sintomi comuni includono dolori muscolari, mal di testa, nausea, vomito, debolezza e alterazioni pruriginose della pelle di tipo maculo-papulare, che possono spesso assumere un aspetto emorragico. Sintomi rari comprendono problemi agli occhi, sintomi neurologici, cardiaci e gastrointestinali.

Una persona infetta si ammala in genere da tre a sette giorni dopo la puntura di zanzara, ma i sintomi possono iniziare da due a 12 giorni dopo la puntura. Questi sintomi possono durare 3-10 giorni. La maggior parte dei pazienti guarisce spontaneamente entro 7-10 giorni dopo l'infezione iniziale, tuttavia alcuni pazienti hanno riferito un prolungato affaticamento e dolori articolari per settimane o mesi.

Diagnosi e trattamento

La **diagnosi di Chikungunya** si basa sull'analisi dei sintomi in chi è rientrato da viaggi a rischio in zone endemiche e sull'esecuzione di esami del sangue per ricercare il virus e distinguerlo così anche da altri virus che danno sintomi simili.

Ad oggi non esistono trattamenti specifici per la Chikungunya. La terapia è di supporto con antipiretici, antidolorifici, liquidi endovena.

Complicanze

Raramente la malattia evolve in complicanze gravi o fatali come [miocardite](#), [insufficienza cardiaca](#) e complicanze emorragiche.

Tuttavia il decorso è spesso molto serio e debilitante per il paziente che ne viene colpito e i soggetti a maggior rischio di complicazioni sono neonati, anziani, donne in gravidanza e malati cronici.

Prevenzione

La prevenzione della malattia consiste nell'evitare la puntura delle zanzare mediante l'utilizzo di zanzariere, repellenti, vestiti coprenti e di colore chiaro. Molto importante anche la riduzione o eliminazione dei siti come i ristagni d'acqua che si comportano da bacino di proliferazione per i vettori del virus. Non esistono al momento vaccini.

Sitografia

- <https://www.ospedalebambinogesu.it/chikungunya-79985/>
- <https://www.epicentro.iss.it/chikungunya/>
- <https://www.cdc.gov/chikungunya/index.ht>
- <https://myhealth.alberta.ca/Health/Pages/conditions.aspx?hwid=abq4390>

<https://www.nurse24.it/studenti/patologia/chikungunya.html>



Istituto Superiore di Sanità
EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica

Febbre dengue

Global vector control response 2017-2030 (Draft)

Bozza pubblicata dall'Oms a giugno 2017. Il rapporto, pensato per fornire una guida strategica ai Paesi con l'obiettivo di rafforzare l'impegno nella prevenzione delle malattie trasmesse da vettore, sottolinea come sia necessario riallineare i diversi programmi di controllo dei vettori. Un approccio che deve viaggiare parallelamente a un rafforzamento dei sistemi di sorveglianza e monitoraggio, a una maggiore capacità tecnica e a migliori infrastrutture, e a una maggiore coinvolgimento della comunità. Per approfondire consulta il documento completo "[Global vector control response 2017–2030 \(Draft\)](#)".

Fact sheet [Oms: aggiornamento ad aprile 2016](#)

Pagine Oms, aggiornate ad aprile 2016, con le informazioni principali sulla malattia: impatto al livello mondiale, modalità di trasmissione, caratteristiche, trattamento, vaccinazione, prevenzione e controllo.

[Epidemia di febbre Dengue a Capo Verde \(pdf 620 kb\)](#)

Con la circolare del 3 novembre 2009, il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, fa il punto sull'epidemia di Dengue a Capo Verde, dove dal 28 ottobre 2009, le autorità sanitarie locali hanno notificato 3367 casi sospetti, confermati poi dall'Istituto Pasteur di Dakar. Il governo locale ha istituito una commissione ministeriale per il controllo della diffusione del vettore e ha avviato un sistema rapido di sorveglianza e di notifica dei casi, attraverso messaggi di telefonia mobile. Dal 26 ottobre, una squadra di esperti internazionali (composta anche da membri dell'ufficio regionale dell'Oms per l'Africa) è a Capo Verde per svolgere indagini sull'epidemia e iniziare le attività di controllo, registrazione e analisi dei casi, in collaborazione con la Rete globale per l'allerta e la risposta alle epidemie (Goarn). Scarica la [circolare del ministero della Salute](#) (pdf 620 kb).

ECDC: *la dengue nel Pacifico, nelle Americhe e in Sud America (2009): la diffusione della febbre dengue aggiornata ai mesi di giugno e luglio 2009. Disponibile la [traduzione in italiano](#) degli aggiornamenti, a cura della redazione di EpiCentro.*

[Dengue worldwide: an overview of the current situation and the implications for Europe \(pdf 50 kb\)](#)

Un articolo di Eurosurveillance del giugno 2007 fa il punto sul quadro epidemiologico della febbre dengue nel mondo, con particolare attenzione alla situazione europea.

[Brasile: focolai epidemici di febbre dengue nello Stato di Rio de Janeiro](#)

Comunicato Ecdc del 25 marzo 2008. Leggi l'[articolo originale](#) in inglese e la [traduzione](#) a cura della redazione di EpiCentro.

[Febbri emorragiche virali \(Fev\): raccomandazioni e indicazioni per il trasporto \(pdf 200 kb\)](#)

In seguito ai focolai di febbri emorragiche virali registrati in diversi Paesi in tutto il mondo nella seconda metà del 2006, il Ccm-ministero della Salute ha definito nuove linee operative e procedure da mettere in atto per la gestione e il trasposto a bordo di aeromobili di eventuali contatti, casi sospetti o confermati, di febbri emorragiche virali nel caso in cui si rendesse necessario il loro rimpatrio. In Italia, fino a ottobre 2006, non sono mai stati registrati focolai epidemici di febbri emorragiche virali.

[Dengue clinical and public health aspects](#)

Serie di diapositive dei Cdc americani con informazioni sul virus, la sua trasmissione, l'epidemiologia, il controllo, la prevenzione.

[Dengue haemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control \(seconda edizione\)](#)

Manuale pubblicato dall'Oms nel 1997 con informazioni sulla diagnosi clinica della dengue, sul vettore, sulle pratiche di laboratorio e la sorveglianza, sulle strategie di salute pubblica. Diviso in capitoli (consultabili in .pdf) e con numerosi allegati con dati e tabelle.

[Dengue fact sheet](#)

Preparato dai Cdc americani, con domande e risposte e con informazioni per la prevenzione della malattia.

[Travelling waves in the occurrence of dengue haemorrhagic fever in Thailand](#)

AT Derek, RA Cummings, NE Irizarry, NE Huang, TP Eney, A Nisalak, K Ungchusak e DS Burke. Uno studio pubblicato su Nature, nel 2004 (427: 344–347), su un modello matematico per lo studio della diffusione della dengue.

Ultimi aggiornamenti

5/12/2023 - Casi di arbovirosi in Italia: i dati aggiornati

Dal 1 gennaio al 4 dicembre 2023 al sistema di sorveglianza nazionale risultano: 347 casi confermati di Dengue (82 casi autoctoni - vedere focus); 8 casi confermati di Zika Virus; 7 casi confermati di Chikungunya; 48 casi confermati di infezione neuro-invasiva - TBE; 127 casi confermati di Toscana Virus. Per maggiori informazioni sui dati consulta la [dashboard](#) e la pagina generale dedicata alla [sorveglianza nazionale delle arbovirosi e ai bollettini periodici](#). Per i dati sulle infezioni da West Nile e Usutu virus consulta la [pagina dedicata](#).

<https://www.epicentro.iss.it/febbre-dengue/aggiornamenti>

quotidianosanita.it

Zoonosi e antropozoonosi: gli esseri umani trasmettono più virus agli animali di quanti ne prendano da loro

Una ricerca del UCL fa luce su un fenomeno meno considerato delle zoonosi, ossia l'antropozoonosi, i casi in cui sono gli animali a venire contagiato dall'uomo. Tutti i meccanismi con cui i virus espletano il passaggio di ospite chiariti in uno studio su Nature Ecology & Evolution.

25 MAR - Zanzare, polli, pipistrelli, visoni, suini sono spesso sotto accusa per la loro capacità di trasmettere virus di vario tipo a noi esseri umani.

Ma secondo una nuova analisi dei genomi virali condotta dai ricercatori dell'University College London, l'uomo trasmette più virus agli animali domestici e selvatici di quanti ne possa ricevere da loro.

Nel nuovo articolo, pubblicato su Nature Ecology & Evolution, il team ha analizzato tutte le sequenze del genoma virale pubblicamente disponibili, per ricostruire i casi in cui i virus sono passati da un ospite per infettare un'altra specie di vertebrati.

La maggior parte delle malattie infettive emergenti e riemergenti sono causate da virus che circolano negli animali. Quando questi virus passano dagli animali all'uomo, un processo noto come **zoonosi**, possono causare epidemie, epidemie e pandemie come l'Ebola, l'influenza aviaria o il Covid-19.

Dato l'enorme impatto delle malattie zoonotiche sulla salute pubblica, gli esseri umani sono stati generalmente considerati un serbatoio di virus piuttosto che una fonte, mentre la trasmissione dei virus da uomo ad animale ha ricevuto molta meno attenzione.

Per lo studio, il gruppo di ricerca ha sviluppato e applicato strumenti metodologici per analizzare i quasi 12 milioni di genomi virali che sono stati depositati fino ad oggi nei database pubblici.

Sfruttando questi dati, hanno ricostruito le storie evolutive e i passati salti di ospite dei virus in 32 famiglie virali e hanno cercato quali parti dei genomi virali acquisissero mutazioni durante i salti di ospite.

Gli scienziati hanno scoperto che circa il doppio dei salti di ospite avvengono da esseri umani ad altri animali (noto come **antropozoonosi**) piuttosto che il contrario.

Questo modello era coerente nella maggior parte delle famiglie virali considerate. Inoltre, hanno trovato ancora più salti da animale ad animale ospite, che non coinvolgevano gli esseri umani. Il lavoro del team evidenzia il fatto, ampiamente sottovalutato, che i virus umani spesso si diffondono dagli esseri umani agli animali selvatici e domestici.

Il coautore dello studio **Francois Balloux** (UCL Genetics Institute), spiega: “Dovremmo considerare gli esseri umani come un nodo in una vasta rete di ospiti che si scambiano incessantemente agenti patogeni, piuttosto che come un bacino di zoonosi. Esaminando e monitorando la trasmissione dei virus tra animali ed esseri umani, in entrambe le direzioni, possiamo comprendere meglio l'evoluzione virale e, si spera, essere più preparati per futuri focolai ed epidemie di nuove malattie”.

I risultati mostrano anche che, in media, i salti di ospite sono associati a un aumento dei cambiamenti genetici o mutazioni nei virus, riflettendo come i virus debbano adattarsi per sfruttare meglio i loro nuovi ospiti. Inoltre, i virus che già infettano molti animali diversi mostrano segnali più deboli di questo processo di adattamento, suggerendo come alcuni virus siano intrinsecamente più capaci di infettare una gamma diversificata di ospiti, mentre altri hanno bisogno di un adattamento più lungo per adattarsi e infettare una nuova specie ospite. L'autore principale del lavoro, il dottorando **Cedric Tan** (UCL Genetics Institute e Francis Crick Institute) ha dichiarato:

“Quando gli animali vengono infettati dagli esseri umani, ciò non solo può danneggiare l'animale e potenzialmente rappresentare una minaccia per la conservazione della specie, ma può anche causare nuovi problemi agli esseri umani, incidendo sulla sicurezza alimentare nel caso in cui un gran numero di capi di bestiame debbano essere abbattuti per prevenire un'epidemia, come è accaduto negli ultimi anni con il ceppo di influenza aviaria H5N1. Inoltre, se un virus trasportato dagli esseri umani infetta una nuova specie animale, il virus potrebbe continuare a prosperare anche se sradicato tra gli esseri umani, o addirittura evolvere e infettare nuovamente gli esseri umani.

Capire come e perché i virus si evolvono per passare a diversi ospiti attraverso l'albero della vita può aiutarci a capire come emergono nuove malattie virali negli esseri umani e negli animali”.

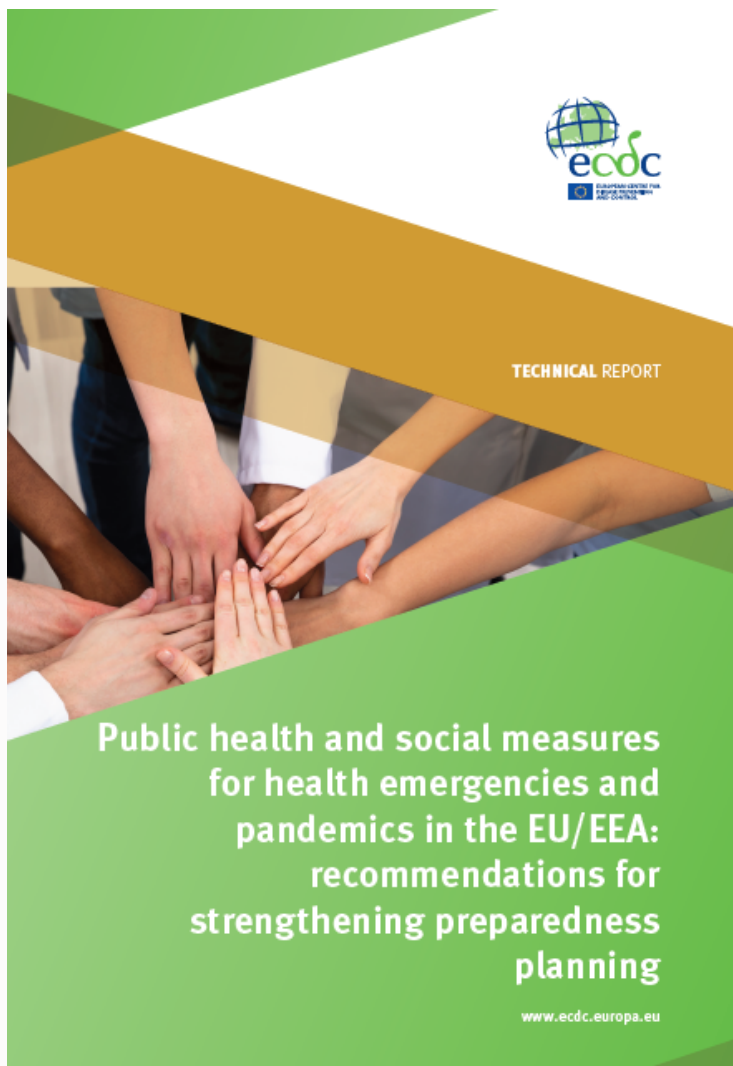
L'ingresso nella cellula è generalmente considerato il primo passo affinché un virus infetti un ospite.

Tuttavia, il team ha scoperto che molti degli adattamenti associati ai salti dell'ospite non sono stati trovati nelle proteine virali che consentono loro di attaccarsi ed entrare nelle cellule ospiti, il che indica che l'adattamento dell'ospite virale è un processo complesso che deve ancora essere pienamente compreso.

Un'altra coautrice, la dottoressa **Lucy van Dorp** (UCL Genetics Institute), fa notare come “la nostra ricerca è stata resa possibile grazie agli innumerevoli gruppi di ricerca che hanno condiviso apertamente i loro dati tramite database pubblici. La sfida chiave, per andare avanti, è integrare le conoscenze e gli strumenti di diverse discipline tra cui la genomica, l'epidemiologia e l'ecologia per migliorare la nostra comprensione dei salti di ospite”.

25 marzo 2024

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=121125



quotidianosanita.it

Tubercolosi. In Europa boom di decessi durante la pandemia: + 7mila rispetto all'atteso. Aumenta la prevalenza della Tbc resistente ai farmaci. Il nuovo Rapporto Oms Europa/Ecdc

È quanto emerge dal [Report](#) pubblicato in occasione della Giornata mondiale della tubercolosi, che si celebra il 24 marzo. Ammon (Ecdc): "Il rafforzamento tempestivo della prevenzione, test e cure sono elementi chiave nella lotta contro la tubercolosi. I Paesi devono agire ora". Kluge (Oms/Europa): "Le autorità nazionali rafforzino i programmi di test per la Tbc e applichino le più recenti linee guida dell'Oms"

21 marzo 2024

Dal 2020 al 2022, nella regione europea dell'Oms, sono stati quasi 7mila i decessi in eccesso per tubercolosi rispetto a quanto previsto dagli esperti sulla base delle stime pre-2020. Un aumento della mortalità che non si sarebbe verificato se gli sforzi di diagnosi e trattamento della tubercolosi non fossero stati interrotti durante la pandemia.

Ma non solo, Quello che più preoccupa è che la prevalenza della tubercolosi resistente ai farmaci continua ad aumentare.

È quanto emerge dall'ultimo [Rapporto](#) sulla sorveglianza e il monitoraggio della tubercolosi dell'Ufficio regionale dell'Oms Europa e del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) pubblicato ogni anno in previsione della Giornata mondiale della tubercolosi, che si celebra il 24 marzo.

I dati più recenti, mostrano quindi una Regione europea che si sta riprendendo, ma sta ancora subendo l'impatto della pandemia di Covid-19 su test, diagnosi e cura della tubercolosi.

*“Il nostro ultimo rapporto rivela una situazione straziante e del tutto prevenibile: le persone affette da tubercolosi non sono state protette durante la pandemia e 7mila hanno perso inutilmente la vita a causa delle interruzioni dei servizi per la tubercolosi – ha dichiarato **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'Oms/Europa – il rapporto rivela anche un'altra tragedia in evoluzione e prevenibile: la prevalenza della tubercolosi resistente ai farmaci continua ad aumentare. Esortiamo le autorità nazionali a rafforzare i programmi di test per la tubercolosi, a diagnosticare tempestivamente e ad applicare le più recenti linee guida dell'Oms”.*

*Secondo il direttore dell'Ecdc, **Andrea Ammon**: “All'indomani della pandemia di Covid 19 abbiamo ancora molta strada da fare per raggiungere gli obiettivi di eliminazione della tubercolosi. Il rafforzamento tempestivo della prevenzione, dei test e delle cure sono elementi chiave nella lotta contro la tubercolosi e qualsiasi ritardo si traduce in ulteriori sofferenze e decessi. I Paesi devono agire ora e l'Ecdc rimane impegnato a collaborare e sostenere i paesi dell'Ue/See nei loro sforzi per porre fine all'epidemia di tubercolosi”.*

Casi segnalati

I dati mostrano un aumento del numero di diagnosi rispetto all'anno precedente. Nel 2022, 38 dei 53 Stati membri dell'Oms/Europa hanno segnalato un aumento delle notifiche di tubercolosi. Il numero totale complessivo ha superato i 170mila casi (rispetto agli oltre 166mila casi del 2021), di cui oltre 36mila casi sono stati segnalati nell'Ue/See (rispetto agli oltre 33.500 del 2021).

“È probabile che questi numeri in aumento – spiega una nota dell'Ecdc – siano un'indicazione positiva del fatto che, in molti paesi, i servizi per la tubercolosi si stanno riprendendo dalle interruzioni della pandemia di Covid-19 e che più persone vengono diagnosticate e curate. È anche probabile che rifletta il ritardo delle diagnosi ritardate dovute alla pandemia”.

TB resistente ai farmaci e tassi di successo del trattamento

Dal Rapporto emerge anche un dato preoccupante: in media, solo 6 trattamenti su 10 per la tubercolosi che utilizzano farmaci di prima linea hanno avuto successo nel curare l'infezione nei paesi dell'UE/SEE, mentre complessivamente nella regione europea 7 trattamenti su 10 per la tubercolosi hanno curato l'infezione dei pazienti.

Si tratta dei tassi più bassi dell'ultimo decennio, che indicano possibili problemi con la compliance al trattamento e probabili lacune nel monitoraggio dei risultati del trattamento.

Se correttamente pianificato ed eseguito, il trattamento della tubercolosi dovrebbe avere successo in circa 9 pazienti su 10 infettati da ceppi che rispondono agli antibiotici rifampicina e isoniazide.

Destano preoccupazione anche i segnali che indicano che la gestione della co-infezione da TBC e HIV non è ottimale.

Solo il 48% dei pazienti affetti da tubercolosi e HIV nella regione europea dell'Oms e il 54% nell'Ue/See che hanno iniziato il trattamento per la tubercolosi nel 2021 sono stati curati.

Prevalenza dell'HIV nei casi di tubercolosi

Nel 2022, la prevalenza dell'HIV nei casi di tubercolosi incidente è stata stimata al 12%, con una stima di 28mila casi di coinfezione nella regione europea.

Nell'UE/SEE si sono verificati 13.436 casi di tubercolosi con stato HIV noto, quasi il 4% dei quali è stato segnalato come sieropositivo.

I dati disponibili mostrano che una persona su cinque con co-infezione da HIV/TB nella regione europea non stava ricevendo alcuna terapia antiretrovirale (ART). Tuttavia, il quadro è lungi dall'essere completo, rileva il rapporto; solo 20 paesi hanno fornito informazioni sull'adozione della terapia antiretrovirale per l'HIV tra i pazienti affetti da tubercolosi e solo tre di questi si trovavano nell'Ue/See.

Su questo fronte, si sottolinea quindi la necessità di sforzi costanti per migliorare la segnalazione della co-infezione da HIV.

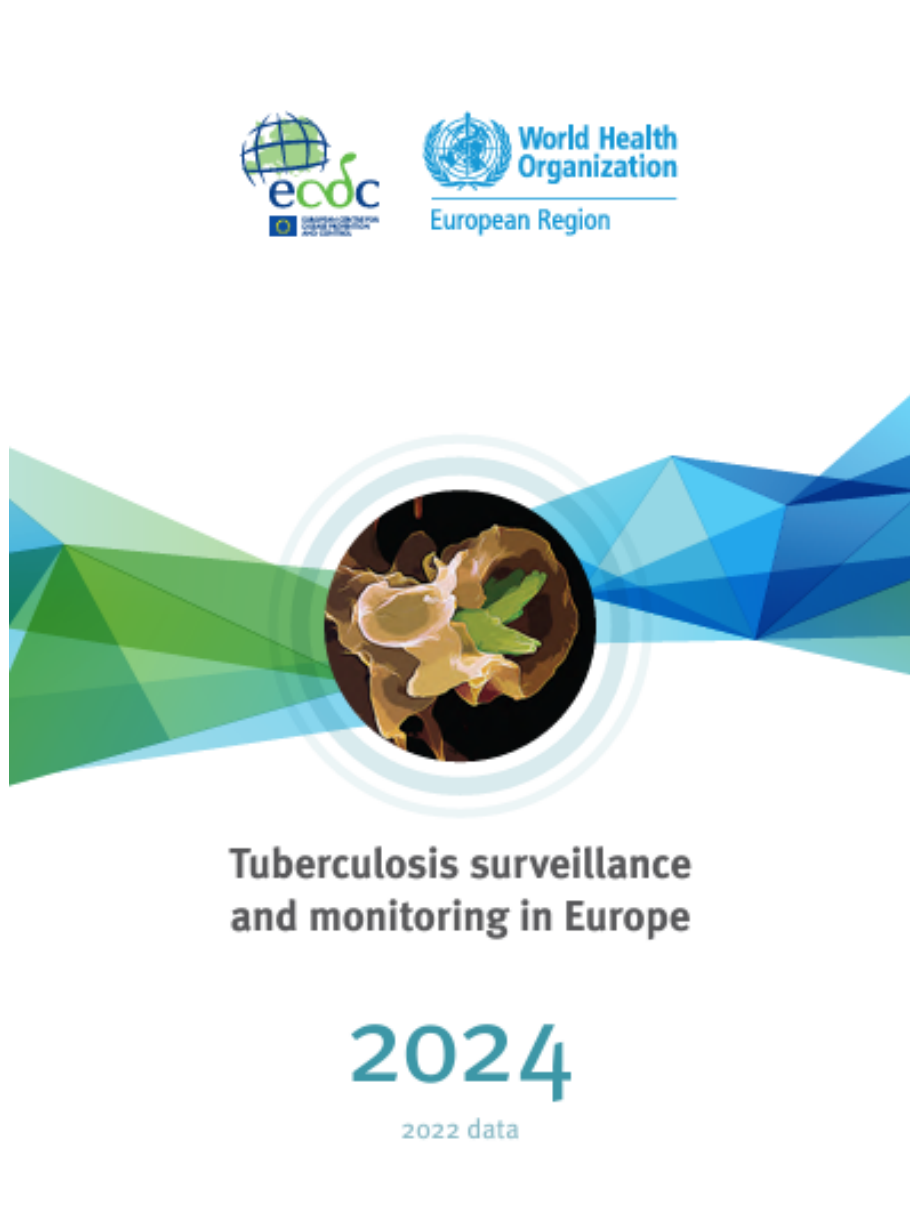
Eliminare la tubercolosi è possibile.

“Monitorare i progressi verso gli obiettivi del nuovo piano d'azione per la tubercolosi per la regione europea dell'Oms 2023-2030 è difficile a causa della comunicazione limitata o assente di alcuni indicatori – avvertono Oms Europa ed Ecdc – solo 20 dei 30 indicatori descritti nel piano d'azione sono stati monitorati e valutati utilizzando i dati di sorveglianza di routine. È evidente la necessità che tutti i paesi della regione, compresi quelli dell'Ue/See, si concentrino sul miglioramento dei dati, rendendoli più

rappresentativi e completi e utilizzando fonti diverse per integrare le informazioni di sorveglianza esistenti”.

Per accelerare gli sforzi necessari a raggiungere gli obiettivi di presa in carico della tubercolosi, l’Oms e l’Ecdc raccomandano quindi di: intensificare gli sforzi per trovare e trattare attivamente i casi non diagnosticati rafforzando i test per la tubercolosi e rendendo disponibili opzioni di trattamento preventivo a tutti coloro che ne hanno bisogno; realizzare la piena attuazione di regimi di trattamento aggiornati, brevi e completamente orali.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121020



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1710953760.pdf>

Eventi avversi dopo i vaccini XBB.1.5 contenenti mRNA COVID-19

Niklas Worm Andersson¹; Emilia Myrup Thiesson, Anders Hviid, ¹

JAMA. Pubblicato online il 26 febbraio 2024. doi:10.1001/jama.2024.1036

I vaccini monovalenti Omicron XBB.1.5 contenenti mRNA COVID-19 sono stati autorizzati negli Stati Uniti e in Europa per l'uso nell'autunno e nell'inverno 2023-2024. ^{1,2}

In Danimarca, i vaccini contenenti XBB.1.5 sono stati raccomandati come quinta dose di vaccino COVID-19 a soggetti di età pari o superiore a 65 anni a partire dal 1° ottobre 2023. Tuttavia, mancano dati a supporto delle valutazioni sulla sicurezza.

Abbiamo studiato l'associazione tra il vaccino contenente XBB.1.5 somministrato come quinta dose di vaccino COVID-19 e il rischio di 28 eventi avversi.

Metodi

Una coorte di studio di tutti gli individui in Danimarca di età pari o superiore a 65 anni che avevano ricevuto 4 dosi di vaccino COVID-19 è stata istituita collegando in modo incrociato i registri sanitari e demografici nazionali a livello individuale.

Il periodo di studio è andato dal 15 settembre 2022 (ovvero la data di lancio nazionale della quarta dose) all'8 gennaio 2024 e lo stato vaccinale è stato classificato in modo variabile nel tempo (la tabella elettronica nel [Supplemento 1](#) fornisce ulteriori dettagli). I 28 eventi avversi sono stati adattati da elenchi prioritari di eventi avversi di particolare interesse per i vaccini COVID-19 (eTable nel [Supplemento 1](#)). ³⁻⁵

Ciascun esito è stato studiato separatamente e identificato come qualsiasi primo contatto ospedaliero in cui è stata registrata una diagnosi di esito. La data della diagnosi è servita come data dell'evento.

Gli individui sono stati seguiti dal giorno 43 dopo la quarta dose (giorni 29-42 considerati un periodo tampone) fino al primo evento di esito, mentre venivano censurati l'emigrazione, la morte, il ricevimento di una sesta dose di vaccino (poiché tale dose non veniva distribuita al sistema generale). Popolazione danese durante il periodo di studio) o alla fine del periodo di studio (eFigura nel [Supplemento 1](#)).

I tassi di esito entro il periodo di rischio di 28 giorni successivi alla somministrazione del vaccino contenente XBB.1.5 come quinta dose sono stati confrontati con i tassi del periodo di riferimento dal giorno 43 dopo una quarta o quinta dose e in poi come descritto in precedenza; il numero di eventi e il tempo-persona dei 2 periodi di riferimento sono stati aggregati. ⁵

Gli individui potrebbero contribuire in termini di tempo sia durante il periodo di rischio di 28 giorni che nei due periodi di riferimento; gli individui che non hanno ricevuto il vaccino contenente XBB.1.5 hanno contribuito solo al periodo di riferimento tempo-persona.

Utilizzando la regressione di Poisson, i tassi di esito del periodo di rischio e di riferimento sono stati confrontati in base ai rapporti del tasso di incidenza, adeguati per sesso, età, regione di residenza, considerati ad alto rischio di COVID-19 grave, operatore sanitario, ora solare e numero di comorbidità.

I test statistici erano bilaterali e condotti in R (versione 4.1.1; R Project for Statistical Computing). Un IC al 95% che non superava 1 è stato definito statisticamente significativo.

L'analisi è stata eseguita come attività di sorveglianza nell'ambito dei compiti di consulenza dell'istituzione governativa Statens Serum Institut (SSI), che monitora la diffusione della malattia in conformità con §222 della legge sanitaria danese, per il Ministero della sanità danese.

Secondo la legge danese, le attività di sorveglianza nazionale condotte dalla SSI non richiedono l'approvazione di un comitato etico.

Risultati

Tra i 1.076.531 individui inclusi (età media [DS], 74,7 [7,4] anni; 53,8% donne), 902.803 hanno ricevuto un vaccino contenente XBB.1.5 come quinta dose durante il follow-up ([Tabella](#)).

La ricezione di un vaccino contenente XBB.1.5 non è stata associata a un aumento statisticamente significativo del tasso di contatti ospedalieri per nessuno dei 28 diversi eventi avversi entro 28 giorni dalla vaccinazione rispetto ai tassi del periodo di riferimento ([Figura](#)).

Ad esempio, il rapporto del tasso di incidenza era 0,96 (IC al 95%, 0,87-1,07) per un evento cardiaco ischemico, 0,87 (IC al 95%, 0,79-0,96) per un infarto cerebrale e 0,60 (IC al 95%, 0,14-2,66) per miocardite.

Alcuni esiti erano molto rari durante il follow-up (ad esempio, trombosi venosa cerebrale), con conseguente minore precisione statistica; tuttavia, per 18 dei 28 eventi avversi esaminati, il limite superiore dell'IC non era coerente con aumenti da moderati ad elevati del rischio relativo pari o superiori a 1,4.

Discussione

In una coorte nazionale di oltre 1 milione di adulti di età pari o superiore a 65 anni, non è stato osservato alcun aumento del rischio di 28 eventi avversi a seguito della vaccinazione con un vaccino monovalente contenente XBB.1.5.

I limiti di questo studio includono potenziali confondenti residui; le differenze nell'accertamento degli eventi avversi tra i periodi confrontati non possono essere escluse ma, contrariamente a quanto osservato, potrebbero favorire un aumento dei rischi, se presenti.

Ciò è stato mitigato confrontando i tassi del periodo di rischio di 28 giorni dopo una vaccinazione della quinta dose con un vaccino contenente XBB.1.5 con i tassi del periodo di riferimento di 43 giorni o più dopo la quarta e la quinta dose di vaccino rispetto ai tassi del periodo mai vaccinato.

Inoltre, le analisi non sono state aggiustate per test multipli e alcuni risultati hanno mostrato un rischio inferiore per i vaccini contenenti XBB.1.5; tuttavia, non si può escludere un effetto sulla salute del soggetto vaccinato variabile nel tempo. Inoltre, non è stata effettuata alcuna revisione delle cartelle cliniche dei casi, ma qualsiasi classificazione errata dei risultati sarebbe molto probabilmente non differenziale.

Redattori di sezione: Kristin Walter, MD, e Jody W. Zylke, MD, vicedirettori; Karen Lasser, MD, redattore senior.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2815787>



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Cognizione e memoria dopo il Covid-19 in un ampio campione comunitario

Adam Hampshire, Adriana Azor, Christina Atchison, William Trender, Peter J. Hellyer, Valentina Giunchiglia, Masud Husain, Graham S. Cooke, Emily Cooper, Adam Lound, Christl A. Donnelly, Marc Chadeau-Hyam, et al.

N Engl J Med 2024; 390:806-818

DOI: 10.1056/NEJMoa2311330

Astratto Sfondo

I sintomi cognitivi dopo la malattia da coronavirus 2019 (Covid-19), la malattia causata dalla sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2), sono ben riconosciuti.

Non è chiaro se esistano deficit cognitivi oggettivamente misurabili e per quanto tempo persistono.

Metodi

Abbiamo invitato 800.000 adulti in uno studio in Inghilterra a completare una valutazione online della funzione cognitiva.

Abbiamo stimato un punteggio cognitivo globale in otto attività.

Abbiamo ipotizzato che i partecipanti con sintomi persistenti (della durata ≥ 12 settimane) dopo l'insorgenza dell'infezione avrebbero avuto deficit cognitivi globali oggettivamente misurabili e che in tali partecipanti sarebbero stati osservati disturbi del funzionamento esecutivo e della memoria, specialmente in quelli che hanno riferito di recente scarsa memoria o difficoltà a pensare o concentrazione ("nebbia cerebrale").

Risultati

Dei 141.583 partecipanti che hanno iniziato la valutazione cognitiva online, 112.964 l'hanno completata. In un'analisi di regressione multipla, i partecipanti che si erano ripresi da Covid-19 e i cui sintomi si erano risolti in meno di 4 settimane o almeno 12 settimane avevano piccoli deficit simili nella cognizione globale rispetto a quelli del gruppo no-Covid-19, che non era stato infettato da SARS-CoV-2 o aveva un'infezione non confermata (-0,23 SD [intervallo di confidenza al 95% {CI}, da -0,33 a -0,13] e -0,24 SD [IC al 95%, da -0,36 a -0,12], rispettivamente); deficit maggiori rispetto al gruppo no-Covid-19 sono stati osservati nei partecipanti con sintomi persistenti irrisolti (-0,42 DS; IC al 95%, da -0,53 a -0,31).

Deficit maggiori sono stati osservati nei partecipanti che avevano avuto un'infezione da SARS-CoV-2 durante periodi in cui il virus originale o la variante B.1.1.7 erano predominanti rispetto a quelli infettati con varianti successive (ad esempio, -0,17 DS per la variante B.1.1.7 rispetto alla variante B.1.1.529; IC al 95%, da -0,20 a -0,13) e nei partecipanti che erano stati ricoverati in ospedale rispetto a quelli che non erano stati ospedalizzati (ad esempio, ricovero in unità di terapia intensiva, -0,35 DS; 95 % CI, da -0,49 a -0,20).

I risultati delle analisi erano simili a quelli delle analisi di corrispondenza del punteggio di propensione. In un confronto tra il gruppo che presentava sintomi persistenti irrisolti e il gruppo no-Covid-19, i compiti di memoria, ragionamento e funzioni esecutive erano associati ai deficit maggiori (da -0,33 a -0,20 SD); questi compiti erano debolmente correlati ai sintomi recenti, tra cui scarsa memoria e confusione mentale. Non sono stati segnalati eventi avversi.

Conclusioni

I partecipanti con sintomi persistenti risolti dopo Covid-19 avevano misurato oggettivamente una funzione cognitiva simile a quella dei partecipanti con sintomi di breve durata, sebbene il Covid-19 di breve durata fosse ancora associato a piccoli deficit cognitivi dopo il recupero.

La persistenza a lungo termine dei deficit cognitivi e le eventuali implicazioni cliniche rimangono incerte. (Finanziato dal National Institute for Health and Care Research e altri.)

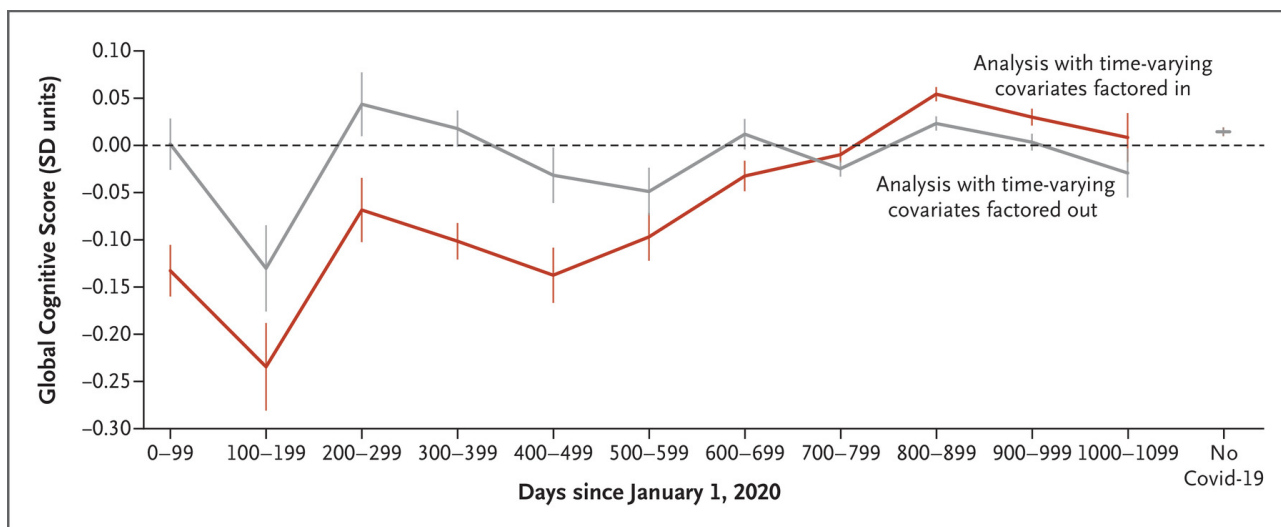


Figura 1. Associazione dei punteggi cognitivi globali con la data dell'infezione.

Sono mostrati i punteggi cognitivi globali medi in base alla data dell'infezione (ovvero il numero di giorni dal 1 gennaio 2020) tra i 58.108 partecipanti che hanno avuto una singola infezione con la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2)

La linea rossa mostra i risultati prima delle covariate variabili nel tempo che sono proxy e probabili mediatori della gravità della malattia da coronavirus 2019 (Covid-19), inclusa la durata della malattia, il ricovero in ospedale, il periodo in cui il virus originale o la variante di SARS-CoV-2 era predominante e stato vaccinale, sono stati esclusi; la linea grigia mostra i risultati dopo che queste covariate sono state escluse.

I risultati nel gruppo no-Covid-19 (partecipanti che non avevano avuto un'infezione da SARS-CoV-2 o avevano un'infezione non confermata) sono mostrati sul lato destro del grafico. I valori sono stime puntuali per la regressione lineare riportate su una scala di deviazione standard (SD). Le barre di errore indicano l'intervallo di confidenza del 95%.

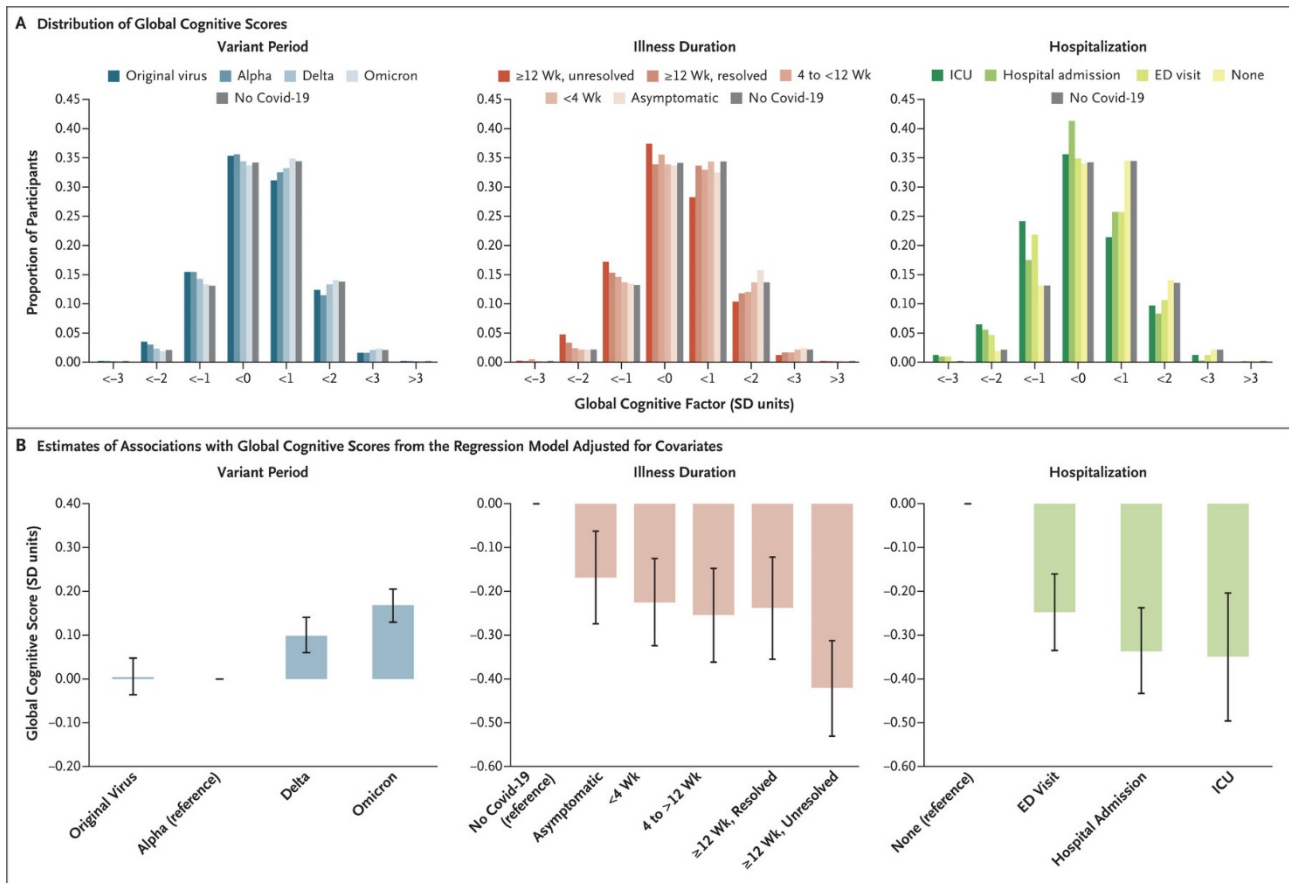


Figura 2. Associazione dei punteggi cognitivi globali con il periodo della variante SARS-CoV-2, la durata della malattia e il ricovero in ospedale.

Il pannello A mostra le distribuzioni di probabilità dei punteggi cognitivi globali entro intervalli discreti per il periodo di infezione da SARS-CoV-2 (a sinistra), la durata della malattia (al centro) e il ricovero in ospedale (a destra). Rispetto al gruppo no-Covid-19, si è verificato uno spostamento delle distribuzioni a sinistra, con una frequenza più elevata di compromissione moderata (definita come un punteggio inferiore a -2 DS) e una frequenza inferiore di prestazioni superiori (definite come un punteggio >2 SD). Per assegnare il periodo di infezione è stato utilizzato il ceppo predominante nel Regno Unito al momento dell'infezione: virus originale, prima del 1 dicembre 2020; la variante B.1.1.7 (alpha), dal 1 dicembre 2020 al 30 aprile 2021; la variante B.1.617.2 (delta), dal 1 maggio 2021 al 15 dicembre 2021; e la variante B.1.1.529 (omicron), dal 16 dicembre 2021 in poi. Le distribuzioni sono state aggiustate per età, altre caratteristiche demografiche e condizioni preesistenti ma non per altre covariate. ED indica il pronto soccorso e l'unità di terapia intensiva di terapia intensiva. Il pannello B mostra i risultati della regressione multipla graduale sui punteggi cognitivi globali con aggiustamento per età, altre caratteristiche demografiche e specifiche condizioni preesistenti (come fattori separati); tutte le covariate selezionate sono state incluse simultaneamente nel modello e sono quindi additive. Per ciascuna covariata è indicata la categoria di riferimento nel modello. I valori sono stime puntuali per la regressione lineare riportata su una scala di deviazione standard. I le barre indicano l'intervallo di confidenza del 95%.

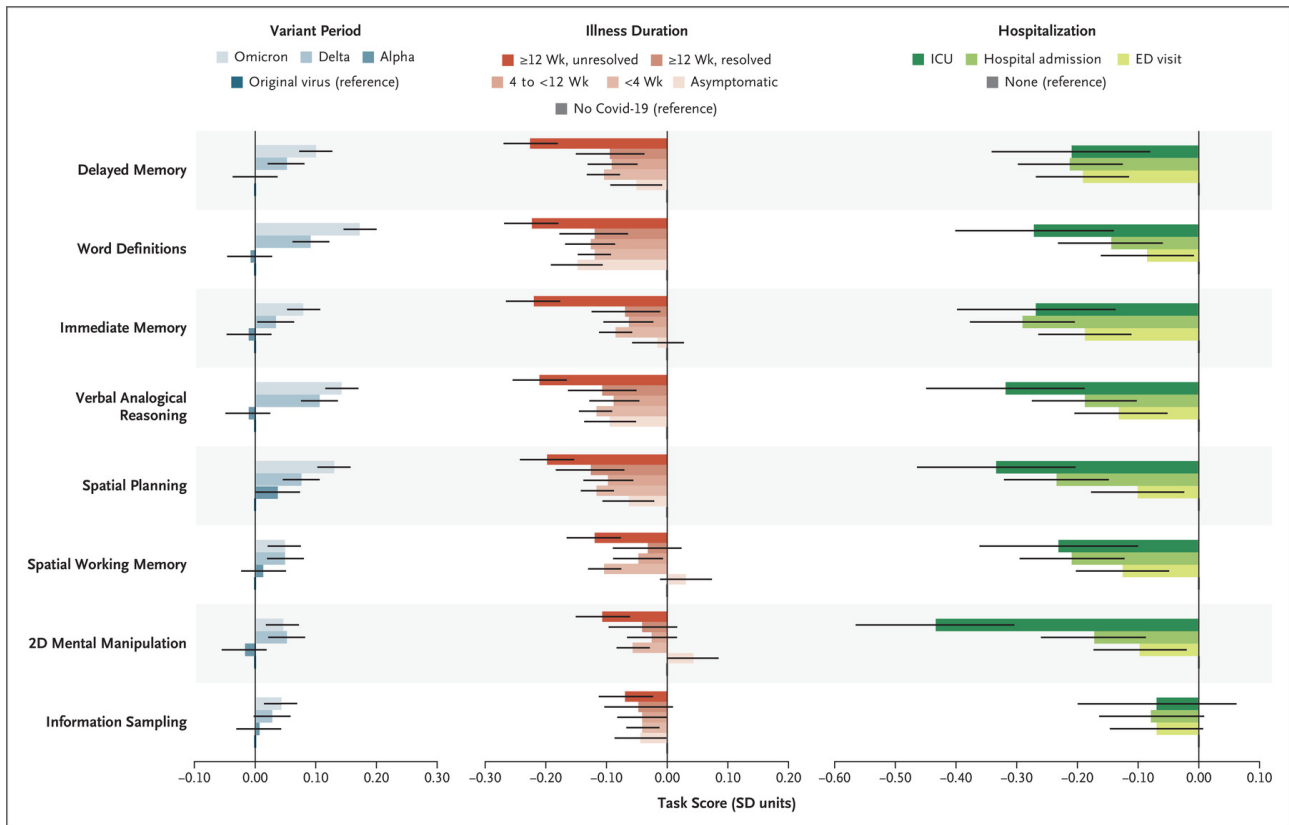


Figura 3. Esecuzione di compiti specifici in base al periodo della variante SARS-CoV-2, alla durata della malattia e al ricovero in ospedale.

Sono mostrate le associazioni delle analisi di regressione multipla dei punteggi riassuntivi degli otto compiti individuali in base al periodo della variante SARS-CoV-2 (a sinistra), alla durata della malattia (al centro) e al ricovero in ospedale (a destra).

In ogni attività, punteggi più alti, indicati da deviazioni standard più elevate, indicano prestazioni migliori. Per ciascuna covariata è indicata la categoria di riferimento nel modello di regressione lineare multipla.

Le barre di errore indicano l'intervallo di confidenza del 95%. I valori sono stime puntuali per la regressione lineare riportata su una scala di deviazione standard. Il termine 2D denota bidimensionale.

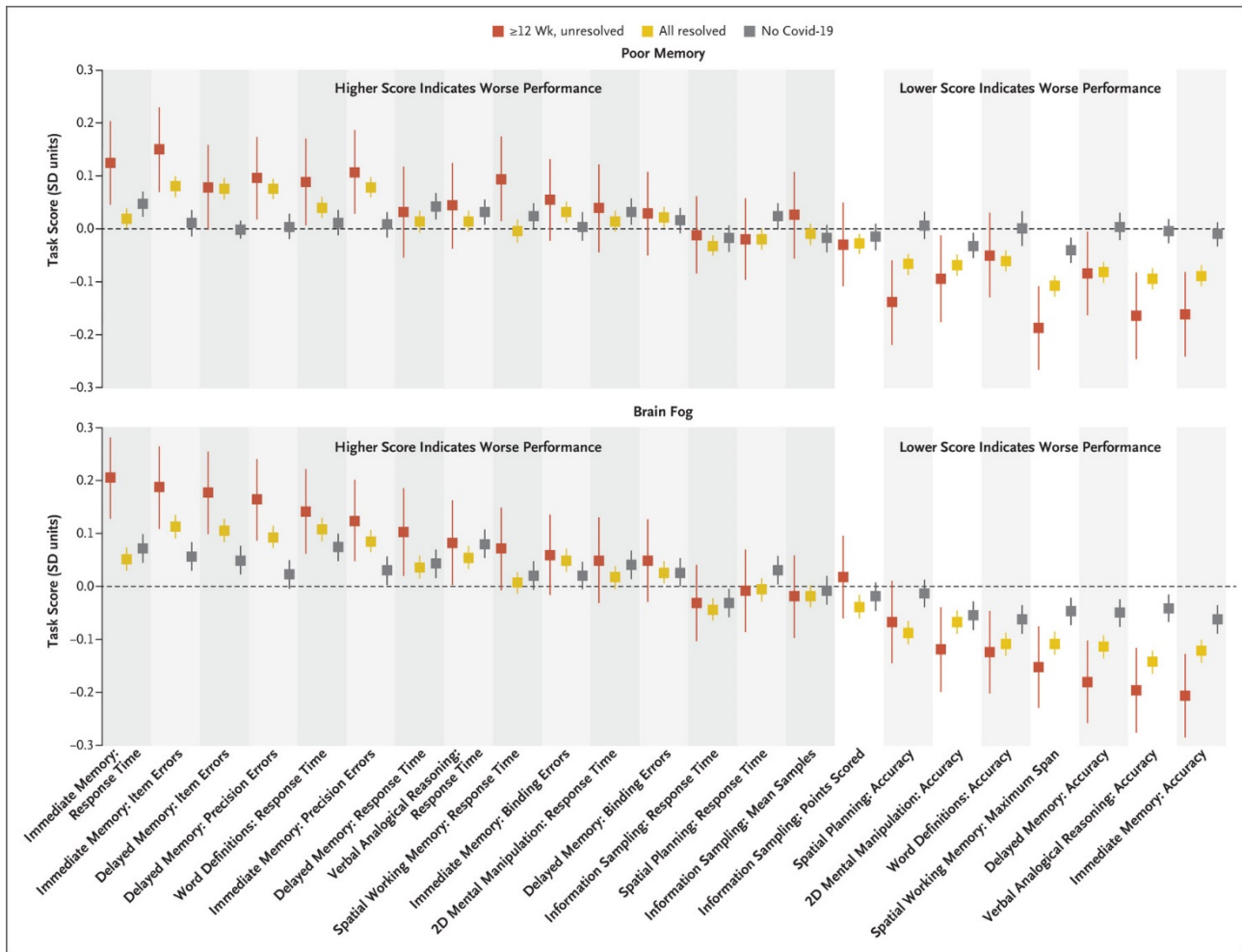


Figura 4. Associazioni di deficit cognitivi misurati soggettivamente e oggettivamente.

Sono mostrate le associazioni di specifiche misure di prestazione dei compiti cognitivi tra i partecipanti che avevano scarsa memoria o confusione mentale nelle 2 settimane precedenti rispetto a quelli che non ne avevano.

I risultati sono mostrati per tre gruppi di partecipanti: il gruppo con sintomi persistenti irrisolti (della durata ≥ 12 settimane), il gruppo combinato con sintomi risolti e il gruppo no-Covid-19.

La direzione del punteggio per le singole analisi è mostrata nella figura.

I decrementi nelle prestazioni erano maggiori nel gruppo con sintomi persistenti irrisolti, con un modello simile (ma decrementi minori) nel gruppo con sintomi risolti.

I maggiori decrementi nelle prestazioni sono stati osservati nei compiti di memoria (memoria immediata e ritardata e memoria di lavoro spaziale), nei compiti di ragionamento (ragionamento analogico verbale) e nei compiti esecutivi (pianificazione spaziale) nel gruppo con sintomi persistenti irrisolti.

Le definizioni di ciascun compito sono fornite nella sezione Metodi supplementari: progetti di compiti cognitivi nell'appendice [supplementare](#).

La SD indica la differenza di deviazione standard nella prestazione cognitiva media e le barre di errore indicano l'intervallo di confidenza del 95%.

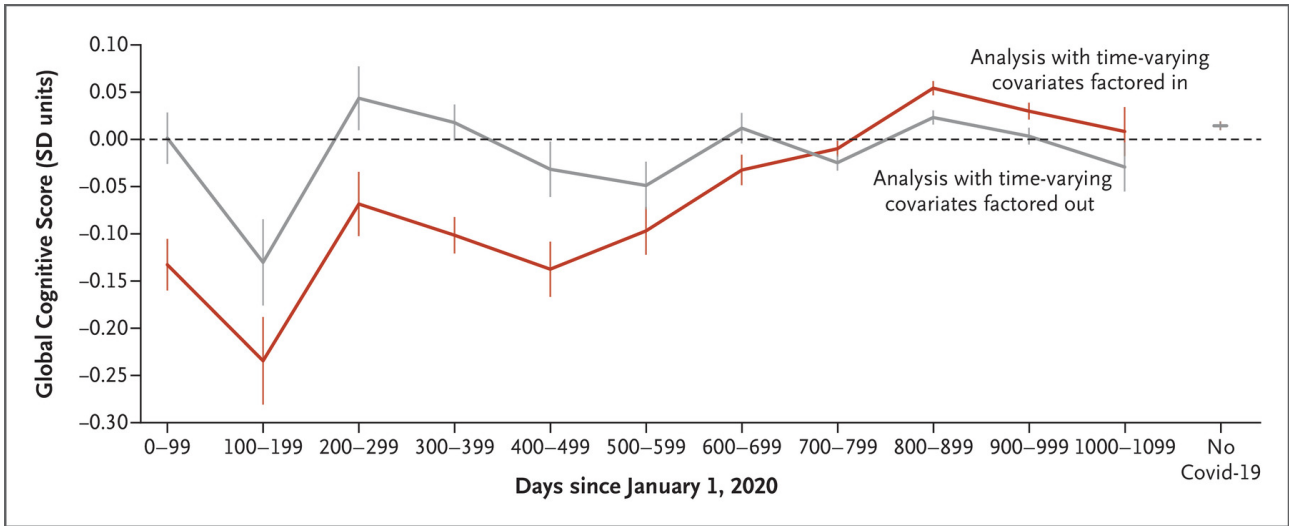


Figura 1. Associazione dei punteggi cognitivi globali con la data dell'infezione.

Sono mostrati i punteggi cognitivi globali medi in base alla data dell'infezione (ovvero il numero di giorni dal 1 gennaio 2020) tra i 58.108 partecipanti che hanno avuto una singola infezione con la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2)

La linea rossa mostra i risultati prima delle covariate variabili nel tempo che sono proxy e probabili mediatori della gravità della malattia da coronavirus 2019 (Covid-19), inclusa la durata della malattia, il ricovero in ospedale, il periodo in cui il virus originale o la variante di SARS-CoV-2 era predominante e stato vaccinale, sono stati esclusi; la linea grigia mostra i risultati dopo che queste covariate sono state escluse.

I risultati nel gruppo no-Covid-19 (partecipanti che non avevano avuto un'infezione da SARS-CoV-2 o avevano un'infezione non confermata) sono mostrati sul lato destro del grafico. I valori sono stime puntuali per la regressione lineare riportate su una scala di deviazione standard (SD).

Le barre di errore indicano l'intervallo di confidenza del 95%

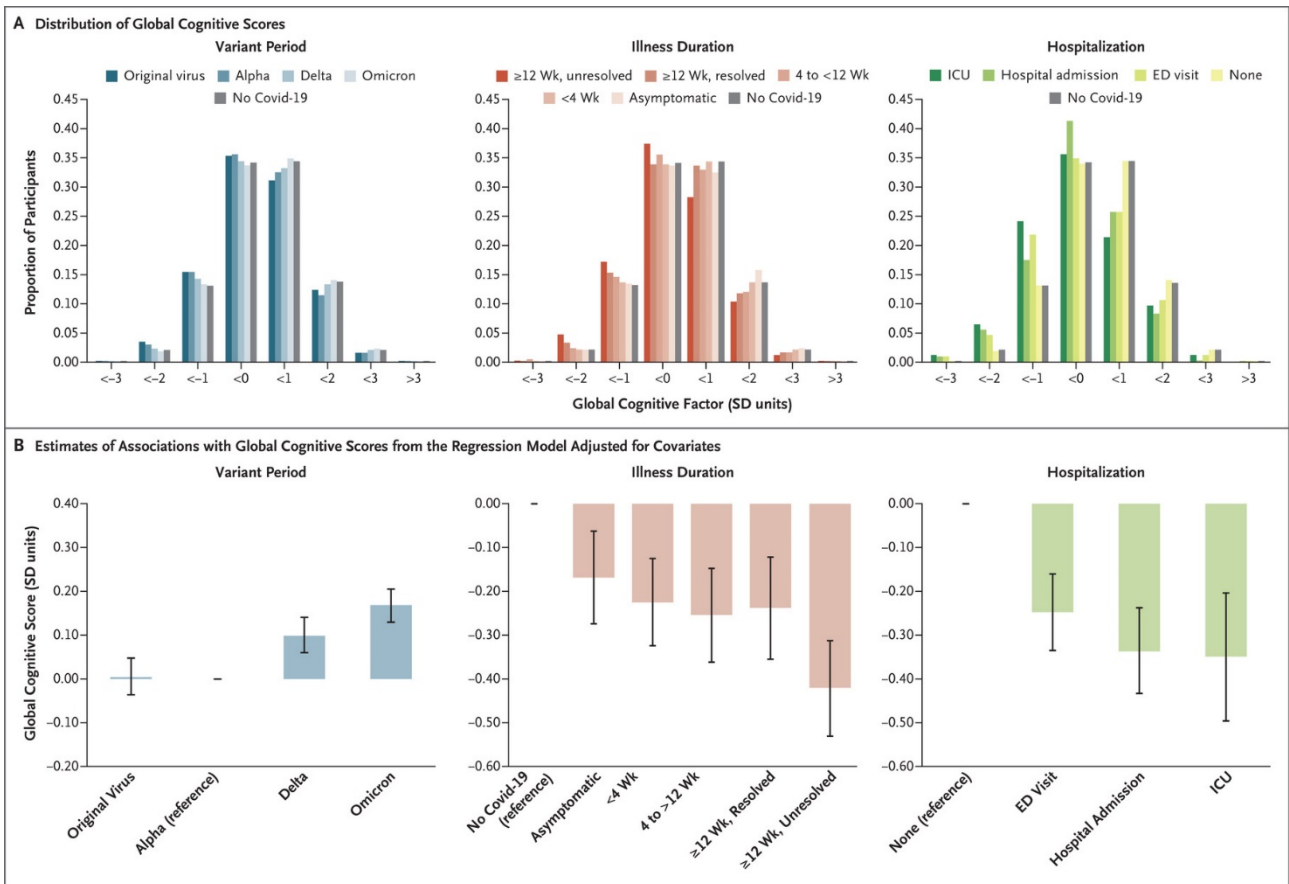


Figura 2. Associazione dei punteggi cognitivi globali con il periodo della variante SARS-CoV-2, la durata della malattia e il ricovero in ospedale.

Il pannello A mostra le distribuzioni di probabilità dei punteggi cognitivi globali entro intervalli discreti per il periodo di infezione da SARS-CoV-2 (a sinistra), la durata della malattia (al centro) e il ricovero in ospedale (a destra).

Rispetto al gruppo no-Covid-19, si è verificato uno spostamento delle distribuzioni a sinistra, con una frequenza più elevata di compromissione moderata (definita come un punteggio inferiore a -2 DS) e una frequenza inferiore di prestazioni superiori (definite come un punteggio >2 SD).

Per assegnare il periodo di infezione è stato utilizzato il ceppo predominante nel Regno Unito al momento dell'infezione: virus originale, prima del 1 dicembre 2020; la variante B.1.1.7 (alpha), dal 1 dicembre 2020 al 30 aprile 2021; la variante B.1.617.2 (delta), dal 1 maggio 2021 al 15 dicembre 2021; e la variante B.1.1.529 (omicron), dal 16 dicembre 2021 in poi. Le distribuzioni sono state aggiustate per età, altre caratteristiche demografiche e condizioni preesistenti ma non per altre covariate. ED indica il pronto soccorso e l'unità di terapia intensiva di terapia intensiva.

Il pannello B mostra i risultati della regressione multipla graduale sui punteggi cognitivi globali con aggiustamento per età, altre caratteristiche demografiche e specifiche condizioni preesistenti (come fattori separati); tutte le covariate selezionate sono state incluse simultaneamente nel modello e sono quindi additivi. Per ciascuna covariata è indicata la categoria di riferimento nel modello.

I valori sono stime puntuali per la regressione lineare riportata su una scala di deviazione standard. I le barre indicano l'intervallo di confidenza del 95%.



<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2311330>


THE LANCET Infectious Diseases

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

VISUALIZZAZIONE PERSONALE | PRIMA IN LINEA

Accelerare l'accesso e la gestione degli antibiotici: un nuovo modello per salvaguardare la salute pubblica

Jennifer Cohn, dottore in medicina   • Prof. Marc Mendelson, PhD • Prof. Souha S Kanj, MD • Nusrat Shafiq, DM • Dott. Icaro Boszczowski • Ramanan Laxminarayan, PhD

Pubblicato: 11 marzo 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00070-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00070-7)  Check for updates

Riepilogo

Questa visione personale discute le sfide affrontate, soprattutto dai paesi a basso e medio reddito (LMIC), nel rispondere al crescente peso della resistenza antimicrobica batterica.

Molti pazienti nei paesi a basso e medio reddito non hanno accesso a trattamenti efficaci e convenienti necessari per curare con successo i pazienti.

Nel frattempo, i tradizionali modelli di gestione antimicrobica si trovano ad affrontare sfide di implementazione dovute a vincoli finanziari, sanitari e di risorse umane.

Questi vincoli richiedono un cambiamento di paradigma dalla tradizionale gestione antimicrobica tipica dei paesi ad alto reddito, che spesso richiede un uso intensivo di risorse e mira al contenimento dei costi, a un concetto più ampio di accesso sostenibile.

Sugeriamo un modello di gestione adattata al contesto che continui a enfatizzare la fornitura del giusto antibiotico, al momento giusto, per la giusta durata e ad un prezzo accessibile.

Prendendo lezioni da altre aree patologiche, inclusa la tubercolosi, identifichiamo interventi come il trasferimento dei compiti a vari operatori sanitari e l'implementazione di un modello hub-and-spoke per supportare l'uso appropriato degli antibiotici, per consentire l'accesso ottimale e la massimizzazione delle risorse scarse.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00070-7/abstract?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00070-7/abstract?dqcid=raven_jbs_aip_email)


THE LANCET Infectious Diseases

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

Immunogenicità e sicurezza di un vaccino bivalente (omicron BA.5 più ancestrale) con proteina spike ricombinante SARS-CoV-2 come dose di richiamo eterologa: analisi provvisoria di uno studio clinico randomizzato, di non inferiorità, di fase 3

Chijioke Bennett, MD   • Wayne Woo, MS • Mark Bloch, MBBS • Re Cheung, medico • Paul Griffin, MBBS • Rahul Mohan, medico • et al. [Mostra tutti gli autori](#) • [Mostra le note a piè di pagina](#)

Pubblicato: 06 marzo 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00077-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00077-X) •  Check for updates

Riepilogo

Sfondo

Le varianti SARS-CoV-2 sfuggono all'immunità nonostante la vaccinazione con prototipi di vaccini COVID-19 o una precedente infezione.

Lo studio 2019nCoV-311 (parte 2) sta valutando le risposte immunitarie dopo due dosi di richiamo di un vaccino contenente la proteina spike sottovariante omicron BA.5 negli adulti precedentemente vaccinati con un prototipo di vaccino mRNA.

Questa analisi provvisoria riporta l'immunogenicità e gli esiti di sicurezza al giorno 28 dopo una dose di richiamo.

Metodi

In questo studio di fase 3, randomizzato, in cieco per l'osservatore, condotto in 35 centri in Australia, adulti clinicamente stabili, precedentemente vaccinati contro il COVID-19 (a base di mRNA; \geq tre dosi), di età pari o superiore a 18 anni sono stati arruolati e assegnati in modo casuale (1: 1:1; tramite un sistema di risposta web interattivo) per ricevere due dosi di bivalente (NVX-CoV2373 + NVX-CoV2540; gruppo bivalente), prototipo autorizzato (NVX-CoV2373; gruppo prototipo) o BA.5 (NVX-CoV2540; vaccino del gruppo BA.5).

Solo il personale in cieco ha eseguito le valutazioni dello studio o ha avuto contatti con i partecipanti per raccogliere dati dopo la vaccinazione in studio.

I partecipanti hanno ricevuto vaccini contenenti 5 μ g di proteina spike ricombinante SARS-CoV-2 e 50 μ g di adiuvante Matrix-M, somministrati tramite un'iniezione intramuscolare da 0,5 ml (2,5 μ g di NVX-CoV2373 più 2,5 μ g di NVX-CoV2540 per il vaccino bivalente, preparato in loco come miscela 1:1).

Gli endpoint coprimari includono i rapporti della media geometrica dei titoli (GMTR) degli anticorpi neutralizzanti al giorno 28 rispetto all'omicron BA.5 e al ceppo ancestrale, e i tassi di risposta sierologica a BA.5, nei gruppi bivalenti e prototipo.

Questi endpoint sono stati calcolati nel set di analisi per protocollo, definito come partecipanti che avevano ricevuto una dose di vaccino, avevano dati di immunogenicità al basale e al giorno 28 ed erano negativi alla PCR per SARS-CoV-2, senza deviazioni importanti dal protocollo.

L'obiettivo primario era determinare l'esito primario (risposte anticorpali), che consisteva in tre confronti: superiorità del vaccino bivalente rispetto al prototipo per l'anticorpo neutralizzante GMT rispetto a BA.5 (ovvero, limite inferiore dell'IC 95% GMTR >1.0); non inferiorità del tasso di risposta sierologica dell'anticorpo neutralizzante rispetto a BA.5 (ovvero, limite inferiore del tasso di risposta sierologica 95% CI >-5%); e non inferiorità dell'anticorpo neutralizzante GMT rispetto al ceppo ancestrale (ovvero, limite inferiore di GMTR IC al 95% >0,67). Questo studio è stato registrato su [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov), numero [NCT05372588](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05372588).

Risultati

Tra il 22 marzo 2023 e il 2 maggio 2023, 837 partecipanti sono stati sottoposti a screening per l'idoneità e 766 sono stati assegnati in modo casuale a ricevere il vaccino BA.5 (n=255), prototipo (n=252) o bivalente (n=259).

Dopo aver tenuto conto delle esclusioni dovute al fatto che i partecipanti erano positivi al SARS-CoV-2 al basale, avevano precedenti infezioni o deviazioni dal protocollo, il set di analisi per protocollo includeva 694 partecipanti (236 nel gruppo BA.5, 227 nel gruppo prototipo e 231 nel gruppo BA.5). gruppo bivalente).

In questa analisi ad interim (follow-up massimo 35 giorni dopo la prima dose), il gruppo bivalente, rispetto al gruppo prototipo, ha avuto risposte anticorpali neutralizzanti superiori a BA.5 (GMT 1017.8 [95% CI 891.0–1162.6] vs 515.1 [450.4–589.0]; GMTR 2.0 [1.69–2.33]) e un tasso di risposta sierologica non inferiore a BA.5 al giorno 28 (39.8% [33,5–46,5] contro 12,3% [8,4–17,3]; differenza 27,5% [19,8–35,0]).

Il gruppo bivalente ha avuto anche risposte anticorpali neutralizzanti non inferiori al ceppo ancestrale (GMTR 1.0 [0.84–1.20]), rispetto al gruppo prototipo. Tutti i vaccini sono risultati ugualmente ben tollerati.

Interpretazione

Tutti e tre gli endpoint coprimari sono stati raggiunti nella parte 2 dello studio 2019nCoV-311 in corso.

Questi dati supportano lo sviluppo di vaccini monovalenti e/o bivalenti per le varianti più attualmente circolanti, per ottimizzare la protezione.

In assenza di nuovi risultati sulla sicurezza, ulteriori indagini sui vaccini sottovarianti a base di omicron sono supportate dalle prove.

Finanziamento

Novavax.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato su PubMed gli studi clinici pubblicati tra il 1° settembre 2021 e il 6 ottobre 2023, senza restrizioni linguistiche, contenenti i seguenti termini di ricerca nei titoli o negli abstract: "COVID-19" E "vaccino" E "SARS-CoV-2" E "potenziare".

L'obiettivo era identificare la presenza di sperimentazioni COVID-19 non basate su mRNA di vaccini booster basati su subunità proteiche correlati alle varianti omicron.

Dei 35 studi clinici pubblicati identificati nella ricerca, solo uno ha esaminato l'immunogenicità e la sicurezza di tale vaccino, utilizzato come dose di richiamo eterologa in individui che avevano ricevuto una serie standardizzata di vaccinazioni primarie con mRNA.

La parte 1 di uno studio di fase 3 in corso ha riportato risposte anticorpali neutralizzanti superiori contro la sottovariante BA.1 di omicron per le persone che ricevono un vaccino COVID-19 a base di proteine, adiuvato da saponina (NVX-CoV2515), rispetto al prototipo di vaccino approvato (NVX-CoV2373) se utilizzati come booster eterologhi (entrambi prodotti da Novavax; Gaithersburg, MD, USA).

I produttori di vaccini COVID-19 si stanno ora muovendo per sviluppare vaccini contro altre sottovarianti di omicron di interesse, compresi i ceppi derivati da omicron XBB, sulla base delle attuali raccomandazioni dell'OMS e della Food and Drug Administration statunitense.

Valore aggiunto di questo studio

Questa analisi provvisoria di uno studio di fase 3, randomizzato, in cieco per l'osservatore si è concentrato sull'immunogenicità e sulla sicurezza di un vaccino bivalente adiuvato da saponina, a base di proteine, contenente omicron-BA.5 (NVX-CoV2540 più NVX-CoV2373) rispetto al vaccino prototipo del vaccino da solo (NVX-CoV2373), se utilizzato come quarta (o maggiore) dose di richiamo (Novavax; Gaithersburg, MD, USA). I nostri risultati mostrano che il richiamo del vaccino bivalente induce risposte immunitarie più robuste rispetto al richiamo del prototipo contro varianti di interesse clinicamente rilevanti.

Il potenziamento con il solo vaccino monovalente contenente BA.5 ha prodotto i titoli neutralizzanti più elevati contro omicron BA.5.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

I vaccini BA.5 bivalenti e monovalenti hanno evocato risposte immunitarie robuste, supportando l'uso di un vaccino monovalente o bivalente a base di omicron contro SARS-CoV-2.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00077-X/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00077-X/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)


THE LANCET Infectious Diseases

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO | PRIMA IN LINEA

Vaccino proteico ricombinante bivalente (Omicron BA.5/ancestral): un richiamo promettente

Ruiqi Zhang • Ivan Fan-Ngai Hung

Pubblicato: 06 marzo 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00156-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00156-7) •  Check for updates

Con l'emergere delle varianti Omicron, che portano diverse mutazioni legate alla fuga immunitaria nella proteina spike, l'efficacia dei vaccini prototipo COVID-19 è stata indebolita.

Per superare tale debolezza, sono state adottate diverse strategie per aggiornare i vaccini per le nuove varianti SARS-CoV-2, compresi i vaccini mRNA aggiornati (mRNA-1273.214 e CS-2034) e il vaccino proteico ricombinante (V-01), che possono indurre una maggiore risposta immunitaria contro le varianti Omicron rispetto ai vaccini prototipo.

In questo numero di **The Lancet Infectious Diseases**, Chijioko Bennett e colleghi hanno riportato i risultati provvisori di uno studio di fase 3 condotto per valutare la sicurezza e l'immunogenicità di un vaccino a subunità bivalente (NVX-CoV2373 + NVX-CoV2540), che conteneva la proteina spike del ceppo ancestrale e Omicron BA.5 come vaccino richiamo eterologo negli adulti precedentemente vaccinati con vaccino mRNA COVID-19.

Per determinare l'immunogenicità del vaccino COVID-19 con subunità bivalente, Bennett e colleghi testato IgG e livelli di anticorpi neutralizzanti contro il ceppo ancestrale, Omicron BA.5 e XBB.1.5. Il vaccino bivalente ha indotto una migliore attività neutralizzante contro Omicron BA.5 e XBB.1.5 rispetto al prototipo di vaccino a subunità (NVX-CoV2373) al giorno 28 dopo un richiamo a due dosi.

Gli autori hanno scoperto che la media geometrica del titolo (GMT) degli anticorpi neutralizzanti anti-Omicron BA.5 al giorno 28 dopo la seconda dose del vaccino bivalente era 1017·8 (IC 95% 891·0–1162·6), e è stato un aumento di 3,6 volte (95% CI 3,2–4,2) della GMT rispetto al livello del giorno 0. Nel gruppo del vaccino prototipo, la GMT degli anticorpi

neutralizzanti contro Omicron BA.5 al giorno 28 era 515·1 (450·4–589·0) con un aumento di 1,8 volte rispetto a quello del giorno 0. In un gruppo vaccinato monovalente BA.5, il GMT prima dell'aggiustamento era 1507·3 (da 1259·0 a 1804·5) al giorno 28, corrispondente al cambiamento più elevato osservato nello studio di 4.4 dal giorno 0.

I partecipanti reclutati in questo studio di fase 3 avevano precedentemente ricevuto almeno tre dosi di vaccini a mRNA monovalenti o bivalenti. Gli autori hanno concluso che la strategia di potenziamento eterologa con il vaccino a subunità bivalente può potenziare significativamente l'attività neutralizzante preesistente innescata da un precedente vaccino a mRNA.

Poiché varie piattaforme di vaccini contro il COVID-19 sono state approvate per l'uso in emergenza, la strategia di vaccinazione eterologa prime-boost ha mostrato una migliore immunogenicità rispetto alle strategie di vaccinazione omologhe.

In uno studio di fase 2 condotto da Wu e colleghi, un vaccino mRNA ha potenziato l'attività neutralizzante anti-Omicron BA.5 di 45,7 volte, mentre il vaccino con virus inattivato omologo ha potenziato gli anticorpi neutralizzanti di 2,9 volte. Inoltre, risposte immunitarie migliori si trovano anche nella vaccinazione CoronaVac e BNT162b2 rispetto alla vaccinazione omologa CoronaVac, e in ChAdOx1-S e BNT162b2 rispetto all'omologa ChAdOx1-S.

Anche se nello studio non è stata coinvolta una strategia vaccinale a subunità omologa, è stato anche scoperto che il vaccino a subunità bivalente come richiamo eterologo ha migliorato significativamente la risposta umorale in una popolazione vaccinata con il vaccino mRNA.

Per la sicurezza, Chijioke Bennett e colleghi hanno riferito che il vaccino a subunità bivalente è stato ben tollerato e che nessun partecipante si è ritirato dallo studio a causa di eventi avversi.

Sebbene le risposte cellulari suscitate da questo vaccino non siano state studiate, la robusta risposta anticorpale neutralizzante contro Omicron BA.5 e XBB.1.5 dopo due dosi del vaccino a subunità bivalente ha dimostrato che questo vaccino può essere utilizzato come efficace richiamo contro le varianti di Omicron. Il potenziamento eterologo nei partecipanti al vaccino COVID-19 mRNA è stato altamente efficace e probabilmente lo sarà anche in coloro che erano stati precedentemente vaccinati con un vaccino COVID-19 inattivato o con vettore di adenovirus.

Questo vaccino a subunità bivalente fornirà un'opzione utile come vaccino di richiamo per gli anziani e gli individui ad alto rischio, in particolare per coloro che non possono o non vogliono vaccini con varianti di mRNA. Si attende con impazienza il rapporto finale di questo vaccino a subunità bivalente, che dovrebbe includere un'analisi sull'efficacia del vaccino e sulle risposte cellulari.

Da notare, recentemente, che questo vaccino proteico a subunità è stato ulteriormente aggiornato alla versione monovalente XBB.1.5.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00156-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00156-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

Anziani. Raggiunto l'obiettivo del Pnrr, ma la riforma non c'è

di Franco Pesaresi , Asiquas

Il Decreto Legislativo attuativo n. 29/2024, in grandissima parte, non dà attuazione alla Legge delega rinviando quasi tutte le decisioni più importanti ad una serie impressionante di ulteriori 19 decreti e linee guida. Nei prossimi mesi bisognerà cogliere ogni occasione, compresa quelle dei tanti decreti attuativi previsti, per recuperare i contenuti in linea con le previsioni più innovative della legge 33/2023

25 MAR - Uno degli obiettivi del PNRR (Missione 5) è costituito dalla approvazione della Riforma legislativa degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

La riforma prevista dal PNRR è volta ad introdurre un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti che preveda anche l'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti.

La legge doveva essere approvata entro il 31 marzo 2024 anche perché questo è uno dei tanti target sulla base dei quali l'Unione Europea dispone o meno l'erogazione delle quote di finanziamento del PNRR.

Ebbene, il Governo ha colto questo obiettivo perché dopo aver approvato la Legge delega n. 33/2023, ha approvato nei tempi previsti il Decreto attuativo n. 29 del 15 marzo 2024 contenente le "Disposizioni in materia di politiche in favore degli anziani".

Tutto bene, dunque? No, perché durante il percorso legislativo, dopo una buona Legge-delega, il Decreto legislativo 29/2024 attuativo ha perduto quasi tutti i contenuti significativi che avrebbero potuto cambiare l'assistenza per gli anziani non autosufficienti.

I contenuti del Decreto legislativo attuativo n. 29/2024

La Legge delega (che come noto è una norma fatta di principi e che per la sua realizzazione sono necessari i decreti attuativi) aveva posto i seguenti obiettivi per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti:

1. La costruzione di un sistema integrato fra la sanità e il sociale;
2. Nuovi modelli di intervento nell'assistenza domiciliare e residenziale compresa la riforma dell'indennità di accompagnamento;
3. L'ampliamento dell'offerta di risposte.

Il decreto attuativo n. 29/2024 innanzitutto decide di venir meno alla sua natura ed in realtà non attua ma rinvia ad una serie numerosissima di decreti successivi. Per le politiche per la non autosufficienza vengono previsti ulteriori 8 decreti e linee guida (da approvare con decreto) in settori strategici già previsti nella legge delega (Cfr. Tab. 1).

Tab. 1 – Atti previsti dal D. Lgs. 29/2024 per le politiche per gli anziani non autosufficienti

Articolo del D. Lgs.	Atto da approvare	Da approvare entro il
34 comma 3	Decreto per la nomina della commissione tecnico-scientifica per l'individuazione degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo (per la partecipazione alla sperimentazione della prestazione universale).	18 maggio 2024
34 comma 4	Decreto per la definizione delle modalità attuative ed operative della prestazione universale, dei relativi controlli e della eventuale revoca, nonché le connesse attività preparatorie e organizzative, anche a carattere informativo, da espletarsi entro il 31/12/2024.	17 giugno 2024
38 comma 1	Linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi per il raggiungimento di standard formativi uniformi su tutto il territorio nazionale finalizzata a migliorare, anche attraverso la graduazioni in base ai bisogni, e rendere omogenea l'offerta formativa per le professioni di cura, nonché all'acquisizione della qualificazione professionale di assistente familiare.	17 giugno 2024
Art. 23 comma 1	Decreto per la definizione del sistema di monitoraggio e i relativi criteri, gli indicatori specifici relativi allo stato di attuazione dell'erogazione dei LEPS e degli obiettivi di servizio, nonché interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP.	17 luglio 2024
Art. 24 comma 5	Linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione graduale e progressiva dei LEPS.	17 luglio 2024
31 comma 7	Decreto per l'individuazione e l'aggiornamento di criteri condivisi e omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario.	17 luglio 2024
27 comma 7	Decreto per definire i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata a livello nazionale informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità (decreto attuativo L.227/2021).	19 marzo 2025
28 comma 5	Decreto per definire le modalità di condivisione delle banche dati alimentate da elementi o risultanze che, a qualunque titolo, entrano nel procedimento di accertamento e valutazione di base, nonché la raccolta dei dati, delle comunicazioni e delle informazioni relative alla conclusione del procedimento stesso.	Data non indicata

Fonte: ns. elaborazione dal D. Lgs. 29/2024

La stessa sorte viene prevista anche per la prima parte del D. Lgs. 29/2024 che è relativa alle politiche per l'invecchiamento attivo dove gli ulteriori decreti e linee guida attuativi sono addirittura undici (Cfr. Tab.2).

Nel complesso ci troviamo di fronte ad un decreto attuativo che rinvia ad ulteriori 19 decreti attuativi da approvare, in gran parte, entro un anno.

Tab. 2 – Atti previsti dal D. Lgs. 29/2024 per le politiche di invecchiamento attivo

Articolo	Atto da approvare	Da approvare entro il
13 comma 3	Decreto per individuare i criteri per la corresponsione di agevolazioni per le spese medico-veterinarie per l'adozione di cani o gatti da parte di anziani soli.	30 marzo 2024
4 comma 3	Decreto sulle "linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio"	17 giugno 2024
7 comma 1	Decreto per l'individuazione dei livelli di servizio funzionali all'adeguamento dei servizi di trasporto pubblico locale alle esigenze di mobilità delle persone anziane nei contesti urbani ed extraurbani.	17 giugno 2024
8 comma 2	Decreto per definire le modalità di attuazione delle misure per favorire il turismo del benessere e il turismo lento e sostenibile.	17 giugno 2024
9 comma 2	Decreto per l'individuazione delle prestazioni di telemedicina domiciliare da erogare agli anziani con priorità ai grandi anziani.	17 giugno 2024
15 comma 1	Linee guida volte a definire le caratteristiche e i contenuti essenziali di interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (<i>senior cohousing</i>) e di coabitazione intergenerazionale (<i>cohousing intergenerazionale</i>), in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate.	15 settembre 2024
13 comma 5	Decreto per l'individuazione dei requisiti reddituali delle persone anziane beneficiarie delle agevolazioni per le spese veterinarie, le modalità di donazione e distribuzione gratuita di medicinali veterinari destinati alla cura degli animali d'affezione a enti del terzo settore e alle strutture di ricovero e raccolta degli animali abbandonati, nonché le modalità di utilizzazione dei predetti medicinali da parte dei medesimi enti e strutture e i farmaci esclusi dalla donazione.	19 settembre 2024
16 comma 2	Decreto per l'individuazione delle prescrizioni edilizie che le regioni e i comuni sono tenuti a rispettare nella selezione delle iniziative progettuali di coabitazione.	13 gennaio 2025
17 comma 2	Decreto per determinare le modalità della messa a regime dei progetti sperimentali di coabitazione.	90 gg. Dopo il termine della sperimentazione
12 comma 3	Decreto per definire i criteri e le modalità di presentazione delle iniziative e dei progetti per la promozione dell'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana	Data non indicata
19 comma 1	Linee guida di indirizzo per la definizione di obiettivi di alfabetizzazione digitale delle persone anziane e i programmi di supporto nell'utilizzo delle nuove tecnologie.	Data non indicata

Fonte: ns. elaborazione dal D. Lgs. 29/2024

La valutazione multidimensionale

Nel Decreto Legislativo 29 c'è invece da apprezzare la scelta di arrivare ad una valutazione multidimensionale unificata.

L'intento è quello di semplificare ed unificare i percorsi che oggi prevedono 5-6 diversi sistemi di valutazione degli anziani non autosufficienti.

Con la riforma le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale per tutti i benefici nazionali e una di competenza delle regioni per usufruire dei servizi locali.

Nulla di immediatamente attuabile, ma la scelta viene fatta.

Le decisioni sostanziali sono rinviate ad un decreto che dovrà decidere tutto sulla valutazione multidimensionale (composizione della Unità valutativa, modalità di funzionamento, strumento nazionale di valutazione, ecc.). Ci sono anche altre criticità (priorità di accesso agli ultra80enni, rapporto fra valutazione per l'accesso alle prestazioni "nazionali" e la valutazione per l'accesso ai servizi locali) ma la scelta unificatrice è fatta.

Che cosa (non) si prevede per l'assistenza domiciliare

Nell'assistenza domiciliare gli obiettivi della Legge Delega erano due: integrazione sociosanitaria e l'introduzione di un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, il che comporta essenzialmente un'assistenza domiciliare con una durata ed una intensità (numero di ore settimanali) non limitata e legate ai bisogni degli anziani.

Nel decreto attuativo c'è attenzione alla integrazione sociosanitaria ma non ci sono contenuti nuovi.

C'è un rinvio a delle nuove linee guida specifiche sulla integrazione fra ADI e SAD (assistenza domiciliare dei Comuni). Per il resto, di "durata ed intensità adeguate" non se ne parla anche se era un principio contenuto nella legge delega (art. 4, c. 2, lett. n).

In questo ultimo caso, non siamo in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni contenute nella Legge 33/2023 consistente in un nuovo modello di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti che oggi non c'è.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

Anche gli obiettivi della Legge delega per l'assistenza residenziale e semiresidenziale erano due: la revisione degli standard di personale per adeguarli (aumentarli) alle necessità degli anziani e la revisione dei requisiti strutturali per realizzare ambienti di vita amichevoli, familiari, sicuri (più riservatezza negli spazi privati e più spazi per la vita di relazione).

Anche in questo caso non c'è stata l'attuazione della Legge delega; tutto rinviato ad un successivo decreto.

La riforma dell'indennità di accompagnamento

La legge 33/2023 prevede una prestazione universale (che sostituirà l'indennità di accompagnamento) graduata secondo i bisogni del cittadino da fruire come trasferimento monetario o come servizi alla persona secondo la libera scelta dell'utente.

Il D. Lgs. 29/2024 invece prevede una sperimentazione che coinvolge una quota minimale di persone (meno di 30.000 su 1,5 milioni di fruitori di indennità di accompagnamento) che potrà usufruire di una prestazione aggiuntiva di 850 euro mensili in servizi.

E, cosa forse ancor più grave, non ci sono determinazioni su che cosa succederà dopo la conclusione della sperimentazione. Non c'è la riforma, non c'è l'universalismo nell'accesso, non c'è l'equità nell'importo (graduazione degli importi), non c'è libertà di scelta tra denaro e servizi e non c'è la promozione dell'appropriatezza (importo maggiorato per i servizi).

Le uniche risorse stanziare per l'attuazione intera della legge sono destinate a questa sperimentazione. Nulla di strutturale e nulla per il 2024. Per il 2025 e 2026 si prelevano 250 milioni per anno dal fondo per le non autosufficienze, dal fondo lotta alla povertà e dal PNRR.

Le badanti

Per le badanti La Legge delega prevede una ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali finalizzata al loro "riordino" e cioè ad un intervento fiscale (deduzioni, detrazioni) per sollevare un po' le famiglie dall'onere del pagamento dell'assistenza personale.

Il Decreto Legislativo 29 prevede solo la parte "comoda": la ricognizione. Del riordino e quindi degli sgravi fiscali non se ne parla.

Ed anche l'altro aspetto quello relativo agli standard formativi delle badanti (dalla quale si svilupperanno poi i corsi ed i registri regionali) viene rinviato a delle successive linee guida. Insomma, anche qui non c'è l'attuazione. Passi troppo timidi, lontani dalle necessità di regolazione del lavoro domestico

Un sistema integrato

Il sistema dei servizi e degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti prevede l'intervento di diversi soggetti e, pertanto, ha bisogno di una forte integrazione fra lo Stato, le Regioni e gli Enti locali e poi anche una integrazione orizzontale fra il sociale, la sanità e l'INPS per essere efficace.

Oggi le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps non sono adeguatamente coordinate. La Legge delega prevede la costruzione di un sistema integrato.

Nel Decreto attuativo, il Sistema nazionale per l'assistenza degli anziani non autosufficienti (SNAA) previsto dalla Legge 33/2023 e preposto proprio a questo compito non svolge adeguatamente questo compito di integrazione.

La programmazione coinvolge formalmente tutti i soggetti pubblici interessati ma concerne, nella sostanza, solo servizi e interventi sociali. Infatti, per fare un esempio, il Piano nazionale assistenza e cura degli anziani non autosufficienti viene elaborato all'interno del Ministero del Welfare ed è parte integrante del Piano nazionale dei servizi e interventi sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Occorre superare queste criticità per promuovere l'integrazione del sistema (SNAA) coinvolgendo in modo pieno e paritario il Ministero della sanità altrimenti il sistema non funzionerà mai.

L'obiettivo del PNRR è raggiunto ma la riforma non c'è.

In sostanza, il Decreto Legislativo attuativo n. 29/2024, in grandissima parte, non dà attuazione alla Legge delega rinviando quasi tutte le decisioni più importanti ad una serie impressionante di ulteriori 19 decreti e linee guida.

Non c'è, soprattutto a livello centrale e regionale, l'auspicata integrazione fra sanità e sociale nel realizzare gli interventi assistenziali, non ci sono i nuovi modelli di intervento, fatta eccezione per il nuovo sistema di valutazione della non autosufficienza, e non si investe sul potenziamento dei servizi per gli anziani non autosufficienti.

Siamo dunque in presenza di una Riforma rinviata e, in alcune sue parti significative, perfino non rispettosa dei contenuti della Legge delega n. 33/2023 (assistenza domiciliare, prestazione universale, badanti e ruolo dello SNAA).

Nei prossimi mesi bisognerà cogliere ogni occasione, compresa quella dei tanti decreti attuativi previsti, per recuperare i contenuti in linea con le previsioni più innovative della legge 33.

Non trova giustificazione l'argomento del reperimento delle risorse necessarie al suo finanziamento, che certo ha influenzato negativamente i contenuti del Decreto, ma che può essere affrontato in modo graduale pensando ad una riforma da implementare progressivamente in modo pluriennale come hanno fatto gli altri paesi europei proprio a questo proposito.

Per cui, in definitiva, l'obiettivo del PNRR che prevedeva l'approvazione di una legge sull'assistenza agli anziani è stato raggiunto e l'Italia per questo riceverà i fondi ma la riforma, quella vera, ancora non c'è.

Norme di riferimento

- L. 23 marzo 2023, n. 33: "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane".
- Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29: "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di sui agli articoli 3,4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33".

25 marzo 2024

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121124

quotidianosanita.it

Di Pnrr. I dubbi delle Regioni su rimodulazione fondi per la sanità: "Problemi di costituzionalità e servono nuove risorse"

di L.F.

Il problema principale è la cancellazione di 1,2 mld di risorse del Piano complementare che secondo il Governo andranno sostituite con i fondi ex art.20 sull'edilizia sanitaria su cui però alle Regioni "non risulta un'effettiva disponibilità". Domani ci sarà una riunione straordinaria della Commissione Salute per fare il punto.

11 MAR -

"La Commissione Salute sottolinea la necessità di sopprimere il comma 13 dell'art.1 in quanto lesivo non solo del principio di leale collaborazione tra Governo e Regioni e Province Autonome, sancito nella Carta Costituzionale, ma anche del principio dell'autonomia programmatica delle Regioni e Province Autonome".

È quanto riporta una bozza di documento preparato dalla Commissione Salute, Area Tecnica Investimenti e Pnrr della conferenza delle Regioni che sta esaminando in questi giorni l'ultimo decreto legge sul Pnrr licenziato a poche settimane fa dal Consiglio dei ministri.

Domani ci sarà una riunione straordinaria della Commissione Salute per fare il punto sulla situazione in vista anche dell'audizione delle Regioni in Commissione alla Camera.

Le Regioni denunciano nella sostanza come con il decreto nel "complesso vengono rimodulate risorse per gli investimenti in sanità per oltre 1,8 miliardi di euro, di cui 1,2 che la norma pone a carico dei fondi articolo 20 già destinati alle Regioni; i rimanenti a possibile carico dei fondi articolo 20 già destinati alle Regioni". E uno dei più grandi problemi sarebbe proprio questa rimodulazione

“La prima parte del comma - si legge - cancella risorse Pnc assegnate, rientranti nella programmazione regionale, disponendo il finanziamento mediante articolo 20”.

Le risorse Pnc interessate dalla rimodulazione sono legate alla “riduzione delle autorizzazioni di spesa dell’investimento destinato alla realizzazione del programma ‘Verso un ospedale sicuro e sostenibile’ finanziato dal Pnc per complessivi 1,2 miliardi di euro”.

Viene “definanziato l’investimento contenuto su Pnc relativo all’Ecosistema innovativo della salute’ per un totale di 132,56 milioni di euro”, l’investimento contenuto nel Pnc ‘Salute, ambiente, biodiversità e clima’ di 34,7 milioni nel 2024”. Infine “viene spostata dal 2024 al 2027” l’autorizzazione di spesa di 30 milioni di euro per l’investimento

«Iniziativa di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale”. Il punto è che nel documento della riunione si evidenzia come “non risulti, alle Regioni, un’effettiva disponibilità delle risorse articolo 20”. E dunque - ecco la richiesta – “la sottrazione di risorse Pnc, per 1,2 miliardi, poste dal decreto a carico dell’articolo 20, richiede un chiarimento da parte del governo”.

Il punto per le Regioni è che “la riprogrammazione, a livello nazionale, su fondi già ripartiti alle Regioni, non tenga conto del diritto, esercitato dalle Regioni, alla propria programmazione, già in atto.

I tecnici regionali osservano come questa sovrapposizione alla programmazione regionale possa presentare problemi di costituzionalità, nel rapporto Stato-Regioni, nel rispetto delle specifiche competenze”.

Si rimarca, quindi, che “la disponibilità delle risorse sostitutive (da articolo 20)” sia “inesistente, in quanto le Regioni hanno già attivato la propria programmazione regionale e sviluppato rilevanti progetti di edilizia sanitaria (ospedali) che sono in avanzato stato di definizione”

Dubbi poi anche sui nuovi target che “comportano le seguenti riduzioni nel numero degli interventi finanziati dal Pnrr: 414 Case della Comunità su 1350, che non si potrebbero realizzare, per il protrarsi dei lavori, entro giugno 2026 (in particolare, le nuove costruzioni); 76 Centrali Operative Territoriali (COT) su 600; 96 Ospedali di Comunità su 400.

Il fatto è che - si sottolinea – “molte regioni hanno già programmato le risorse ex articolo 20 sin qui disponibili” e dunque “è opportuno che la dotazione dell’articolo 20 venga incrementata” e che ci sia “una procedura semplificata»” il provvedimento “dovrà dare atto che i finanziamenti art.20 dovranno essere ‘nuovi finanziamenti’ rispetto quelli già assegnati alle Regioni con precedenti Leggi di stabilità”.

I tecnici regionali proporranno quindi alla Commissione Salute di richiedere, a fronte delle risorse sottratte dall’articolo 1 comma 13, nuovi fondi a copertura delle spese Pnc o Pnrr.

Tali nuovi fondi “potrebbero essere nuovi fondi Fsc”.

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=120795

ESITI DELL'INCONTRO

Alle ore 11e05 il dott. Aimar, in qualità di coordinatore, dà inizio alla riunione.

L'ordine del giorno è il seguente:

- a) Analisi DL 19/2024 (PNC e PNRR), proposta di eventuali emendamenti;
- b) Aggiornamenti in merito alle attività svolte per il nuovo AdP.

Con riferimento al punto a), con email del giorno 4 marzo ore 14e22 è stato richiesto alle seguenti aree tecniche di fornire riscontri in merito al "Prot. 1467/C2FIN/C3UE - Incarico istruttoria DL 19/2024 Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)".

Alla riunione odierna sono stati invitati il Coordinamento dell'Area ICT, dell'Ecofin e della Prevenzione.

I presenti iniziano l'esame del DL 19/2024 a partire dall'articolo 1 comma 13, di seguito riportato:

<<

13. Gli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato «Verso un ospedale sicuro e sostenibile», già finanziati a carico del Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), numero 2), del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, ad esclusione di quelli delle Province autonome di Trento e di Bolzano e della Regione Campania, sono posti a carico del finanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Conseguentemente, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 20, della legge 11 marzo 1988, n. 67 è incrementata, per l'anno 2024, di una somma pari a 39 milioni di euro, mediante utilizzo delle risorse, di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), numero 2, del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, disponibili in conto residui. Per assicurare la tempestiva realizzazione dell'investimento 1.1 "Case della Comunità" e 1.3 "Ospedali di Comunità" di cui alla Componente 1, del PNRR e dell'investimento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" di cui alla Missione 6, Componente 2, del PNRR e degli interventi già posti a carico del Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR che, per gli incrementi di costo dei materiali, non abbiano ricevuto assegnazioni dal Fondo per l'avvio delle opere indifferibili di cui all'articolo 26, comma 7 del decreto-legge 17 maggio 2022, n. 50 convertito con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2022, n. 91, le regioni possono sostenere i maggiori costi emergenti accedendo alle risorse finanziarie, ove disponibili, a loro destinate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, integrando il quadro economico dei progetti inseriti nei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) già sottoscritti. La richiesta regionale, corredata di perizia suppletiva di variante relativa ai maggiori costi e del quadro generale delle distinte fonti di finanziamento destinate agli investimenti interessati dal presente comma, è trasmessa al Ministero della salute che la approva, con decreto ministeriale, ai fini dell'integrazione dei CIS, previo parere positivo da parte del Nucleo di Valutazione degli Investimenti e previa intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze. Le risorse finanziarie di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono trasferite alla regione interessata, su richiesta del Ministero della salute, sulla base dello stato di avanzamento dei lavori e previo nulla osta del Tavolo Istituzionale di cui all'articolo 6 dei CIS sottoscritti. La regione presenta al Ministero dell'economia e delle finanze-Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, con periodicità semestrale, il rendiconto delle risorse finanziarie complessivamente impiegate per singola linea di finanziamento.".

>>

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1710185057.pdf>

quotidianosanita.it

Rischiamo l'arrivo di una nuova plethora medica. 108.700 medici in pensione entro il 2032, ma 141.000 già in formazione. Lo studio Anaa

Dall'analisi si evince che la crescita del numero di medici, spesso definita "plethora medica", è destinata ad essere fuori controllo se la politica in maniera miope continua a essere poco lungimirante commettendo gravi errori di programmazione. Ogni modifica al tempo zero, infatti, in merito alla formazione medica avrà le sue ricadute solo dopo 9/11 anni.



04 MAR -

L'Italia si prepara ad affrontare una ondata di pensionamenti tra i medici nel prossimo decennio: si stima che tra il 2023 e il 2032 quasi 109 mila camici bianchi lasceranno la professione attiva. Tuttavia, le nuove leve sono già in formazione: negli anni accademici tra il 2018 e il 2027 (con lauree attese tra il 2023 e il 2032), i posti programmati per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia sono circa 141.000. Il rischio di una plethora medica è concreto, ma il problema è più complesso di una semplice sovrabbondanza di professionisti.

Sono questi i numeri elaborati dall'Anaa Assomed su dati Ocse, Onaosi ed Enpam da cui si evince che la crescita del numero di medici, spesso definita "plethora medica", è destinata ad essere fuori controllo se la politica in maniera miope continua a essere poco lungimirante commettendo gravi errori di programmazione. Ogni modifica al tempo zero, infatti, in merito alla formazione medica avrà le sue ricadute solo dopo 9/11 anni. Quindi le soluzioni che adottiamo oggi avranno i primi effetti nel 2033 quando secondo i vari database consultati il mercato del lavoro in ambito medico sarà totalmente ribaltato. Infatti, se consideriamo che i contratti per la formazione specialistica, a invarianza di programmazione, nello stesso periodo, saranno 150 mila a cui aggiungere 25 mila borse per la formazione in Medicina Generale, significa che si prospetta un differenziale di circa 32 mila unità tra stima delle uscite e numero di specialisti e MMG che saranno formati. Secondo gli stessi dati, dopo il 2027 la curva pensionistica, sarà in netto decremento e questo dovrebbe facilitare la programmazione al fine di raggiungere l'equilibrio tra il numero di specialisti che possono entrare nel mondo del lavoro e quelli che ne usciranno, ma stando alle tendenze politiche attuali quello che si genererà sarà invece un "imbuto lavorativo" per il consistente aumento dei medici neolaureati e specialisti rispetto ai medici collocati in pensione. Sarà favorita, quindi, la c.d plethora medica fornendo al mercato sanitario forza lavoro a basso costo e con un potere contrattuale azzerato. Il trionfo del lavoro precarizzato, ma con retribuzioni e diritti molto più bassi di oggi.

Il problema non è solo la quantità di medici, ma anche la loro distribuzione e la tipologia di specializzazione. L'altra faccia della stessa medaglia, infatti, è quello che stiamo vivendo oggi. La carenza odierna di personale sanitario già dall'inoccupazione dei posti in alcune scuole di specializzazione fino alla scelta di lasciare il posto di lavoro per spostarsi nella sanità privata o migrare in altri paesi alla ricerca di condizioni di lavoro e di conciliazione con la vita privata migliori, ne è la dimostrazione. Secondo i dati elaborati dalla Corte dei Conti su dati OCSE 2019, il numero dei medici che ha lasciato l'Italia fra il 2008 e il 2018 ammonta a 11 mila mentre circa 3000, in base ai dati Onaosi, abbandonano ogni anno il SSN prima dell'età di quiescenza. E i fenomeni in base agli ultimi dati non sembrano in diminuzione.

È per questo che Anaa Assomed ritiene, da una parte, indispensabile programmare adeguatamente gli accessi al corso di laurea e intervenire subito sulle questioni critiche per rendere attrattivo il lavoro nelle strutture ospedaliere, per permettere ai medici di dedicarsi alla propria vita familiare e sociale eliminando il blocco delle assunzioni del personale sanitario e incrementando gli stipendi mensili che per raggiungere il livello medio europeo dovrebbero aumentare del 40-50 per cento. Solo ripristinando adeguate dotazioni

organiche possiamo migliorare anche la qualità del lavoro soprattutto in presenza di bisogni assistenziali crescenti della popolazione.

Quindi l'abolizione del numero programmato a Medicina e Chirurgia è un provvedimento incapace di rispondere alla grave criticità attuale perché fuori tempo massimo. Il problema delle carenze degli specialisti è stato già risolto con l'incremento dei contratti specialistici effettuato dal Ministro Speranza: basta aspettare pochi anni per avere numeri adeguati rispetto ai pensionamenti. Oggi si tratta di rendere più attrattivo il lavoro nel settore pubblico particolarmente in alcune specialità, come Medicina di Emergenza/Urgenza.

L'inarrestabile marcia verso la pleora medica è un fenomeno complesso con implicazioni significative per il futuro della medicina e della società. È necessario un intervento urgente multilivello da parte del governo, delle aziende sanitarie e delle facoltà di medicina per garantire che tutti i medici italiani abbiano la possibilità di lavorare e di svolgere il proprio lavoro con professionalità e competenza.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120612



Equo compenso: restano i nodi per le prestazioni dei medici libero professionisti

Claudio Testuzza

La necessità di applicare un equo compenso per i medici che lavorano in rapporto libero professionale e con società sanitarie di capitale può avere diversi benefici, specialmente in termini di versamenti congrui di contributi previdenziali.

Tra gli aspetti più rilevanti oltre alla sicurezza del reddito, la sostenibilità del sistema previdenziale, la parità di trattamento, l'equità contributiva, la qualità dell'assistenza sanitaria e l'attrattività della professione medica.

Era divenuta legge, la n. 49, il 21 aprile 2023, la proposta di iniziativa parlamentare in materia di equo compenso delle prestazioni rese dai professionisti, che ha l'intento di aumentarne la tutela nei rapporti con imprese che, per natura, dimensioni o fatturato, sono ritenute contraenti forti e sono pertanto in grado di determinare uno squilibrio nei rapporti con il singolo professionista.

In particolare, la legge definisce come equo il compenso che rispetta specifici parametri ministeriali ed interviene sull'ambito applicativo della disciplina vigente, ampliandolo sia per quanto riguarda i professionisti interessati, tra i quali sono inclusi gli esercenti professioni non ordinistiche, sia per quanto riguarda la committenza che viene estesa anche a tutte le imprese che impiegano più di 50 dipendenti o fatturano più di 10 milioni di euro, e disciplina la nullità delle clausole che prevedono un compenso per il professionista inferiore ai parametri.

Prevede, inoltre, che gli Ordini e i Collegi professionali debbano adottare disposizioni deontologiche volte a sanzionare il professionista che violi le disposizioni sull'equo compenso.

Istituisce, inoltre, presso il ministero della Giustizia, l'Osservatorio nazionale sull'equo compenso. Questo osservatorio sembra essere in partenza, dieci mesi dall'approvazione della legge, finalizzato, soprattutto, ad esprimere pareri sugli schemi di atti normativi che riguardino i criteri di determinazione dell'equo compenso e la disciplina delle convenzioni.

Molti Ordini hanno iniziato ad adeguare, al disposto legislativo, i loro codici di comportamento. I primi a partire sono stati gli ingegneri. Seguiti, poi dai periti industriali e dai geometri.

Fra gli ultimi gli avvocati ed i commercialisti. I punti classificanti sono di disporre che siano gli stessi professionisti a rispettarne i criteri e le misure, e la necessità di informare, in maniera trasparente il cliente del costo dovuto.

Nel settore sanitario si sono attivate alcune professioni quali quelle degli infermieri, le categorie della prevenzione e della riabilitazione, e gli psicologi, che pur non avendo una norma specifica nel loro codice sottolineano il principio della proporzionalità tra intervento e compenso, ed i veterinari.

In difficoltà appaiono i medici. Infatti il settore ha vissuto condizioni di difficile concretizzazione.

In passato si è discusso sull'istituzione di tariffari minimi ordinistici nazionali.

Sulle tariffe minime c'è da fare una breve digressione. Furono abolite nel 2007 dalla legge Bersani.

Ma subito i soggetti, che in precedenza le dovevano rispettare, si sono visti liberi di contrattare i compensi a prezzi spesso così bassi che dopo un po' i tariffari minimi sono stati riabilitati, sia dalla legge 27/2012 che ha ammesso compensi proporzionati al lavoro svolto per gli avvocati, sia dalla sentenza 532/2015 dell'Unione

europea, che ha ammesso la facoltà degli stati membri di lasciare compensi codificati a tutela della prestazione.

Spesso la Magistratura, in base alla legge, invia spesso agli Ordini dei Medici ed Odontoiatri, richieste di parere per definire se la tariffa di una perizia sia da ritenersi congrua.

Singoli sanitari chiedono, poi, pareri quando entrano in contrasto con i pazienti sul prezzo di una prestazione, ad esempio per una diversa valutazione dell'apporto immateriale del professionista. Una criticità, quella dei compensi al ribasso che sussiste da tempo, cui si è giunti con una serie di escamotage quali onorari inadeguati mascherati sotto le spoglie ingannevoli di grandi quantità prestazionali, come nel caso di medici del lavoro ingaggiati da grandi aziende per effettuare prestazioni e visite sanitarie ai numerosi dipendenti ma che non tengono conto, però, dei costi professionali.

Se tale contesto può essere accettato, dicono alcuni medici, per "sbarcare il lunari", non lo può essere dal punto di vista deontologico.

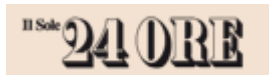
I compensi "stringati" fanno riflettere su un altro importante aspetto: l'idea che la professione sanitaria, di medici e odontoiatri nello specifico, possa essere equiparata a una qualunque attività di indirizzo commerciale.

I rappresentanti dei medici ritengono che sia necessario che venga emanato il decreto recante la determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per le professioni dei medici chirurghi e degli odontoiatri come è avvenuto recentemente, il 10 marzo scorso, per i parametri forensi.

La disciplina, infatti, pur riconoscendo astrattamente il diritto del professionista a percepire un compenso proporzionato alla qualità della prestazione resa, rende di fatto tale diritto inesigibile in gran parte delle fattispecie.

La legge, in buona sostanza, esclude dall'applicazione del principio dell'equo compenso tutte le prestazioni rese nei confronti di soggetti diversi dalle grandi imprese, lasciando di fatto fuori coloro che svolgono la propria attività esclusivamente nei confronti di persone fisiche.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-03-13/equo-compenso-restano-nodi-le-prestazioni-medici-libero-professionisti-130910.php?uuid=AFM6Of0&cmpid=nlqf>



Gettonisti nel Ssn: così si viola il principio di legittimo affidamento dell'utenza di Ettore Jorio

La quinta sezione del Tar Lombardia, con l'ordinanza n. 238/2024 depositata l'8 marzo scorso (est. Plantamura), sollecita una maggiore attenzione sul tema dei medici gettonisti, così come su tutti i contratti di outsourcing cui si ricorre, da tempo e ovunque, sistematicamente nel sistema della salute per sopperire ad esigenze medico-infermieristiche (si veda qui articolo dell'8 marzo scorso).

Il Giudice meneghino si è pronunciato sospendendo, in via cautelare, la delibera adottata dalla Giunta Regionale lombarda n. XII/1514 del 13 dicembre 2023, "limitatamente alle parti in cui si dispone che non siano ulteriormente autorizzati nuovi contratti di esternalizzazione di servizi sanitari core".

Conseguentemente, ha fissato "per la trattazione di merito del ricorso l'udienza pubblica del 24 ottobre 2024". Il processo amministrativo è stato incardinato su ricorso di una società per azioni denominata GAP MED Società tra professionisti S.P.A., che ha fondato il proprio business sulla somministrazione dei medici a gettone.

Il mercato dei gettoni d'oro e le alternative

Il tema del costante ricorso, con maggiore frequenza nell'attività erogativa dei Lea ospedalieri, a professionisti medici estranei agli organici aziendali - ovviamente non ancora affrontato nell'ordinanza del Tar se non limitatamente alla riconosciuta esistenza del fumus boni iuris nelle ragioni della ricorrente, oltre che ravvisato il periculum in mora prospettato (sull'esistenza dei quali si rende legittimo qualche sospetto - richiede un serio approfondimento.

Ciò in quanto l'appello all'esternalizzazione effettuata attraverso medici a gettone è oramai acquisito nel linguaggio comune e nell'uso diffuso che se ne fa - considerate le carenze professionali ritenute (forse superficialmente) non altrimenti rimediabili - senza tuttavia ben circoscrivere e comprendere in quale situazione si siano da tempo imbarcate, si spera inconsapevolmente, tutte le Regioni e relativo Ssr.

La situazione venutasi a creare - del corrente ricorso che si fa a cooperative/società, spesso di capitali, proliferate come i funghi nello svolgimento di una siffatta loro attività di intermediazione, che appare sempre di più una sorta di esercizio di caporalato medico - legittima l'evidenziazione di gravi illegittimità, sino a constatare comportamenti illeciti, sino ad ora passati inosservati, anche riferiti a gravi e diverse fattispecie.

Sono tanti gli accaduti che, oltre alla disorganicità strutturale che ha preso il sopravvento in un Ssn che era il fiore all'occhiello del Paese e della Nazione, mettono in serio pericolo la corretta percezione dell'individuo del diritto alla tutela della salute, così come concepito dall'art. 32 della Costituzione.

I fatti rasentano l'incredibile.

Al riguardo, bene ha fatto la Regione Lombardia a intervenire nel dire stop alla inconcepibile frequenza del ricorso alla retribuzione a gettoni, sopportata inauditamente da anni, nonché a prevedere, tra le possibili, la realizzazione di un sistema di rete "regionale", posta a garanzia delle presenze professionali necessarie.

Una soluzione che, seppur in qualche modo lesiva dell'autonomia aziendale - perché ideata un po' oltre le righe delle prerogative costitutive delle aziende della salute - ha fatto ricorso alla loro riconosciuta caratteristica dell'imprenditorialità per mettere a terra politiche sanitarie, di insieme e reali, ispirate ad assicurare prioritariamente la salute nel territorio regionale.

I vizi gravi di una siffatta tipologia erogativa della salute

Ma la cosa non finisce qui. Oltre alle turnazioni di medici soci o dipendenti degli anzidetti soggetti con personalità giuridica pubblica con retribuzioni da nababbi, si è constatato tra l'altro:

-un uso distorto, in queste rotazioni nella specie notturne, di medici convenzionati esercenti la medicina generale e la pediatria di base entrambi vogliosi di "arrotondare" quanto diversamente percepito con integrazioni pari a 150 euro l'ora, nonostante le persistenti incompatibilità, i divieti e l'elusione del necessario riposo funzionale ad assicurare la giusta prestazione ai propri assistiti di libera scelta;

-una nutrita presenza di medici extra-Ue spesso non iscritti al rispettivo albo professionale, tale da comportare una loro abusività dell'esercizio, allo stesso modo di come avviene nell'ipotesi di messa in pratica di attività medica senza il superamento dell'esame di Stato per ottenere l'abilitazione all'esercizio della professione;

-un largo ricorso a nomine "primariali" non conseguita a seguito degli ordinari concorsi pubblici, garanti anche della buona pratica acquisita;

-un inadeguato accompagnamento didattico degli specializzandi - titolari delle rispettive borse di studio di pochi euro e nonostante ciò divenuti i nuovi angeli delle corsie - da parte di personale medico non in organico e, dunque, non riconosciuto mediante concorso pubblico idoneo a rendersi garante della esperienza utile per assicurare il migliore esito alla specializzazione in corso di apprendimento.

Un affidamento guadagnato indebitamente dal Ssn

A ben vedere, considerate queste eccezioni, estensibili a tante altre meno evidenti, è appena il caso di precisare che, tutte, concretizzano una grave violazione del principio di legittimo affidamento dell'utenza che, così facendo, non conosce neppure a chi stia affidando la propria vita.

Tutto questo comporta un uso distorto dell'esercizio della intera catena di comando (anche di direttori sanitari di presidio e di Uoc/Uo compresi) che consente tutto ciò, dal momento che le Regioni e aziende della salute, principalmente quelle ospedaliere, hanno l'ardire di mettere i corpi e la psiche dei cittadini in mani non certificate come adeguate.

Ciò al mero scopo aziendalistico di coprire alla bene meglio i buchi di organico.

Il principio del legittimo affidamento è quello cui si ispira, più di ogni altro, la pratica dell'assistenza sociosanitaria garantita da strutture contraenti con l'utenza. Con quella che vi si affida e con la quale perfeziona una obbligazione di mezzo, assistita dalle assicurazioni pretese dall'ordinamento, tali da garantire alla persona la tutela della propria salute nei luoghi di cura ai quali la stessa consegna il bene vita.

Un principio cui la pubblica amministrazione, che presiede a un siffatto genere di assistenza sociosanitaria, deve assolutamente ossequiare nell'esercizio del proprio potere discrezionale con propri atti di garanzia e di sicurezza nei confronti di chi le affida il proprio malessere fisico ovvero psichico.

Confidando in ciò sul legittimo comportamento del decisore pubblico (aziende sanitarie e Regione) che sia assolutamente conforme alle regole, alla cautela, alla diligenza, alla prudenza e alla perizia. Requisiti che, attraverso un ricorso a professionisti con metodologie diverse da quello conseguente all'esito di procedure selettive pubbliche, sono da considerarsi non affatto ossequiati, mettendo tra l'altro in forse anche quello della buona amministrazione relazionale alla (non) economicità, all'efficienza e all'efficacia.

D'altronde, a un siffatto dovere istituzionale soccorre ampiamente l'ordinamento attraverso le scelte dei prestatori d'opera professionale medica effettuate mediante forme agonistiche e per lo più concorsuali.

Una selezione accurata da esercitarsi rispettivamente mediante le procedure di accesso alle convenzioni, ex art. 8 del d.lgs. 502/1992, ovvero attraverso l'attività selettiva esercitata con ricorso alle procedure di concorso pubblico, per quei posti in organico previsti nei fabbisogni del personale approvati e finanziati nei relativi bilanci preventivi.

Una attività di garanzia selettiva che rintraccia la sua influenza nel rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale, ex art. 8 quater del d.lgs. 502/1992, che fa divieto assoluto, pena la sua revoca ma anche la commissione di un qualsivoglia tipo di reato, di modificare a gogo l'assetto organizzativo delle strutture interessate, cui viene dato accesso a soggetti professionali estranei (e chissà se idonei!) all'originario rilascio del provvedimento concessorio.

La violenza delle norme sull'accREDITAMENTO

Il tema affrontato e le illegittimità giuridiche eccepite, seppure nella più generale condivisione della ratio di rimettere comunque in moto quelle corsie uscite male dal Covid e rimaste in panne per carenza di medici, suscitano ulteriori perplessità.

Ciò in quanto il ricorso all'outsourcing riferito alle professioni mediche, specie se relazionate a quelle in esercizio nei settori vitali dei luoghi di ricovero e cura, appare infatti non assolutamente conforme alle regole che l'ordinamento assicura alle garanzie di buon trattamento sanitario dell'utenza. Meglio, agli obblighi posti a carico dell'offerta salutare, che si propone costituzionalmente quale soluzione alla domanda assistenziale, esplicitata attraverso una struttura erogativa specifica scelta dal bisognoso per il suo riconosciuto affidamento.

Un riconoscimento, questo, guadagnato dal possesso – come si diceva – degli ulteriori (rispetto a quelli minimi dell'autorizzazione) requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.

Questi ultimi garantiti attraverso la certa efficienza del suo organico selezionato mediante concorso pubblico, reso obbligatoriamente noto a terzi per il tramite degli appositi siti web, quale strumento competitivo funzionale a comparare i titoli e le esperienze acquisite dai concorrenti e, di guisa, optare per le scelte migliori.

Una condizione, questa, certamente non soddisfatta attraverso il ricorso a liberi professionisti senza che gli stessi abbiano superato il vaglio concorsuale attraverso il quale si accede al pubblico impiego. Una garanzia non usufruibile dall'utenza tutta e, con questo, l'impossibilità di affidamento ai medesimi della sua sorte di vita.

Ciò in quanto verrebbe così trattata da professionista - non noto e addirittura in una turnazione stabilita dalla società agente la mediazione secondo i suoi desiderata imprenditoriali - la cui idoneità è solitamente riconosciuta dal management aziendale e dalle direzioni sanitarie in senso lato in base al verificato possesso delle carte - spesso pure in disordine perché non iscritti al corrispondente ordine professionale ovvero in condizioni di evidenti incompatibilità – certificate della loro assunta capacità pratica per affrontare correttamente l'obbligo assistenziale cui sono chiamati.

C'è di più, e non di poco conto

Un tale problema evidenzia ulteriori numerose problematiche, non trascurabili né dai decisori pubblici, regionali e aziendali, né dagli ordini professionali e dalla magistratura, atteso che spesso è facile rilevare in siffatti eventi la concretizzazione di qualche reato, in specie nella non propriamente solita corretta redazione del consenso informato nel quale l'utenza dovrebbe essere edotta della circostanza che la prestazione viene resa da soggetto non in organico della struttura operante.

Un altro serio dubbio è da riferirsi alla copertura assicurativa verso i danni provocati nel corso e ad esito del ricovero ovvero della prestazione medica.

Il tema presenta altresì non poche preoccupanti incognite, sia con il danno assicurato attraverso contratti perfezionati con apposite compagnie che in regime di autoritenzione del rischio con gestione diretta dei sinistri.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-03-12/gettonisti-ssn-cosi-si-violano-principio-legittimo-affidamento-dell-utenza-123236.php?uuid=AFwXAA0&cmpid=nlqf>

8 marzo/ Fiaso: cresce la presenza femminile nelle direzioni strategiche delle aziende sanitarie

Cresce la presenza femminile nelle direzioni strategiche delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane. Poco più di un terzo dei dirigenti in posizioni di vertice nelle aziende sanitarie locali, negli ospedali e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono donne.

È quanto emerge dall'analisi condotta dalla Fiaso sul management femminile in sanità.

Negli ultimi cinque anni si registra un aumento dell'10% per le direzioni generali al femminile, un trend positivo di crescita graduale ma continuo.

A febbraio 2024 le direttrici generali in sanità sono il 24%.

È più accentuata la presenza di direttrici amministrative pari al 42,5% del totale, con un incremento del 2,71% rispetto al 2023. Aumenta anche la presenza di direttori sanitari donne pari al 32,87% del totale, ovvero +2,35% rispetto al 2023. Stabile il dato nelle direzioni sociosanitarie con il 47,6%

“L'incremento della presenza femminile nei ruoli dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale è un segno di progresso tangibile, ma non basta. Occorre aprire una riflessione sulle barriere culturali e strutturali che ancora limitano l'avanzamento delle donne ai vertici anche in sanità. Per abbattere il persistente gap di genere, dobbiamo mettere in campo azioni specifiche per valorizzare le competenze di leadership, comunicazione e gestione del middle management al femminile. E garantire sempre nelle aziende a tutti i livelli l'implementazione di politiche di inclusione e pari opportunità”, commenta il presidente della Fiaso, Giovanni Migliore.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-03-07/8-marzo-fiaso-cresce-presenza-femminile-direzioni-strategiche-aziende-sanitarie-190202.php?uuid=AFPi72x&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Donne in sanità: protagoniste nelle cure, invisibili ai vertici. Anaa: “Solo il 17% occupa posti apicali”

Le donne medico in attività sono il 53,5%, in prevalenza under 45, ma solo il 17% occupa posti apicali. Anaa Assomed rivolge un appello al Governo e Parlamento a sostegno della parità

t

07 MAR -

In occasione della giornata internazionale dei diritti della donna che si celebra l'8 marzo, l'Anaa Assomed rivolge un appello alla Presidente del Consiglio dei Ministri, alle Ministre e alle parlamentari affinché garantiscano un impegno concreto a sostegno di una parità nelle retribuzioni e nelle carriere realmente raggiungibile, di politiche a favore della conciliazione lavoro-famiglia, della flessibilità degli orari di lavoro, di nuovi modelli organizzativi in sanità.

Il soprasso delle donne medico è decretato sicuramente dai numeri, che da soli dovrebbero indurre a cambiare radicalmente rotta. La percentuale di dirigenti medici donna è cresciuta progressivamente negli ultimi anni, passando dal 38,4% del 2010 al 53,5% del 2024 con una prevalenza del genere femminile nelle classi di età under 45. Tra le Regioni, solo in Sardegna le mediche sono la maggioranza. Parità quasi raggiunta anche in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Marche, Abruzzo. È nelle Regioni meridionali che sul totale degli iscritti la maggioranza è maschile. Quando si parla di carriera, invece, i numeri scendono.

Tra i direttori di struttura complessa, solo il 17,2% è di sesso femminile (vs 82,8% maschi), percentuale che sale al 34,7% (vs 63,3% maschi) per le strutture semplici.

Nell'area universitaria delle scienze mediche, le donne ordinario (nel 2020) ricoprono il 19,3% delle posizioni, le associate il 33% e le ricercatrici circa il 40-55 %.

Con riferimento alle scuole di specializzazione (dati Conto annuale 2021), le donne sono presenti con varie percentuali in tutte le specializzazioni. Solo in 5 specialità sono al di sotto del 20%, ma sopra il 14% (medicina dello sport, cardiocirurgia, ortopedia, chirurgia maxillo-facciale e urologia). Le specializzazioni più scelte dalle donne sono: neuropsichiatria infantile (75,9%), pediatria (71,0%), oncologia medica (62,0%), medicina fisica e riabilitazione (60,6%), genetica medica (60,2%), medicina di comunità e delle cure primarie (58,4%) anatomia patologica (57,8%), ematologia (57,8%), ginecologia ed ostetricia (56,8%).

Si registra una forte presenza femminile in alcune discipline, in particolare per: l'area funzionale dei servizi: Genetica medica con il 66,8% e in Scienza dell'alimentazione con il 64,6%. L'area funzionale di medicina: Neuropsichiatria infantile con l'80,1% e Pediatria con il 73,3%. L'area funzionale di chirurgia è rappresentata all'opposto da donne solo per il 28,3% in Chirurgia Generale nel SSN, per il 20% degli specialisti in Cardiocirurgia, per il 17,1% degli specialisti in Ortopedia, e il 16,6% in Urologia.

“La fotografia di questo 8 marzo – commenta **Sandra Morano**, Responsabile Nazionale Area Formazione Femminile Anaa Assomed - ripropone purtroppo la stessa situazione, acuita dal post pandemia: le mancate sostituzioni delle maternità all'interno del SSN diventate una regola, un SSN in cui defianziamento e decapitalizzazione del lavoro professionale hanno portato a un clima organizzativo fatto di demansionamento e mobbing, fattori di frustrazione capaci di portare anche al suicidio. Fatti che si aggiungono tragicamente alle cronache in casi di violenza sui sanitari e che le statistiche riportano tra le donne medico con frequenza maggiore rispetto alla popolazione generale. Subiamo un sistema sanitario che si guarda bene dal predisporre ad accogliere il soprasso di genere, negando il riconoscimento, formale e sostanziale, di un lavoro sempre più gravoso e rischioso, in particolare per le mediche”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=120712

quotidianosanita.it

Medici. Un mestiere sempre più al femminile. Fnomceo: “Le donne sono il 53,5% dei professionisti in attività e l'onda rosa è destinata ad allargarsi nei prossimi dieci anni”

In occasione dell'8 marzo la Federazione ha elaborato alcuni dati da cui si evince anche come il fenomeno della femminilizzazione della professione medica è sicuramente destinato ad accentuarsi nei prossimi dieci anni, quando andranno in pensione gli iscritti che oggi hanno tra i 55 e i 69 anni, tra i quali i medici donna costituiscono il 57% del totale, e verranno sostituiti dalle fasce con percentuali femminili ancora maggiori.

07 MAR -

In Italia la medicina è donna: e l'onda rosa è destinata ad allargarsi nei prossimi dieci anni, per poi tendere, forse, a una situazione di maggior parità.

Lo dimostrano i dati elaborati, come è ormai tradizione in occasione dell'8 marzo, dal Ced della FNOMCeO, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri.

Guardando al complesso dei medici iscritti agli albi, 416.088 al 16 gennaio scorso, la parità sembra ancora lontana: e a prevalere sono gli uomini, che costituiscono il 53,5% del totale. Questo è però dovuto alla netta preponderanza dei dottori tra le generazioni con un'età anagrafica più alta: tra gli over 75, ad esempio, le donne medico sono solo il 16%, il 24% se consideriamo i medici con più di 70 anni.

Se invece analizziamo la platea dei 325.114 medici con meno di 70 anni, e quindi quasi sicuramente in attività, anche all'interno del Servizio sanitario nazionale, la situazione si ribalta: sono le donne, 171.645, ad essere il 53% del totale. E il trend è in crescita: solo un anno fa erano il 52%. La percentuale aumenta ancora, sino a una certa soglia, se abbassiamo il limite dell'età: le donne sono il 59% tra gli under 55 e sfiorano il 60% tra i medici con meno di 50 anni. Le donne medico sono poi la maggioranza schiacciante, il 63%, nella fascia di età tra i 40 e i 50 anni, il 64% se restringiamo il campo tra i 40 e 44: quasi due su tre, in un momento della vita in cui più pesanti sono i carichi di lavoro familiari e maggiore è la pressione lavorativa in un'ottica di avanzamento di carriera.

Scendendo ancora con l'età, il gap invece si restringe: tra i medici con meno di 40 anni, le donne scendono al 57,4%, rimanendo comunque la maggioranza anche nelle fasce più giovani. Tra i giovani medici, con meno di 30 anni, sono il 58%.

Il fenomeno della femminilizzazione della professione medica è sicuramente destinato ad accentuarsi nei prossimi dieci anni, quando andranno in pensione gli iscritti che oggi hanno tra i 55 e i 69 anni, tra i quali i medici donna costituiscono il 57% del totale, e verranno sostituiti dalle fasce con percentuali femminili ancora maggiori.

Diverso il discorso per gli Odontoiatri, che sono invece per la stragrande maggioranza uomini: il 71%, 45553 unità, contro 18881 professioniste. Se però guardiamo alle fasce più giovani, siamo in parità: tra i 25 e i 29 anni sono 1447 gli uomini, 1435 le donne.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

ISCRITTI PER FASCIA D'ETA' ALBO E GENERE							
FASCIA ETA'	MEDICI UOMINI	MEDICI DONNE	ODONTOIATRI UOMINI	ODONTOIATRI DONNE	DOPPI ISCRITTI UOMINI	DOPPI ISCRITTI DONNE	TOTALE FASCIA D'ETA'
MINORE UGUALE di 24	2	5	2	3	0	0	12
TRA i 25 e i 29	10.924	15.199	1.447	1.434	0	1	29.005
TRA i 30 e i 34	20.239	25.436	3.106	2.600	14	2	51.397
TRA i 35 e i 39	14.234	20.498	2.853	2.100	44	15	39.744
TRA i 40 e i 44	11.195	20.001	2.502	2.013	40	14	35.765
TRA i 45 e i 49	10.916	18.443	3.081	2.256	37	14	34.747
TRA i 50 e i 54	11.197	15.686	2.998	1.611	83	42	31.617
TRA i 55 e i 59	13.827	14.135	3.437	1.455	685	257	33.796
TRA i 60 e i 64	23.482	18.876	3.032	976	3.296	924	50.586
TRA i 65 e i 69	37.453	23.366	1.445	364	8.140	1.753	72.511
TRA i 70 e i 74	38.417	15.557	902	144	5.646	710	61.376
MAGGIORE UGUALE di 75	30.963	6.037	499	51	2.264	152	39.966
TOTALE GENERALE	222.849	193.239	25.304	14.997	20.249	3.884	480.522

TOTALE ALBO MEDICI 416.088
TOTALE ALBO ODONTOIATRI 64.434
TOTALE DOPPI ISCRITTI 24.133

“Nel nostro Servizio sanitario nazionale le colleghe sono ormai la maggioranza – commenta il Presidente della FNOMCeO, **Filippo Anelli** – soprattutto nelle fasce di età dove va costruita la carriera e aumentano le responsabilità professionali e quelle familiari. I modelli organizzativi, gli orari di lavoro devono sempre più tener conto di questa realtà, valorizzando le professioniste e i professionisti, prevedendo modelli organizzativi che permettano a donne e uomini di conciliare i tempi di lavoro con quelli della vita privata e della famiglia e che tengano in debito conto, non facendole pesare sugli organici già ridotti, le possibili assenze per maternità. Occorre, infine, investire sulla sicurezza. Il 12 marzo celebriamo la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari: occorrono politiche di prevenzione e di rafforzamento della sicurezza”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=120701



Prevenire la violenza di genere

Gruppo di lavoro “Parità di Genere in Sanità Pubblica”, Consulta degli Specializzandi della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

In occasione della giornata internazionale della donna, è importante sottolineare come la violenza di genere non nasca da raptus di gelosia o in casi eccezionali, ma come sia un fenomeno complesso, che affonda le radici nella società patriarcale, che si può prevenire e affrontare. Prevenire la violenza di genere è un problema di sanità pubblica.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto da tempo la violenza di genere come uno dei principali fattori di rischio di morte prematura per le donne, rappresentando un grave problema di sanità pubblica e una violazione dei diritti umani. La violenza di genere si definisce come la violenza che è diretta o colpisce in

modo sproporzionato una persona a causa del suo genere. Sebbene chiunque possa subire questo tipo di violenza, alcune categorie sono a maggior rischio, come le donne e persone gender-diverse.

Le Nazioni Unite definiscono la violenza contro le donne come “qualsiasi atto di violenza di genere che provochi, o possa provocare, danni o sofferenze fisiche, sessuali o mentali alle donne, comprese le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che avvenga in pubblico che nella vita privata” (articolo 1, dichiarazione Onu sull’eliminazione della violenza contro le donne). Essa può assumere diverse forme (fisica, sessuale e psicologica), **“ma tutte sono radicate nell’ingiustizia strutturale, cementata da millenni di patriarcato. Viviamo ancora in una cultura dominata dagli uomini che lascia le donne vulnerabili negando loro la parità di dignità e diritti”** come ha ricordato in occasione del 25 novembre il Segretario Generale delle Nazioni Unite, Antonio Guterres.

L’8 marzo è una data simbolo, in cui si celebra la Giornata internazionale della donna, ispirata alle attività dei movimenti delle lavoratrici e dei lavoratori agli inizi del Novecento in Nord America e in Europa. In questa occasione, vogliamo ricordare quanto la parità fra i generi sia ancora lontana, dal punto di vista sociale, economico e politico, in tutto il Mondo e anche nel nostro Paese, e quanto ancora siano troppo frequenti discriminazioni e violenze basate sul genere.

Situazione epidemiologica

Secondo i dati dell’OMS, nel mondo circa 1 donna su 3 (30%) è stata vittima di violenza fisica e/o sessuale nel corso della propria vita, stima che fotografa anche la nostra situazione nazionale.

In Italia, nel 2023 sono stati compiuti 120 femminicidi, più della metà per mano del partner o dell’ex partner. E nel 2024 il conto arriva già a 14 donne uccise in quanto donne. Anche la violenza psicologica ed economica è estremamente comune: più di 2 milioni hanno subito stalking (dati ISTAT 2014) e circa 3 donne su 10 non hanno un proprio conto corrente, ponendole in una condizione di dipendenza rispetto al partner (dati indagine Episteme 2017) che rende ancora più difficile uscire dalla situazione di violenza.

Non è solo una questione di genere, perché questo fattore si interseca con altri assi di oppressione. Il rischio di violenza è infatti aumentato nelle donne con disabilità, con uno status socioeconomico più basso, nelle donne più anziane, appartenenti a una minoranza e nelle donne transgender. La violenza di genere può avere importanti conseguenze a livello di salute: è infatti noto che le persone che subiscono violenza fisica e sessuale abbiano un maggiore rischio di sviluppare problematiche di salute mentale, salute sessuale e riproduttiva, oltre che di lesioni, ferite e patologie croniche (1). La violenza da parte di partner è stata associata anche a un minor peso alla nascita e a un rischio aumentato di parto pretermine.

Oltre alle ripercussioni in termini di salute per la donna coinvolta, la violenza di genere ha anche conseguenze di tipo economico e sociale.

L’EIGE (European Institute for Gender Equality) stima che in Italia ogni anno il costo economico della violenza di genere sia superiore ai 49 miliardi di euro (2). Questa stima include la spesa per cure sanitarie e servizi sociali, il sistema di giustizia, la perdita di produttività economica e l’impatto fisico ed emotivo, con conseguente riduzione della qualità della vita, in conseguenza della violenza.

Come prevenire la violenza di genere?

In un approccio di salute pubblica, il fenomeno della violenza di genere può essere prevenuto con azioni integrate a più livelli, che vanno ad interessare le condizioni sociali, culturali e politiche che ne sono alla base.

In Italia, tuttavia, la maggior parte dei fondi e dell’impegno istituzionale si concentra su misure punitive e sulla prevenzione terziaria: nel 2023, i fondi per la prevenzione primaria hanno rappresentato solo il 5,6% del totale di quelli stanziati per affrontare questo fenomeno.

La Convenzione di Istanbul del 2011, ratificata anche dall’Italia, dedica un intero capitolo al tema della prevenzione, a partire dai programmi scolastici che dovrebbero trattare temi quali la parità tra i generi, i ruoli di genere non stereotipati, il reciproco rispetto, il consenso, la soluzione non violenta dei conflitti nei rapporti interpersonali, la violenza contro le donne basata sul genere e il diritto all’integrità personale, adattando questi contenuti al livello cognitivo degli allievi e delle allieve (3). Anche se al centro di svariati dibattiti dentro e fuori dalle aule del governo, l’educazione in giovane età a un’affettività consapevole è considerata efficace nel prevenire la violenza di genere; i diversi tipi di intervento sperimentati partono da esercizi per cambiare la percezione degli stereotipi di genere, insegnamenti sul concetto di consenso e autonomia corporale, fino ad arrivare a interventi di empowerment e autodifesa.

Un sondaggio svolto da IPSOS e Save the children a gennaio di quest’anno tra ragazzi e ragazze tra i 14 e i 18 anni mostra quanto l’educazione nelle scuole sia necessaria: solo per citare alcuni dati, il 29% delle persone

intervistate è molto o abbastanza d'accordo con l'opinione che le ragazze possano contribuire a provocare una violenza sessuale con il loro modo di vestire e/o di comportarsi, e una percentuale simile (30%) pensa che in una relazione intima la gelosia sia un segno di amore. Stereotipi di genere e discriminazioni sono alla base della piramide della violenza che ha il suo apice nel femminicidio.

Un'altra forma di prevenzione prevede la formazione adeguata non solo degli operatori sanitari, ma auspicabilmente di tutte le figure professionali che possono entrare in contatto con chi ha vissuto atti di violenza di genere, al fine di individuare tale violenza, conoscere i bisogni e i diritti delle persone coinvolte, ed evitare la cosiddetta vittimizzazione secondaria.

Il recente rapporto ISTISAN 23/10 descrive esperienze di formazione degli operatori (in gran parte lavoratori del pronto soccorso) sperimentate sul territorio italiano, ponendo l'accento anche sulla costruzione di reti territoriali multidisciplinari e al collegamento coi Centri Anti Violenza (CAV) 4). Interventi di prevenzione "terziaria" danno, inoltre, la possibilità a uomini (nella maggior parte dei casi questo fenomeno riguarda il genere maschile) maltrattanti o violenti di fare un percorso che permetta loro di affrontare il problema e prevenire possibili recidive. Inoltre, il coinvolgimento attivo di tutti gli uomini e ragazzi sarebbe fondamentale nella prevenzione della violenza.

In scala più ampia, infine, la Convenzione di Istanbul considera essenziali per prevenire la violenza di genere tutte quelle azioni volte a sensibilizzare il grande pubblico sulle varie manifestazioni di tutte le forme di violenza di genere e sulla necessità di prevenirle, invitando il settore privato, quello dell'informazione e i mass media a partecipare alla definizione di linee guida e di norme di autoregolazione per prevenire la violenza contro le donne e rafforzare il rispetto della loro dignità.

Supporto alle vittime di violenza

Fornire un'assistenza centrata sulla persona è la base per sostenere coloro che sono sopravvissute alla violenza, perché dà priorità ai suoi bisogni e ai desideri, le dà il controllo delle decisioni e minimizza ulteriori danni e traumi causati a seguito dell'abuso (5).

Come già sottolineato, il personale sanitario svolge un ruolo importante nell'identificare, rispondere e sostenere le persone vittime di violenza di genere, poiché esse tendono a cercare assistenza sanitaria più frequentemente di quelle che non hanno subito abusi.

Per la persona in una condizione di violenza, sono fondamentali, dopo la comunicazione dell'abuso subito a un operatore sanitario, la connessione emotiva, il supporto pratico e l'autonomia per soddisfare le proprie esigenze individuali.

Da questo primo contatto si sviluppa un percorso di supporto alla donna che ha subito violenza, ed eventualmente ai figli minori, secondo linee guida riconosciute che prevedono l'accesso ad un percorso dedicato e non discriminante.

I servizi di sostegno previsti, in base alla normativa italiana e in linea con la Convenzione di Istanbul, vanno dalla consulenza e assistenza legale, al supporto psicologico, passando per l'offerta di alloggio, istruzione, assistenza sanitaria, servizi sociali, fino all'assistenza finanziaria (come il reddito di libertà per sostenere il suo percorso di autonomia) e nella ricerca di lavoro.

Inoltre, sono disponibili a livello nazionale linee di assistenza telefonica (il numero 1522) 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, che garantiscono l'anonimato, con la consulenza di esperti multilingue in grado di indirizzare verso le strutture pubbliche o private più adatte idonee per il caso specifico.

I CAV e le case rifugio sono il luogo centrale per il supporto alle persone che vivono una situazione di violenza di genere, che sia essa fisica, psicologica, sessuale, economica, stalking.

Sebbene il loro numero sia aumentato dal 2019 al 2022 (da 302 a 373), queste strutture rimangono sottofinanziate rispetto alle richieste.

L'accesso a questi servizi di accoglienza consente di ottenere un'immediata risposta di aiuto, di attivare un percorso individuale di empowerment, di fornire un supporto alla vulnerabilità relazionale per avviare un processo di cura, di superamento dei traumi e di rafforzamento dell'autostima.

Vengono, inoltre, fornite soluzioni per una vita futura indipendente e autonoma dal punto di vista personale, relazionale, economica e sociale e viene dato supporto nella rielaborazione della propria identità.

Il ruolo degli operatori e delle operatrici, e la loro formazione, è cruciale: una delle esperienze più dolorose per la persona che subisce violenza di genere è la minimizzazione del problema dell'evento, spesso anche da parte di familiari e amici, e al contempo, un processo di colpevolizzazione della donna.

Il sostegno nell'affrontare la fase successiva alla violenza permette di far uscire la donna dal circolo della violenza: vittimizzazione, sfiducia, rassegnazione, passività-silenzio, ri-vittimizzazione. Affinché le norme, che regolano i percorsi sanitari e quelli penali (cosiddetto "Codice Rosso") possano pienamente realizzarsi, è necessario investire nella formazione del personale sanitario, delle persone che operano nel privato sociale e delle forze dell'ordine.

Questa formazione dovrebbe comprendere fenomenologia, intercettazione, emersione, presa in carico, valutazione e gestione dei casi di violenza contro le donne e le persone che subiscono violenza di genere, inclusi quelli che riguardano persone migranti, rifugiate e richiedenti asilo. Se non si dà credito alle donne e non si mettono in atto pratiche strutturali, anche le semplici buone norme faticano a essere pienamente applicate.

La violenza di genere è un problema sistemico che deve essere affrontato con politiche integrate e attraverso la cooperazione fra organi e servizi a tutti i livelli, e non può che partire dalla prevenzione.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/03/prevenire-la-violenza-di-genere/>

quotidianosanita.it

Medici: serve un cambio di passo che prima di tutto è culturale

Ornella Mancin, Medico di famiglia

12 MAR -

Gentile direttore,

sto leggendo con interesse il nuovo pamphlet del prof. Cavicchi "Medici vs cittadini. Un conflitto da risolvere" e mi vorrei soffermare su due aspetti affrontati nella parte introduttiva che hanno stimolato la mia riflessione. Il primo riguarda l'idea di "regressività" dei medici sostenuta con enfasi dal professore e la seconda ha a che fare con la questione medica.

Sostiene Cavicchi che "i medici, nonostante i cittadini siano radicalmente cambiati vogliono restare quello che sono, si rifiutano di cambiare: per loro, a cambiare devono essere i malati. "I medici sono "regressivi" perché restano fermi mentre tutto cambia.

È indubbio che viviamo in un'epoca di incessanti cambiamenti dove le trasformazioni sono all'ordine del giorno oramai in tutti i campi. L'innovazione e il cambiamento sono i tratti imperativi della società moderna e rappresentano l'essenza di un mondo in costante crescita e sviluppo, dove l'adattamento e la trasformazione sono non solo necessari, ma vitali. In questo contesto poche categorie professionali sono state travolte dal cambiamento come il mondo medico: dall'informatizzazione, alla digitalizzazione, all'uso di sempre nuove tecnologie.

Chi ostacola il cambiamento non è il medico come professionista che nel suo lavoro non può assolutamente restare fermo mentre tutto cambia; chi semmai sta resistendo ai cambiamenti è chi governa la professione.

E questo ci porta al punto due: la questione medica.

Quando la Fnomceo accettò di affrontare la questione medica ricordo che per molti di noi si era aperta la speranza di un rinnovo profondo della professione, capace di ridefinire il ruolo del medico all'interno di una società in forte cambiamento. Ci era sembrata una ventata di novità, la possibilità davvero di imprimere una svolta e di svecchiare una professione ormai anacronistica rispetto ai tempi.

Sappiamo come è andata a finire. Ma di questo non può essere accusata l'intera classe medica. Dire che i rappresentanti dei medici come la FNOMCEO sono regressivi perché i medici che rappresentano sono regressivi lo trovo ingiusto. La FNOMCEO a cui Cavicchi giustamente rimprovera di avere sabotato la "questione medica" è frutto di una rappresentanza assai parziale della classe medica. Se chi va a votare agli ordini è una parte minima degli iscritti la rappresentanza è per forza di cose falsata anche se legittima. Una rappresentanza così costruita, quasi immutabile nel tempo ha poco interesse a cambiare mettendo a repentaglio benefit e privilegi ed è ovvio che si chiuda in un fortino a lottare come può per evitare di venire espugnata. La maggioranza dei medici non è colpevole di aver voluto affossare la questione medica semmai è colpevole di omissione, di mancata partecipazione e forse anche di stanchezza vista l'apparente impossibilità di cambiare le cose.

L'istituzione di una Commissione che valuti la possibilità di depenalizzare la colpa medica sembra il tentativo come dice giustamente Cavicchi di trovare soluzioni semplici a problemi complessi mantenendo immutato un ruolo di medico paternalista e benefattore oramai superato dai tempi. Nell'era dei diritti civili i cittadini hanno diritto di partecipare alle decisioni in merito alla loro salute.

Depenalizzare la colpa medica forse diventa anche una scappatoia politica per togliere dal campo quella "inadeguatezza del sistema sanitario" causa principale del conflitto. Se anche ognuno di noi lavora al meglio cercando di costruire un rapporto di fiducia con il paziente, cosa può contro un sistema sanitario cronicamente sotto finanziato, dove al Pronto Soccorso i malati sostano anche per giorni, dove i malati sono curati con i tempari, dove i medici scappano dal pubblico, dove la cura deve attenersi a standard di spesa, a procedure, a evidenze scientifiche impersonali e quindi fallaci, dove la necessità clinica è esasperata dalle disorganizzazioni, dalle inefficienze, dalle carenze."?

Affrontare la questione medica, ripensare la professione medica e i rapporti con i cittadini che non devono più essere considerati alla stregua di pazienti incapaci di interagire, chiede uno sforzo, una volontà di cambiamento, un cambio di passo che evidentemente è stato giudicato da chi governa la professione, troppo difficile, troppo destabilizzante, troppo rischioso per gli assetti da mantenere.

Meglio restare nell'alveo sicuro di una professione che mantiene ingessato il ruolo del medico e impone per legge ai cittadini di tornare a fare i pazienti come una volta".

E' probabile come scrive Cavicchi che con questi presupposti sarà difficile che la Commissione D'Ippolito ottenga dei risultati in termini di riduzione del conflitto perché i passi da fare sarebbero altri e vanno nella direzione della costruzione di una relazione fiduciaria che renda chiaro al cittadino che "in medicina vi è un grado di fallibilità che non dipende solo dal grado di diligenza e di perizia del medico, ma dipende anche dal grado di complessità sia della malattia che del malato" e al medico che i cittadini hanno il diritto di "essere protagonisti delle cure che li riguardano".

Serve un cambio di passo che prima di tutto è culturale.

In tutto questo la Fnomceo, abbandonando la questione medica, ha perso una grossa opportunità di governare il cambiamento e di essere artefice di una vera e propria rivoluzione culturale capace di ridare dignità alla professione medica e di mettere le basi di una nuova relazione di fiducia con la società civile.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120804

quotidianosanita.it

Nessun paese può dirsi democratico se non garantisce la salute ai propri cittadini

Enzo Bozza, Medico di base per i Comuni di Vodo e Borca di Cadore (BL)

12 MAR - Gentile Direttore,

quando vuoi passare una brutta serata e poi trascorrere la notte in preda agli incubi, basta seguire in TV una puntata di Report o Presa Diretta. Diventa molto difficile riconoscersi cittadini di una bella Repubblica Italiana dopo aver appreso da Ranucci, giornalista tanto coraggioso, quanto crudele, ogni piega della malversazione nazionale.

La mattina dopo, ti aspetti che tutto cambi e che tanti colpevoli vedano il sole a strisce. Questo non succede mai ed è frustrante, quasi come l'idea di tornare a votare. Il grande partito dei delusi non votanti è il vero vincitore delle elezioni, e la più grande sconfitta della Democrazia.

Dopo aver visto ieri, 11 marzo 2024, la trasmissione di Presa Diretta sullo sfacelo del Servizio Sanitario Pubblico, con i numeri impietosi di confronto tra alcune poche eccellenze ospedaliere come in Romagna e l'ecatombe sanitaria della Calabria, arriva l'incubo notturno che toglie il sonno e la speranza.

Ha un bel dire il Dott. Bertolaso volendo abolire la piaga privatistica dei gettonisti, ma la realtà è ben altro: i direttori generali delle aziende sanitarie possono solo scegliere se ricorrere ai mercenari della sanità o chiudere i reparti.

Questo per una realtà incontrovertibile: se lo Stato paga un medico ospedaliero strutturato meno di 4000 euro mensili e poi spende per un turno del gettonista più di mille euro, in che direzione possono andare i professionisti se non verso la privatizzazione?

Siamo perfettamente in accordo con l'idea che la professione medica sia una scelta innanzitutto etica, ma di questi tempi, sembra che la pecunia pesi di più. Mi pare quasi inevitabile, se nessuno conforta il medico pubblico con una bella pacca sulla spalla dicendogli: bravo e, per contro, lo Stato riempie le tasche del medico privato con una più concreta soddisfazione in denaro contante.

Meno Sapiens e più Oeconomicus, l'Homo è diventato così.

Il futuro del SSN è segnato, se ad oggi agonizzante per dieci anni di tagli alla spesa sanitaria con quasi 48 miliardi di euro in meno, cosa ne sarà del paziente con ulteriori tagli previsti fino al 2026?

E' come se al paziente in rianimazione si chiudesse l'ossigeno.

Ora, siccome questi dati sono sotto gli occhi di tutti e la prognosi del paziente è quasi scontata, le possibilità sono solo due: o il medico-Stato ha deciso che il SSN deve morire, per far posto ad una più comoda e conveniente sanità privata e liberare quanto prima il posto letto con un mesto e silenzioso funerale a carico dei contribuenti, oppure l'incompetenza, l'ignavia, l'ignoranza hanno reso talmente miope questo Stato da permettere lo sfacelo, non solo del principio di cura gratuito e universalistico sancito dalla Costituzione, ma anche il concetto stesso di Democrazia.

Nessun paese può dirsi democratico se non garantisce la salute ai propri cittadini, permettendo le cure solo a chi può pagarle di tasca propria. Si torna ai privilegi aristocratici della privatocrazia.

E non si dica con ipocrita prosopopea che il privato compensa e completa il servizio sanitario pubblico, perché in realtà il privato si nutre delle disfunzioni del SSN, anzi, se le augura.

Esattamente come gli avvoltoi.

Ogni giorno devo prescrivere, anzi trascrivere, gli esami e tutte le prestazioni diagnostiche richieste dal luminare privato consultato privatamente dal cittadino che poi viene dal medico di base per ottenere le prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico. Il privato incassa e il pubblico spende.

Come si può permettere che questo avvenga, se non con il benessere dello stesso Stato?

E' una strategia maligna, o colpevole stupidità? Lo chiediamo alla Meloni o a Ranucci?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120812



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**Terza Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle
Reti Tempo-dipendenti**

Rapporto 2023

25/03/2024

quotidianosanita.it

Quando il senso di appartenenza alla comunità vacilla

Claudia Zamin, Psicologo – Psicoterapeuta

Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

13 MAR -

Gentile direttore il [Libro Azzurro](#) docet: ogni territorio è unico, ha una sua soggettività, risorse e vincoli; per tali ragioni è importante precisare che quanto esposto di seguito è relativo all'esperienza e al punto di vista di una persona che vive e lavora in Regione Lombardia.

Mi sono chiesta più volte perché in questa regione, a differenza di altre o delle normative nazionali (si veda ad esempio la [pagina del Ministero della Salute](#)), si parli di [Casa di Comunità](#) e non Casa della Comunità; questa "apparente banale differenza" di preposizione in realtà va ben oltre un cavillo da Accademia della Crusca.

La casa è della comunità perché appartiene ad essa, in quanto dovrebbe essere pensata, creata, abitata, usata (nel senso più nobile del termine) insieme a coloro che risiedono in quel particolare territorio. Cittadini e operatori che co-costruiscono "comunità di pratiche" a partire da bisogni e risorse (materiali e non) in una logica proattiva eco-biopsicosociale.

Probabilmente in Lombardia potrebbero non esistere mai le Case della Comunità almeno per due ragioni. Pare esservi una sorta di "patto silenzioso" tra le istituzioni e i cittadini - primo aspetto - mentre il secondo riguarda l'espansione semantica della parola comunità.

Partiamo dal primo punto.

Le istituzioni, ponendosi come erogatrici di servizi, all'interno di una logica di "salute come profitto" con una gerarchia di potere - per cui "sappiamo noi" cosa è meglio - difficilmente rinunceranno all'autonomia regionale legata alla sanità e ai soldi da amministrare, dove la triste verità è che conviene avere un privato accreditato (o non) che investa sulla malattia e non sulla salute. La malattia riempie celermente le tasche, "assicura il potere" al contrario, una "comunità in salute" rappresenta un investimento a lungo termine, non immediato, e che richiede inevitabilmente un passaggio culturale da parte dei cittadini che, al pari delle istituzioni, ragionano abitualmente con premesse paradigmatiche di malattia e non di salute. Un approccio salutogenico implica dialogare con cittadini attivi, persone "empowered" e la health literacy mal si concilia con le gerarchie di potere.

Ecco che entra in gioco anche l'altro attore del patto silenzioso: il cittadino lombardo.

Se in età da lavoro, tendenzialmente ha poco tempo perché deve appunto "produrre", andare a giocare a padel, uscire a cena o fare l'happy hour. Tendenzialmente sta ancora bene e se proprio dovesse avere una necessità va in pronto soccorso (generalmente tachicardia da attacco di panico o stress "ma non si sa mai... facciamoci fare un ECG velocemente") o possiede una assicurazione privata. Invece, se è un cittadino in età da pensione è abituato a pensare che tanto, comunque vada, alla fine c'è il sistema che qualcosa farà, insomma una sorta di delega del cittadino e un condono: "sono diabetico ma la mia regione mi consente di fare tutti i controlli del caso" e c'è di più. Essendo una malattia cronica la normativa riconosce l'esenzione. Talvolta succede che sia sempre lo stesso cittadino che, appena può, evita la fattura con il libero professionista - chiunque sia (sanitari compresi) - perché le tasse le paga già con la pensione con cui magari aiuta anche il figlio disoccupato che a sua volta lavora in nero. Insomma, par vero anche al nord il detto siciliano «Futti futti, che Dio perdona a tutti».

Vediamo ora più da vicino alcuni aspetti sociologici e come questi si declinano nella semantica "comunità".

Molto sommariamente, e me ne scuso, i cittadini non attivi sul piano professionale rientrano nella cosiddetta generazione dei "baby boomers" (1946 - 1964) sovrapponendosi alla "generazione silenziosa" (1928 - 1945) mentre quelli attivi sul piano professionale rappresentano la "generazione X" (1965 - 1980) e "generazione Y" o millenials (1981 - 1996). In queste due generazioni la parola "comunità" sembra possedere ancora una sua ontologia storica di comunità intesa come legami di appartenenza, vuoi per pretendere dagli altri, "fregarli, usarli quando ti servono, se servono, vuoi per disinteressartene. In ogni caso, in queste generazioni si dà per scontato l'esistenza di un SSN universalistico per la comunità.

Sorge spontaneo chiedersi cosa accada nelle generazioni successive, dove incontriamo i giovani, la cosiddetta generazione Z (1997 - 2012), quella degli zoomers, post Millenials o i-Generation, quella dove i più grandi, oggi hanno circa 27 anni. Ha ancora senso parlare di comunità? Quale comunità?

Quella in cui negli anni '80 era riservata ai tossicodipendenti?

Oppure la comunità dei social? Perché oggi per i giovani le associazioni libere sulla parola comunità molto probabilmente vanno più in queste direzioni e meno verso il senso di appartenenza a legami sociali di natura reale.

Non è intenzione di chi scrive offrire giudizi di merito sul passato o sul futuro ma proporre solo un dibattito, una interrogazione collettiva sul termine comunità oggi. In altre parole, dovremmo chiederci quale sia il senso della parola comunità in una società molto complessa rispetto al passato, in un mondo post COVID dove ne “saremmo dovuti uscire migliori” e invece abbiamo due guerre dietro le porte.

Siamo in una realtà piena di relazioni virtuali e di tecnologie che ci hanno letteralmente salvato durante la pandemia: come saremmo psichicamente sopravvissuti senza le videochiamate e i social durante i lockdown?

Attualmente siamo pieni di “contatti” sui nostri vari dispositivi; eppure, pare che le persone si sentano molto più sole e che per trovare un fidanzato si debba passare attraverso “l’applicazione”.

I giovani giungono a elevati livelli di istruzione rispetto al passato (non è detto però che sappiano usare il congiuntivo, conoscano la storia e sviluppino un senso critico), parlano più lingue, sono generosi, sensibili ai temi ambientali; spesso sono interessati al prossimo ma non sanno bene come incontrarlo al di fuori dei social. Stare nel mondo on line della connessione sino a giungere al metaverso può farci correre il rischio di disaffezionarci dall’ABC delle relazioni reali.

Ecco la seconda ragione della fatica dell’affermazione delle Case della Comunità: oggi questo termine, la comunità, pare risultare quasi obsoleto così nell’accezione che ha avuto per le generazioni precedenti. Soffriamo della mancanza della relazione reale dell’homo sapiens sapiens con i suoi simili e del senso di appartenenza che ci porta a preoccuparci realmente per gli altri.

Per questo tra i giovani “la comunità” più facilmente si associa, alla comunità dei social e molto meno alla comunità reale delle persone. Quando si ha un problema reale/pratico non si sa a chi chiedere aiuto, ormai quasi neanche più al vicino di casa perché a Milano, spesso, non lo si conosce.

Forse, l’unica esperienza reale di comunità fondata su relazioni reali che la i-Generation potrebbe ancora fare è quella con la scuola: un ambito di possibilità per tutti al di là della religione, del sesso e delle provenienze geografiche.

Ma anche la scuola soffre e molto, non perché manchino bravi insegnanti o siano pagati poco (problemi certamente reali e non affrontati) ma perché pare venir meno il riconoscimento del valore di questo luogo dove un genitore, un tempo affidava i propri figli ad altri adulti con cui stringeva un patto: farsi insieme garanti della crescita dei ragazzi.

Purtroppo, i fatti di cronaca anche recenti raccontano di genitori che aggrediscono fisicamente e verbalmente i professori, autorizzando di conseguenza i figli a compiere altrettante gesta epiche. Anche uno dei pochi luoghi dove era possibile per tutti fare esperienza dell’appartenenza alla comunità non è più una certezza.

La mancanza di un senso di appartenenza alle altre persone reali, la condivisione dei bisogni, dei diritti e dei doveri che regolano il vivere civile hanno messo in crisi la parola comunità almeno così come l’hanno sperimentata le generazioni precedenti durante il ‘900. La conclusione di questo scritto potrebbe indirizzarsi verso una visione pessimistica del mondo e del genere umano come peraltro già proposto da alcuni letterati o figure importanti della storia.

Tuttavia, siamo nel periodo della complessità ed è importante ragionare in termini complessi, studiare i sistemi complessi, come ricorda sempre il fisico - premio Nobel - Giorgio Parisi.

Allora non si deve dimenticare che la natura dell’uomo è e rimane relazionale. Per quanto possano mutare nel corso dei secoli tante cose, esterne ed interne, l’essenza dell’uomo è la relazione: l’essere umano per vivere bene nelle città metropolitane contemporanee o sopravvivere nella giungla del passato dovrebbe riconoscere, anche a fatica, che è la relazione con l’altro - reale, defunto o virtuale che garantisce il suo stare nel mondo.

Oggi abbiamo “guadagnato” la possibilità del “virtuale”, teniamocela ben stretta senza pretesa di esclusività ma in armonia con le sue altre declinazioni. (altro reale/altro defunto); essa è un valore aggiunto all’interno della parola comunità, ne espande in senso positivo il suo significato, così come l’abbiamo sempre conosciuto.

Il cum – munus riguarda sia il mettere insieme, condividere qualcosa - in questa accezione si sottolinea quel “qualcosa con” - sia il munus, cioè il dono reciproco.

La comunità contiene nel suo significato il riferimento alla mancanza di qualcosa (e non all’avere) che dobbiamo agli altri e viceversa.

La comunità è fondata da ciascuno di noi in relazione all’altro, ciascuno per vivere deve riconoscere un pezzo che gli manca e che può trovare nell’altro.

Nella crescita di un bambino il primo luogo dove si impara a dire “noi” è la relazione con le figure significative all’interno dei legami familiari, poi con gli amici e la prima forma di comunità che si sperimenta è la scuola.

Forse dobbiamo rifondare un patto a partire da qui e non dobbiamo trascurarlo nel rifondare le Cure Primarie in un’ottica di Primary Health Care, ovvero ripensare “la cura” in un’ottica salutogenica che territorializza i servizi, li costruisce e li pensa insieme ai cittadini, così come il Libro Azzurro ci incoraggia, perché sì, è possibile farlo, non è utopia.

Affinché in Lombardia, ma forse anche in tante altre regioni, si possano costituire le Case della Comunità è necessario un cambio paradigmatico verso il concetto di salute e contestualmente la riappropriazione del senso di appartenenza ai legami reali, simbolici e virtuali che contraddistinguono l’essere umano. Credo che Gaber intendesse questo quando conclude nella “Canzone dell’appartenenza”: “sarei certo di poter cambiare la mia vita se potessi cominciare a dire noi”.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120830

quotidianosanita.it

Case della Comunità, una sfida ancora aperta

Luciano Pletti, Vicepresidente CARD Italia

Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Igiene e Tecnica Ospedaliera, Medicina Legale e delle assicurazioni

21 marzo 2024

Gentile Direttore,

condividendo il pensiero dalla Società scientifica CARD Italia di cui sono vicepresidente sento di esprimere alcune considerazioni stimulate dalla lettura del pregevole articolo della dott.ssa [Claudia Zamin dal titolo “Quando il senso di appartenenza alla comunità vacilla”](#).

L’autrice parte dal tema delle Case “di” comunità (e non “della” comunità, secondo l’accezione usata nel DM 77/2022) in corso di apertura in Lombardia, puntualizzando sulla difficoltà di riconoscere il senso di comunità in contesti urbanizzati, prevalenti in quella regione, che spiegherebbero la non casuale semplificazione della preposizione utilizzata.

Una scelta lessicale che apre la strada alla cessione al privato della gestione di queste strutture previste dal PNRR. Nel prosieguo del ragionamento però, tocca moltissimi altri aspetti concettualmente correlati, al di là dell’argomento introduttivo.

All’autrice va merito di affrontare un tema di cui si discute troppo poco: quello del “welfare community”, che mi ha richiamato alla memoria una lectio magistralis del prof. Giuseppe Marcon, dell’Università “Ca’ Foscari” di Venezia, nel 2014, in un convegno CARD FVG sul tema dell’esternalizzazione dei servizi pubblici.

In essa il Professore illustrava il passaggio dal “welfare state” (“sappiamo noi – Stato – cosa è meglio”) al welfare community, in cui la tutela della salute diventa interesse agito delle comunità (come da costituzione Italiana), attraverso l’espressione di orientamenti e di scelte, costituendo risorsa concreta per la correzione dei determinanti di salute.

Una prospettiva però poco confacente alle logiche neoliberistiche, ormai dominanti, ponendosi in contrapposizione ad un approccio mercantile dell’offerta sanitaria. Giuste, dunque, le osservazioni di Claudia Zamin sul concetto di malattia inteso come affare (business), in quanto fonte di bisogno e quindi di “prodotti” (farmaci, servizi, tecnologie) su cui si è sempre sviluppato un fiorente mercato.

A poco è valso l’impegno Oms, a partire dal 1978, a indicare la Salute come obiettivo degli Stati, intendendola in senso positivo (benessere) e non negativo (assenza di malattia).

Nei fatti non ci siamo allontanati dallo schema, perché la malattia è fonte di profitto, mentre la salute no (o in minima parte).

L’impostazione ideologica neoliberista, dilagata soprattutto dopo la “caduta del muro”, ha finito per influenzare le scelte di politica sanitaria, con l’avvento dell’aziendalizzazione dei servizi sanitari pubblici

(informati da modalità e prassi di “quasi mercato”), e l’adozione di criteri gestionali tipici del private for profit.

Quindi, ancora oggi, prevale la logica di “offerta” ai bisogni di un soggetto “consumatore”, il malato, e non quella della tutela della salute globale (la bellissima accezione “one health”, rischia di divenire un altro slogan vuoto).

Da tutto ciò l’impegno delle ASL a ridurre i costi di “produzione” (austerità, spending review, blocchi del turn over, ecc.) per raggiungere non certo un profitto, ma comunque il pareggio di bilancio (verrebbe da dire “whatever it takes” in quanto ad esiti).

Ne è derivata una inevitabile e costante restrizione di investimenti verso ciò che sarebbe stato più funzionale alla creazione di un sistema di welfare comunitario, fondato sull’integrazione sociosanitaria, sulla promozione della salute, con un sostegno prioritario ai servizi di prevenzione, all’assistenza domiciliare, ai presidi territoriali (Distretto), alla Primary Health Care, puntando convintamente al protagonismo degli Enti Locali, del Terzo Settore e delle risorse informali (famiglie, volontari, donne), lasciate sempre più sole, soprattutto per la gestione dei problemi di malattia di lungo termine e di non autosufficienza, in netta prevalenza nei problemi sanitari di tutta la popolazione.

Un altro importante accenno, nell’articolo, è relativo al cambiamento di percezione della “comunità” nelle generazioni che si sono succedute nel tempo, fino ad arrivare alla visione fortemente tecnologica (“social media”) che appartiene alle fasce d’età del nuovo millennio.

Dopo una flessione su toni pessimistici, l’autrice suggerisce la prospettiva in cui gli strumenti di comunicazione informatica costituiscano un “valore aggiunto all’interno della parola comunità”. Un valore identificativo e vitale per la specie homo sapiens sapiens, al di là delle pressioni di mercato e delle possibili derive artificiali/virtuali.

Su questo ultimo “lancio”, si intravede la necessità di ulteriori approfondimenti e scambi di idee, per far sì che le Case della Comunità, pur collocate in un ambito territoriale definito, siano polo di connessione polivalente, a disposizione di gruppi di cittadini attivamente coinvolti nella costruzione di legami di reciprocità (“cum-munus”) produttori di Salute. Una sfida che va raccolta.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121023

quotidianosanita.it

Costruire il senso di comunità

Fulvio Lonati

Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete – Salute a Km 0, aderente all’Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

27 MAR -

Gentile direttore,

curiosamente, come evidenziava Claudia Zamin nella sua lettera [Quando il senso di appartenenza alla comunità vacilla](#), in Lombardia è adottata la dizione Casa “DI” Comunità e non, come chiaramente indicato dal PNRR e dal DM 77, Casa “DELLA” Comunità. Va ricordato che non è nuova l’adozione di peculiarità lessicali ambrosiane per indicare i servizi sanitari lombardi: ad esempio, vennero coniate le denominazioni di PreSST, Presidio Socio Sanitario Territoriale, anziché Casa della Salute e di POT, Presidio Ospedaliero Territoriale, anziché Ospedale di Comunità. Quale sia la motivazione di queste originalità terminologiche non è chiaro: certamente non si favorisce la comprensione, né la possibilità di confronti coerenti; inoltre non risulta lineare l’adeguamento ai criteri di riferimento nazionali: se è un POT non è necessario adeguarsi ai criteri normativi nazionali perché non è un Ospedale di Comunità, benché sia simile.

Ma, perché una struttura territoriale di servizi per la salute dovrebbe chiamarsi casa e perché “DI” o “DELLA” comunità? La definizione introdotta dal PNRR di Casa della Comunità, andando a sviluppare e perfezionare la precedente definizione Casa della Salute, evoca chiaramente la necessità di un cambio di paradigma: da sanità a salute, da prestazione a prendersi cura, da accentramento a decentramento, da economia di scala a partecipazione. Un cambio di paradigma da maturare da un lato attraverso il percorso della territorializzazione dei servizi per la salute nelle comunità locali e, dall’altro lato, attraverso una nuova visione nell’immaginario collettivo. Su questo secondo aspetto vorrei fare un affondo avvalendomi e riproponendo, in sintesi, le analisi e le proposte esposte nel volume *Abitare la Prossimità*.

L'autore, Ezio Manzini, evidenzia che mentre le società pre-moderne erano necessariamente costruite sulla prossimità (nel borgo dovevi obbligatoriamente trovare tutte le risposte necessarie a soddisfare i bisogni fondamentali), nel secolo scorso, in nome dell'igiene e dell'efficienza, i nostri luoghi di vita sono stati organizzati per rendere possibile vivere senza essere vicini. Tale impostazione, accanto alle implicazioni ecologiche, sociali, culturali e politiche (pendolarismo, traffico, inquinamento, solitudine, malessere sociale, ...accentramento delle risposte in centri specializzati con lo sviluppo di "quartieri dormitorio") ha favorito l'isolamento dei singoli.

Oggi però le tecnologie e le capacità progettuali-organizzative di cui disponiamo possono e devono essere utilizzate per dare alle persone l'opportunità di vivere sane in prossimità. Una prossimità, densa, diversificata e, considerata l'attuale possibilità di mantenersi connessi online, ibrida. Una prossimità - quindi oggi possibile, ma da progettare- dove tutto ciò di cui si ha bisogno nella vita di tutti i giorni sia a pochi minuti a piedi: quindi meno traffico, meno CO2, meno stress, più tempo e opportunità; una società dove sia possibile-probabile che le persone si incontrino, inizino conversazioni, decidano di programmare qualcosa insieme. Prossimità come più empatia, più socialità, più integrazione sociale, più senso di vicinanza. E per la salute? Meno inquinamento e più servizi territorializzati.

In tal senso il lavoro di Manzini mostra esperienze già in atto -da imitare e diffondere- che producono senso della comunità.

Ad esempio, nell'area milanese, mostra progetti concreti realizzati a livello molecolare: un gruppo di cittadini che collaborano per prendersi cura del quartiere; una piazza davanti alla scuola trasformata in spazio pubblico a misura di bambino e la scuola aperta sul quartiere come centro di rigenerazione sociale urbana; l'organizzazione spontanea di colazioni di quartiere in strada; spazi di co-working in centri sociali di prossimità; un bar e un'edicola come portinerie sociali di quartiere-comunità; la biblioteca di quartiere come piattaforma per attività artistiche culturali; gli uffici municipali come chioschi multifunzionali per cittadini; gli sportelli dei servizi sociali come centri di nuove comunità di cura; i servizi pubblici collaborativi, in cui i cittadini non sono (solo) utenti ma (anche) attori partecipi e collaborativi. E ancora, rigenerazione del mercato rionale che diventa centro culturale, sede della radio di quartiere e luogo di attività distaccate dell'università.

A livello urbano Manzini riporta invece l'esempio delle Superilles di Barcellona: microaree a traffico limitato, dotate di tutti i servizi di base, dove le strade da infrastruttura per la mobilità diventano spazi pubblici, riconsegnate ai cittadini per diventare piattaforme di opportunità per diversi progetti.

E sull'impostazione urbanistica delle Superilles di Barcellona si innesta il progetto delle Superilles Sociali: team di circa 12 professionisti a tempo pieno che lavorano prendendosi cura dei 40-60 assistiti raggiungibili nell'arco di due o tre minuti a partire dalla base logistica, rendendo la presa in cura il più possibile personalizzata, flessibile, contestualizzata. Non solo: sulla base dell'esperienza delle Superilles Sociali è stato delineato un altro più ambizioso programma denominato Superilles Integrali: l'idea è di estendere l'approccio territoriale dei servizi domiciliari a tutti i servizi attinenti alla vita dei cittadini ed articolarlo in tre ulteriori direzioni: promuovere e sostenere la costruzione di comunità locali; operare sugli spazi pubblici per realizzare una città amichevole per tutti (in particolare per bambini e anziani); trasformare-integrare le abitazioni esistenti in modo da renderle adatte alla nuova struttura demografica e ai nuovi bisogni della città. A ciò si aggiungono altre due linee d'azione: quella dell'ecologia della città con le Superilles che diventano anche unità ecologiche, su cui costruire una città sostenibile resiliente, e quella della democrazia, con Superilles, e le comunità che in esse vivono, come agenti di una rinnovata democrazia partecipativa.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121192

Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, il Veneto si prepara a formare la sua ‘squadra’

Petrangolini (ALTEMS): “Il Veneto non è la prima Regione a promuovere un modello di ‘Sanità Partecipata’. Nel Lazio e in Campania è già attivo. Ma al Veneto va riconosciuto il merito di aver promosso un modello ‘moderno’, offrendo a tutte le associazioni la possibilità di manifestare la propria volontà di entrare a far parte dell’Assemblea”

Isabella Faggiano

In Regione Veneto sarà istituita l’**Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti**. Tutte le organizzazioni dei cittadini e dei pazienti che ne vogliono far parte possono presentare una domanda apposita, tramite il proprio legale rappresentante. I dettagli di partecipazione sono consultabili sul sito della Regione alla [sezione dedicata](#). “Il Veneto non è la prima Regione a promuovere un modello di ‘Sanità Partecipata’.

Nel Lazio è già attivo da oltre tre anni e mezzo ed anche in Campania organizzazioni dei cittadini e dei pazienti prendono parte alle decisioni regionali in tema di Sanità Pubblica – commenta **Teresa Petrangolini**, Direttore Patient Advocacy Lab di ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore, in un’intervista **Sanità Informazione** -.

Ma al Veneto va sicuramente riconosciuto il merito di aver promosso un modello di ‘Sanità Partecipata’ dall’impostazione decisamente moderna, offrendo a tutte le associazioni la possibilità di manifestare la propria volontà di entrare a far parte dell’Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti”, aggiunge il Direttore Petrangolini. Nessuna decisione o imposizione dall’alto, dunque. Tutti coloro che rispondono ai requisiti elencati nel bando possono presentare la propria domanda entro i tempi e le modalità richieste.

Cos’è la ‘Sanità Partecipata’

La Regione Veneto promuove la cultura della partecipazione attiva dei cittadini ai propri processi decisionali in ambito sanitario e socio sanitario attraverso l’istituzione di un modello regionale di ascolto e di coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti impegnate su tematiche sanitarie e socio sanitarie appartenenti agli Enti del Terzo Settore (D.Lgs. n. 117/2017).

L’Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, come si legge nell’avviso pubblico diffuso dalla stessa Regione, è stata istituita allo scopo di consentire una partecipazione istituzionalizzata di tali organizzazioni – di cittadini e pazienti – su tematiche sanitarie e socio sanitarie nell’ambito regionale.

“Permettere a cittadini e pazienti di prendere parte alle decisioni in merito all’istituzione di **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali** (PDTA) o ad altri servizi di sanità pubblica – continua Petrangolini – ha un grande valore aggiunto. Anzi, più di uno. Ascoltare cittadini e pazienti significa poter offrire un’assistenza maggiormente aderente alle loro esigenze. Poi, dialogare con le associazioni può aumentare l’efficienza e far diminuire gli sprechi: cittadini e pazienti sanno cosa è realmente necessario e ciò che è superfluo. Ancora, le Istituzioni hanno a disposizione interlocutori privi di qualsiasi interesse di parte”.

Le funzioni dell’Assemblea veneta

L’Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti veneta avrà il compito di elaborare contributi in merito a tematiche, provvedimenti, programmi o attività per le quali la Cabina di Regia della Sanità Partecipata della Regione ritiene utile acquisire proposte, pareri, osservazioni delle organizzazioni stesse.

Ancora, sarà chiamata a confrontarsi istanze, tematiche o attività finalizzate al miglioramento del S.S.R che possono emergere dalle singole organizzazioni e che possono essere proposte alla Cabina di Regia.

Dovrà provvedere all’**elezione dei propri rappresentanti** che entreranno a far parte della Cabina di Regia e all’identificazione dei rappresentanti chiamati a far parte dei tavoli tematici di programmazione delle diverse Direzioni dell’Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

“Siamo molto orgogliosi del lavoro condotto dalla Regione Veneto per istituire l’Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, poiché nel corso degli ultimi due anni il Patient Advocacy Lab di ALTEMS ha lavorato al fianco del governo regionale, sostenendolo e guidandolo lungo il percorso di realizzazione della ‘Sanità Partecipata’. Così come, costantemente, attraverso specifici laboratori – conclude il Direttore Petrangolini – il Patient Advocacy Lab di ALTEMS sostiene altre Regioni, enti locali e Istituzioni al fine di perseguire lo stesso obiettivo”.

Cinque i requisiti necessari per presentare la domanda:

1. essere iscritte al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (R.U.N.T.S.), ai sensi del D.Lgs. n. 117/2017 e della relativa normativa di attuazione;
2. essere operative nel territorio della Regione del Veneto;
3. avere un numero minimo di associati pari a dieci;
4. svolgere le attività di cui alla lett. b), interventi e prestazioni sanitarie, o lett. c), prestazioni socio-sanitarie di cui al D.P.C.M. del 14/2/2001, dell'art. 5, c. 1, del D.Lgs. n. 117/2017, come previsto dallo statuto e come dichiarato nell'istanza di iscrizione al R.U.N.T.S. quali attività effettivamente esercitate;
5. non avere, tra i componenti degli organi direttivi, personale dipendente di Aziende ed Enti del S.S.R. della Regione del Veneto.

Gli enti ammessi a far parte dell'Assemblea e i relativi rappresentanti saranno resi noti, successivamente alla scadenza della presentazione delle domande, mediante pubblicazione nel sito istituzionale di Azienda Zero. Eventuali esclusioni saranno comunicate tramite p.e.c. o raccomandata con avviso di ricevimento esclusivamente all'ente interessato o al relativo rappresentante legale.

https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/assemblea-permanente-delle-organizzazioni-dei-cittadini-e-dei-pazienti-il-veneto-si-prepara-a-formare-la-sua-squadra/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGRUq0bU7ajaL4GZoabHIJeduvqYyv1ddcay4RLh9idMya0G9dqhErDRK0SqCp-6TD6Cbwi5K1Xstu0hY0U2BL1NpYeL1SLhNjFAS91WDMV

quotidiano**sanita.it**

Case di Comunità, una proposta metodologica per il calcolo del fabbisogno di risorse umane

Isabella Mastrobuono, Direttore assistenza sanitaria di base, direttore assistenza territoriale e cronicità (Azienda dell'Alto Adige), referente unico di parte del PNRR Provincia Autonoma di Bolzano

Dario Stefanoni, Senior Consultant presso Matt & Partner - Bolzano

Andreas Federspieler, Senior Consultant presso Matt & Partner - Bolzano

Michele Goia, Analysis Consultant NTT Data Italia

Sono diffusi i timori che le Case della Comunità ed in generale le strutture del PNRR saranno "scatole vuote" perché non vi è sufficiente personale. La metodologia presentata in questo articolo vuole offrire un esempio di valutazione del fabbisogno di personale che nasce da due considerazioni: quali prestazioni si debbano garantire per quali e quanti pazienti cronici; da quale e quanto personale possono essere svolte

27 MAR - Lo sviluppo delle Case della Comunità, come previsto dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale n. 77/2022, rappresenta un'opportunità da non perdere per il rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Tali strutture diverranno un punto di accesso polivalente nel territorio, facilmente raggiungibile dal cittadino, dove si potrà sperimentare la coesistenza delle seguenti funzioni in un contesto di multidisciplinarietà e forte integrazione:

- Assistenza primaria
- Prevenzione e promozione alla salute
- Gestione delle cronicità e delle fragilità
- Erogazione di servizi sanitari territoriali

Benché nel DM 77/2022 vengano specificate le caratteristiche strutturali e funzionali delle due tipologie di Case della Comunità (Hub e Spoke) e lo standard di personale infermieristico e di supporto che dovrà trovarvi collocazione nelle prime (7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto sociosanitario-amministrativo), non viene fornita invece alcuna indicazione in merito alla numerosità ed alle caratteristiche delle risorse che vi troveranno impiego, in particolare per la gestione dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti cronici.

Nell' articolo di Organizzazione sanitaria 1/2024, gli Autori propongono una metodologia analitica e strutturata per la quantificazione dell'impegno delle risorse umane da allocare, limitatamente ai PDTA, nelle Case della Comunità, che sia flessibile e facilmente implementabile e che possa essere di supporto al Management Sanitario nella fase di programmazione e di razionalizzazione delle risorse già disponibili o da acquisire ex-novo.

La popolazione residente nella provincia autonoma di Bolzano conta 534.147 persone distribuite in 4 comprensori (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico), da assimilare al concetto di distretto del resto del Paese.

Poco meno della metà della popolazione risiede nel Comprensorio di Bolzano (44,3%), un quarto circa in quello di Merano (26%) ed un sesto nei rimanenti due (rispettivamente il 14,7% nel Comprensorio di Bressanone ed il 15,1% in quello di Brunico).

I comprensori sono poi articolati in 20 sub-articolazioni sedi di servizi e prestazioni sanitarie e sociali, caratterizzati da molte differenze per dimensione ed offerta: alcuni ospitano veri e propri poliambulatori (dove sono sviluppate attività specialistiche), altri invece sono principalmente dedicati ad attività amministrativa.

Ad essi afferiscono inoltre bacini di utenza significativamente differenti, principalmente a causa del quadro orografico del territorio (valli difficilmente raggiungibili e connessioni non agevoli con le aree urbane)

Il PNRR prevede per la provincia il finanziamento di 10 Case della Comunità (anche se teoricamente ne sono attivabili 21), 5 centrali operative territoriali e 3 ospedali di comunità e la Provincia ha recepito ed adattato i contenuti del DM nr. 77, compatibilmente con il proprio Statuto di Autonomia, nel rispetto delle proprie peculiarità demografiche e territoriali, con la Deliberazione della Giunta Provinciale nr. 907/2022.

È proprio in tale dispositivo normativo che vengono definite, tra l'altro, le strategie di implementazione delle nuove linee di indirizzo dell'assistenza territoriale. In base ad esse, gli interventi volti alla gestione delle cronicità verranno in primis concentrati su 33.121 pazienti cronici over 65 (su oltre 161.000 pazienti cronici totali), affetti da una o più delle seguenti 4 patologie:

- Scompenso cardiaco
- Diabete mellito tipo 2
- Bpco
- Artrite reumatoide

per le quali è stato adottato ed è in fase di sperimentazione il rispettivo PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) a livello provinciale.

La scelta di orientare la presa in carico di tali pazienti è stata basata su alcune considerazioni strategiche che di seguito si elencano:

- La PA di Bolzano non ha mai attivato Case della Salute né Case della Comunità nel tempo; ben 5 delle 10 programmate sono costruzioni ex novo;
- I medici di medicina generale sono stati coinvolti nella predisposizione dei 4 PDTA prescelti e già prima della pandemia Covid-19 avevano preso in carico pazienti diabetici e pazienti con BPCO richiamandoli per una presa in carico condivisa;
- L'apertura al 2026 delle Case della Comunità (alcune già in fase di costruzione) richiede un approccio pragmatico limitato inizialmente all'esperienza dei PDTA esistenti.

Per la quantificazione del fabbisogno dei fattori produttivi da investire nelle Casa della Comunità, la proposta metodologica formulata prevede la valutazione preliminare dei seguenti aspetti:

1. Numerosità e dislocazione territoriale delle strutture da attivare,
2. Entità dei bacini di utenza serviti dalle singole strutture,
3. Conseguenti carichi di lavoro previsti per le singole case della comunità, in relazione all'epidemiologia delle patologie oggetto dell'analisi e la loro distribuzione geografica,
4. Professionalità coinvolte, prestazioni da erogare e loro frequenza, in funzione dei setting assistenziali previsti nei singoli pdta attivati.

1. Nella PAB verranno attivate inizialmente 10 Case della Comunità, così distribuite nel territorio:

- Bolzano (hub)
- Laives

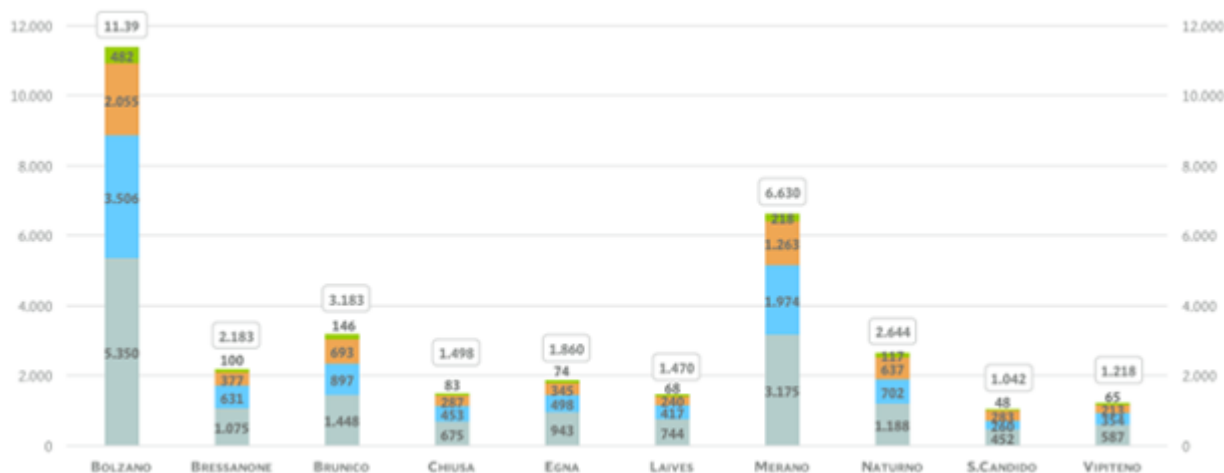
- Egna (hub)
- Merano (hub)
- Naturno-Bressanone (hub)
- Chiusa
- Vipiteno
- Brunico (hub)
- San Candido

Potendo implementare fino ad un massimo di 21 strutture di tale tipo, nel prossimo futuro, verranno certamente attivate nuove Case della Comunità, non necessariamente costruendole ex-novo o identificando nuove sedi, ma realizzandole più semplicemente sfruttando l'attuale organizzazione del territorio basata sulle articolazioni dei comprensori e facendo coesistere e coincidere in modalità organizzata tutte le attività necessarie all'espletamento dei servizi richiesti. L'approccio metodologico descritto potrà essere adottato anche in queste circostanze al fine di un dimensionamento realistico delle risorse umane complessivamente necessarie.

2. Per l'identificazione dei bacini di utenza, ovvero dei comuni che saranno associati singolarmente ad ogni casa della comunità è stato applicato il criterio della distanza km-etrica più conveniente. Allo scopo è stata utilizzata la matrice delle distanze per la Regione Trentino-Alto Adige, riferita all'anno 2021, [elaborata da ISTAT](#). Con il supporto di questo file, dopo aver identificato i comuni sedi delle future Case delle Comunità, è stato possibile rilevare, per ciascuno di essi, il set di località logisticamente più vicino (20-40 KM)

3. Per ogni singolo comune sono stati riportati i dati ASTAT relativi alla popolazione totale, ai soggetti over 65 e con l'ausilio dei dati dell'Osservatorio della Salute della PAB (anno 2019) sono stati rilevati i pazienti cronici over 65 afferenti alle 4 patologie oggetto di PDTA a livello di Comprensorio Sanitario (per il dettaglio analitico dei dati si rimanda all'appendice della pubblicazione).

La determinazione della numerosità di pazienti per ogni singolo comune e la successiva riconduzione delle cifre ottenute ad ogni Casa della Comunità (utilizzando la mappatura di cui al precedente paragrafo) ha permesso la determinazione del numero di assistibili per struttura e la successiva suddivisione per patologia cronica trattata (vedasi tabella seguente).



4. Per una valutazione realistica dei fabbisogni di risorse umane richiesti in ogni struttura, si è resa necessaria un'analisi dettagliata dei contenuti dei PDTA attivati al fine di identificare:

- le eventuali coorti di pazienti previste per la gestione dei livelli di gravità,
- la tipologia di professionalità da coinvolgere nel processo di cura,
- il set di prestazioni che ciascuna di esse dovrà erogare e le frequenze alle quali tali servizi dovranno essere effettuati, a loro volta funzione della stratificazione di cui al punto a.

Da ogni PDTA sono state estratte precise classi di pazienti, determinanti per la successiva identificazione delle attività da erogare e della relativa frequenza. È quindi seguita la valutazione della distribuzione (percentuale) dei pazienti cronici all'interno di esse, utilizzando, laddove possibile,

- i registri nazionali redatti da enti/organismi scientifici riconosciuti,
- le informazioni pubblicate nella letteratura sanitaria,
- la statistica disponibile in PAB .

I risultati sono rappresentati nella tabella seguente.

Casa della Comunità	DM2o65				BPCO o65			Scempenso o65			Artrite o65	Totali
	P1	P2	P3	P4	Gruppo A	Gruppo B	Gruppo E	NYHA I-II	NYHA III	NYHA IV		
Bolzano	2.996	1.819	482	54	1.175	1.175	1.157	1.438	514	103	482	11.393
Bressanone	602	366	97	11	211	211	208	264	94	19	100	2.183
Brunico	811	492	130	14	300	300	296	485	173	35	146	3.183
Chiusa	378	230	61	7	152	152	149	201	72	14	83	1.498
Egna	528	321	85	9	167	167	164	241	86	17	74	1.860
Laives	417	253	67	7	140	140	138	168	60	12	68	1.470
Merano	1.778	1.079	286	32	661	661	651	884	316	63	218	6.630
Naturno	665	404	107	12	235	235	232	446	159	32	117	2.644
S.Candido	253	154	41	5	87	87	86	198	71	14	48	1.042
Vipiteno	329	200	53	6	119	119	117	149	53	11	65	1.218
												33.121

A questo punto, dai PDTA sono state estrapolate le figure professionali prevalentemente impegnate:

PROFESSIONISTI SANITARI	
- cardiologo	- oculista
- pneumologo	- internista/chirurgo vasc.
- Fisiatra	- reumatologo
- diabetologo	- MMG
- Infermiere	- dietista
- fisioterapista	

Sono state, quindi, identificate le prestazioni erogate dalle figure individuate, attribuendo a ciascuna di esse:

1. Una tipologia (differenziando, ai fini del computo finale, i contributi da erogarsi puntualmente sul paziente – es. Visita cardiologica - da quelli definiti a “forfait”, di natura prettamente organizzativo-burocratica, non destinati o non rilevabili per singolo soggetto – es. Elaborazione piani terapeutici o partecipazioni alle riunioni del servizio)
2. Una durata media (da esprimersi in minuti per singolo accesso o minuti per mese a seconda che la prestazione sia puntuale o forfettaria)
3. Limitatamente alle prestazioni di tipo medico, la necessità di supporto infermieristico, valorizzandone il relativo contributo (espresso in minuti).

Vista la crucialità dell'informazione del punto 2. si è ritenuto opportuno impostare, per le prestazioni specialistiche puntuali, tempistiche coerenti con le indicazioni aziendali (durate standard di prenotazione del Centro Unico di Prenotazione Provinciale - CUPP). Queste impostazioni, così come tutti gli altri parametri e gli output del modello costruito, hanno comunque subito un processo di validazione finale con gli specialisti che avevano concorso alla stesura dei percorsi, per testarne l'attendibilità e la plausibilità.

Dalla considerazione di tutte le sopracitate variabili (professionisti, monte ore, tipo di prestazioni erogate, durata puntuale o forfettaria, numero degli accessi previsto per paziente e coorte, percentuale di applicazione) è stato quindi possibile dimensionare il fabbisogno delle risorse umane, apprezzandone il dettaglio sia per patologia che per Casa della Comunità.

In sintesi per le 10 case della comunità, l'attivazione dei 4 PDTA relativi ad oltre 33.000 pazienti richiede il seguente fabbisogno di personale:

CARDIOLOGO							
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE
Bolzano			3.214		180	4.953	2,6
Bressanone			589		180	1.082	0,6
Brunico			1.084		180	1.485	0,9
Chiusa			449		180	826	0,4
Egna			539		180	994	0,5
Laives			376		180	773	0,4
Merano			1.974		180	3.081	1,6
Naturno			956		180	1.523	0,8
S.Candido			442		180	754	0,4
Vipiteno			333		180	484	0,2
							8,7

PNEUMOLOGO								
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE	
Bolzano			2.343			180	2.523	1,3
Bressanone			422			180	402	0,3
Brunico			599			180	779	0,4
Chiusa			305			180	483	0,3
Egna			333			180	513	0,3
Laives			279			180	459	0,2
Merano			1.319			180	1.499	0,8
Naturno			469			180	649	0,3
S.Candido			174			180	354	0,2
Vipiteno			236			180	416	0,2
							4,4	

DIABETOLOGO							
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE
Bolzano	2.662				180	2.842	1,5
Bressanone	535				180	715	0,4
Brunico	720				180	900	0,5
Chiusa	336				180	516	0,3
Egna	449				180	649	0,3
Laives	370				180	550	0,3
Merano	1.980				180	3.240	1,9
Naturno	595				180	775	0,4
S.Candido	225				180	405	0,2
Vipiteno	292				180	472	0,3
							5,1

REUMATOLOGO								
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE	
Bolzano					553	180	733	0,4
Bressanone					134	180	314	0,2
Brunico					167	180	347	0,2
Chiusa					95	180	275	0,1
Egna					78	180	254	0,1
Laives					78	180	258	0,1
Merano					705	180	885	0,5
Naturno					133	180	313	0,2
S.Candido					55	180	235	0,1
Vipiteno					74	180	254	0,1
							1,8	

OCULISTA							
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE
Bolzano	1.402	0	0	0	0	1.402	0,7
Bressanone	282	0	0	0	0	282	0,1
Brunico	379	0	0	0	0	379	0,2
Chiusa	177	0	0	0	0	177	0,1
Egna	247	0	0	0	0	247	0,1
Laives	195	0	0	0	0	195	0,1
Merano	832	0	0	0	0	832	0,4
Naturno	311	0	0	0	0	311	0,2
S.Candido	139	0	0	0	0	139	0,1
Vipiteno	154	0	0	0	0	154	0,1
							2,2

FISIATRA								
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE	
Bolzano					628		628	0,3
Bressanone					135		135	0,1
Brunico					212		212	0,1
Chiusa					88		88	0,0
Egna					105		105	0,1
Laives					74		74	0,0
Merano					386		386	0,2
Naturno					195		195	0,1
S.Candido					86		86	0,0
Vipiteno					65		65	0,0
							1,0	

INTERNISTA/CHIRURGO VASCOLARE							
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE
Bolzano	478	0	0	0	0	478	0,3
Bressanone	96	0	0	0	0	96	0,1
Brunico	129	0	0	0	0	129	0,1
Chiusa	60	0	0	0	0	60	0,0
Egna	84	0	0	0	0	84	0,0
Laives	67	0	0	0	0	67	0,0
Merano	284	0	0	0	0	284	0,2
Naturno	106	0	0	0	0	106	0,1
S.Candido	40	0	0	0	0	40	0,0
Vipiteno	52	0	0	0	0	52	0,0
							0,7

MMG							
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE
Bolzano	4.475	1.153	2.410	84	0	8.321	4,6
Bressanone	899	208	478	17	0	1.402	0,9
Brunico	1.211	295	880	25	0	2.411	1,3
Chiusa	565	149	365	14	0	1.093	0,6
Egna	789	164	438	13	0	1.403	0,8
Laives	625	137	305	12	0	1.077	0,6
Merano	2.655	649	1.605	38	0	4.947	2,7
Naturno	994	231	809	20	0	2.054	1,1
S.Candido	378	85	399	8	0	871	0,5
Vipiteno	495	136	271	13	0	899	0,5
							13,5

INFERMIERI							
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE
Bolzano	11.135	4.039	3.790	705	120	19.788	13,4
Bressanone	2.237	727	695	146	120	3.925	2,7
Brunico	3.033	1.033	1.277	213	120	5.677	3,9
Chiusa	1.405	522	529	121	120	2.698	1,9
Egna	1.963	573	636	108	120	3.400	2,3
Laives	1.549	483	444	99	120	2.692	1,8
Merano	6.607	2.273	2.330	339	120	11.649	7,9
Naturno	2.472	809	1.175	170	120	4.746	3,2
S.Candido	941	299	521	70	120	1.952	1,3
Vipiteno	1.221	408	398	95	120	2.336	1,5
							39,7

FISIOTERAPISTI							
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE
Bolzano	0	4.111	7.429	5.654	0	17.394	11,8
Bressanone	0	740	1.398	1.174	0	3.313	2,2
Brunico	0	1.062	2.172	1.712	0	5.313	3,6
Chiusa	0	531	1.066	971	0	2.568	1,7
Egna	0	584	1.280	866	0	2.730	1,8
Laives	0	489	893	796	0	2.178	1,5
Merano	0	2.314	4.691	2.559	0	9.564	6,5
Naturno	0	823	2.365	1.368	0	4.556	3,1
S.Candido	0	304	1.049	562	0	1.916	1,3
Vipiteno	0	415	791	758	0	1.964	1,3
							34,8

DIETISTI							
Casa della Comunità	ans./anno a DM2	ans./anno a IP/CCO	ans./anno a Scempienza	ans./anno a Anziane	ans./anno fu/flat	n. ris./an.no (totali)	FTE
Bolzano	1.506	501	279	138	0	2.425	1,6
Bressanone	305	90	51	29	0	475	0,3
Brunico	408	138	94	42	0	682	0,5
Chiusa	190	65	39	24	0	318	0,2
Egna	265	71	47	21	0	405	0,3
Laives	230	60	33	19	0	322	0,2
Merano	894	282	172	62	0	1.410	1,0
Naturno	334	100	87	33	0	555	0,4
S.Candido	127	37	38	14	0	217	0,1
Vipiteno	165	51	29	18	0	263	0,2
							4,8

La metodologia presentata per una valutazione delle risorse necessarie alla presa in carico appropriata di oltre 33.000 pazienti cronici nelle 10 Case della Comunità previste dal PNRR rappresenta uno strumento utile per la definizione dell'entità delle eventuali nuove acquisizioni in termini di risorse umane da impegnare sul territorio. Appare fondamentale sottolineare che molte delle prestazioni previste nei 4 PDTA sono oggi svolte negli ambulatori ospedalieri oppure in ambulatori pubblici territoriali e privati accreditati. Se dagli ospedali tali prestazioni usciranno sul territorio è possibile che seguiranno anche alcune figure professionali non più impegnate a lavorare negli ambulatori ospedalieri. Si pensi alle figure professionali più anziane non più impegnate nei turni di guardia o nelle attività notturne.

Sarà possibile in questo modo quantificare gli spostamenti di risorse umane tra ospedale e

territorio.

Non si è fatta menzione in questo articolo al contemporaneo risultato che è stato ottenuto da 4 gruppi di lavoro nei 4 comprensori che hanno “setacciato” tutti i servizi territoriali ad oggi esistenti sul territorio provinciale, rappresentando gli orari di apertura, il personale coinvolto, la produzione di prestazioni. Molti di questi servizi troveranno sede definitiva ed ordinata nelle Case della Comunità dove saranno concentrate anche alcune strumentazioni ed ovviamente sarà trasferito anche il personale medico ed infermieristico.

Di grande importanza, poi, la possibilità del coinvolgimento del privato accreditato che sarà chiamato a garantire le prestazioni dei PDTA nei volumi richiesti da accordi specifici con le Case della Comunità. La metodologia adottata può rappresentare lo strumento utilizzabile per il dimensionamento dei fabbisogni di personale in caso di estensione dei pazienti raggiungibili (es. cronici sotto i 65 anni non cronici), di applicazione di nuovi PDTA e di attivazione di nuove Case della Comunità.

Troppo spesso sono diffusi a livello nazionale i timori che le Case della Comunità ed in generale le strutture del PNRR saranno “scatole vuote” perché non vi è sufficiente personale. La metodologia presentata in questo articolo vuole offrire un esempio di valutazione del fabbisogno di personale che nasce da due considerazioni a nostro avviso fondamentali: quali prestazioni si debbano garantire per quali e quanti pazienti cronici, da quale e quanto personale possono essere svolte, dove si trova il personale ad oggi impegnato in attività territoriali (comprese quelle svolte negli ambulatori ospedalieri) e come può essere riorganizzato.

27 marzo 2024

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121200

quotidianosanita.it

Medici di famiglia in via d'estinzione? Gimbe: “Ne mancano oltre 3.100. Entro il 2026 oltre 11.400 pensionamenti e nelle regioni del Sud le nuove leve non basteranno a rimpiazzarli”

Il 47,7% dei medici supera il limite di 1.500 assistiti: in forte crisi accessibilità e qualità dell'assistenza. Cartabellotta: “L'allarme sulla carenza dei MMG oggi riguarda tutte le Regioni ed è frutto di un'inadeguata programmazione che non ha garantito il ricambio generazionale in relazione ai pensionamenti attesi. Così oggi spesso diventa un'impresa poter scegliere un MMG vicino a casa, con conseguenti disagi e rischi per la salute, in particolare di anziani e fragili”. [LE TABELLE](#)

07 MAR -

Secondo quanto riportato sul [sito del Ministero della Salute](#) ogni cittadino iscritto al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha diritto a un medico di medicina generale (MMG) – cd. medico di famiglia – attraverso il quale può accedere a tutti i servizi e prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il MMG non è un medico dipendente del SSN, ma lavora in convenzione con l'Azienda Sanitaria Locale (ASL): il suo rapporto di lavoro è regolamentato dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), dagli Accordi Integrativi Regionali e dagli Accordi Attuativi Aziendali a livello delle singole ASL.

“L'allarme sulla carenza dei MMG – afferma **Nino Cartabellotta** Presidente della Fondazione GIMBE – oggi riguarda tutte le Regioni ed è frutto di un'inadeguata programmazione che non ha garantito il ricambio generazionale in relazione ai pensionamenti attesi. Così oggi spesso diventa un'impresa poter scegliere un MMG vicino a casa, con conseguenti disagi e rischi per la salute, in particolare di anziani e fragili”.

Al fine di comprendere meglio il fenomeno, la Fondazione GIMBE ha analizzato le dinamiche e le criticità insite nelle norme che regolano l'inserimento dei MMG nel SSN e stimato l'entità della carenza attuale e futura di MMG nelle Regioni italiane. “Le nostre analisi – spiega Cartabellotta – sono tuttavia condizionate da alcuni rilevanti ostacoli. Innanzitutto, i 21 differenti Accordi Integrativi Regionali introducono una grande variabilità nella distribuzione degli assistiti in carico ai MMG e ciò può sovra- o sotto-stimare il reale fabbisogno in relazione alla situazione locale; in secondo luogo, su carenze e fabbisogni è possibile

effettuare solo una stima media regionale, perché la reale necessità di MMG viene determinata da ciascuna ASL sugli ambiti territoriali di competenza. Infine, i dati ufficiali sugli assistiti in carico ai medici che stanno frequentando il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale non sono pubblicamente disponibili”.

DINAMICHE E CRITICITÀ

Massimale di assistiti.

Secondo quanto previsto dall'ACN, il numero massimo di assistiti di un MMG è fissato a 1.500: in casi particolari può essere incrementato fino a 1.800, numero che talora viene ulteriormente superato attraverso deroghe locali (es. fino a 2.000 nella Provincia Autonoma di Bolzano), o per casi di indisponibilità di MMG oltre che per le scelte temporanee affidate al medico (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). Parallelamente, esistono motivazioni che determinano un numero inferiore di assistiti: autolimitazione delle scelte, MMG con ulteriori incarichi (es. la continuità assistenziale) che ne limitano le scelte, MMG che si trovano nel periodo iniziale di attività e/o che esercitano la professione in zone disagiate. «Per ciascun MMG – commenta il Presidente – il carico potenziale di assistiti rispetto a quello reale restituisce un quadro molto eterogeneo: accanto a una quota di MMG “ultra-massimalisti” che sfiora il 50% ci sono colleghi con un numero molto basso di assistiti».

I dati forniti dal Ministero della Salute, riferiti all'anno 2022, documentano infatti che **su 39.366 MMG il 47,7% ha più di 1.500 assistiti; il 33% tra 1.001 e 1.500 assistiti; il 12,1% da 501 a 1.000; il 5,7% tra 51 e 500 e l'1,5% meno di 51.**

In particolare, il massimale di 1.500 assistiti viene superato da più di un MMG su due in Emilia-Romagna (51,5%), Campania (58,4%), Provincia Autonoma di Trento (59,1%), Valle D'Aosta (59,2%), Veneto (64,7%). E addirittura da due MMG su tre nella Provincia Autonoma di Bolzano (66,3%) e in Lombardia (71%).

“Questo sovraccarico di assistiti – commenta Cartabellotta – determina inevitabilmente una riduzione della disponibilità oraria e, soprattutto, della qualità dell'assistenza accendendo “spie rosse” su tre elementi fondamentali: la reale disponibilità di MMG in relazione alla densità abitativa, la distribuzione omogenea e capillare sul territorio e la possibilità per i cittadini di esercitare il diritto della libera scelta”.

Ambiti territoriali carenti.

I nuovi MMG vengono inseriti nel SSN previa identificazione da parte della Regione (o soggetto da questa individuato) delle cosiddette “zone carenti”, ovvero gli ambiti territoriali dove è necessario colmare il fabbisogno e garantire una diffusione capillare dei MMG. Secondo l'ACN per ciascun ambito territoriale può essere iscritto un medico ogni 1.000 residenti o frazione di 1.000 superiore a 500 di età ≥ 14 anni (cd. rapporto ottimale); è inoltre consentita, tramite gli Accordi Integrativi Regionali, una variazione di tale rapporto fino a 1.300 residenti per medico (+30%).

Anzianità di laurea.

“Desta non poche preoccupazioni – commenta Cartabellotta – la distribuzione anagrafica dei MMG: infatti **nel 2022 il 72,5% dei MMG in attività aveva oltre 27 anni di anzianità di laurea**, con quasi tutte le Regioni del Centro-Sud sopra la media nazionale, anche in conseguenza di politiche sindacali che spesso non hanno favorito il ricambio generazionale”. In particolare, nella maggior parte delle Regioni meridionali gli MMG con oltre 27 anni di laurea sono più di 3 su 4: Calabria (89,4%), Sicilia (81,7%), Campania (80,7%), Sardegna (79,7%), Molise (78,4%), Basilicata (78,3%), Puglia (78%).

Pensionamenti.

Secondo i dati forniti dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), **tra il 2023 e il 2026 sono 11.439 gli MMG che hanno compiuto/compiranno 70 anni, raggiungendo così l'età massima per la pensione, deroghe a parte:** dai 21 della Valle D'Aosta ai 1.539 della Lombardia.

Nuovi MMG.

Il numero di borse di studio ministeriali destinate al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, dopo un periodo di sostanziale stabilità (2014-2017) intorno a 1.000 borse annue è aumentato raggiungendo un picco nel 2021 (n. 4.332). Tali incrementi sono dovuti sia alle risorse del DL Calabria che negli anni 2019-2022 hanno finanziato ulteriori 3.277 borse, sia a quelle del PNRR che negli anni 2021-2023 hanno finanziato complessivamente 2.700 borse aggiuntive. “Solo attraverso finanziamenti

straordinari dunque – chiosa Cartabellotta – è stato possibile coprire il costo delle borse di studio, peraltro non sufficienti a colmare il ricambio generazionale entro il 2026”.

STIMA DELLE CARENZE ATTUALI E FUTURE

Per effettuare tali stime sono state utilizzate le [rilevazioni della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati \(SISAC\) al 1 gennaio 2023](#), più recenti di quelle del Ministero della Salute.

Trend 2019-2022. I dati SISAC documentano una progressiva diminuzione dei MMG in attività: **nel 2022 erano 37.860, ovvero 4.149 in meno rispetto al 2019 (-11%)** con notevoli variabilità regionali: dal -34,2% della Sardegna al -4,7% del Molise.

Numero di assistiti per MMG. Secondo i dati SISAC al **1° gennaio 2023 37.860 MMG avevano in carico oltre 51,2 milioni di assistiti**. In termini assoluti, **la media nazionale è di 1.353 assistiti per MMG rispetto ai 1.307 del 2022**: dai 1.090 della Basilicata ai 1.646 della Provincia Autonoma di Bolzano.

“Lo scenario reale – precisa Cartabellotta – è molto più critico di quanto lascino trasparire i numeri: infatti, con questo livello di saturazione dei MMG si compromette il principio della libera scelta. Di conseguenza, è spesso impossibile trovare la disponibilità di un MMG vicino a casa, non solo nelle cosiddette aree desertificate (zone a bassa densità abitativa, condizioni geografiche disagiate, rurali e periferiche) dove i bandi per gli ambiti territoriali carenti vanno spesso deserti, ma anche nelle grandi città metropolitane”.

Stima della carenza di MMG al 1° gennaio 2023.

“In conseguenza delle criticità sopra rilevate – spiega Cartabellotta – è possibile stimare solo il fabbisogno medio regionale di MMG in relazione al numero di assistiti, in quanto la necessità di ciascun ambito territoriale carente viene identificato dalle ASL secondo variabili locali”. Se l’obiettivo è garantire la qualità dell’assistenza, la distribuzione capillare in relazione alla densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e l’esercizio della libera scelta, non si può far riferimento al massimale delle scelte per stimare il fabbisogno di MMG. Di conseguenza la Fondazione GIMBE, ritenendo accettabile un rapporto di 1 MMG ogni 1.250 assistiti (valore medio tra il massimale di 1.500 e l’attuale rapporto ottimale di 1.000) e utilizzando le [rilevazioni SISAC](#), **stima al 1° gennaio 2023 una carenza di 3.114 MMG, con situazioni più critiche nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.237), Veneto (-609), Emilia Romagna (-418), Piemonte (-296), oltre che in Campania (-381).**

Stima della carenza di MMG al 2026.

Tenendo conto dei pensionamenti attesi e del numero di borse di studio finanziate per il Corso di Formazione in Medicina Generale, è stata stimata la carenza di MMG al 2026, anno in cui dovrebbe “decollare” la riforma dell’assistenza territoriale prevista dal PNRR.

Considerando l’età di pensionamento ordinaria di 70 anni e il numero borse di studio messe a bando per gli anni 2020-2023 comprensive di quelle del DL Calabria per cui si sono presentati candidati, **nel 2026 il numero dei MMG diminuirà di 135 unità rispetto al 2022**, ma con nette differenze regionali. In particolare **saranno tutte le Regioni del Sud (tranne il Molise) nel 2026 a scontare la maggior riduzione di MMG: Campania (-384), Puglia (-175), Sicilia (-155), Calabria (-135), Abruzzo (-47), Basilicata (-35), Sardegna (-9), oltre a Lazio (-231), Liguria (-36) e Friuli Venezia Giulia (-22).**

La stima dell’entità della carenza è condizionata da differenti fattori. In particolare, è sottostimata dall’eventuale scelta dei MMG di andare in pensione prima dei 70 anni, dal numero di borse non assegnate e dall’abbandono del Corso di Formazione in Medicina Generale (almeno 20%). Viene al contrario sovrastimata dall’eventuale decisione dei MMG di prolungare l’attività sino ai 72 anni e dalla possibilità dei medici iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale di acquisire già dal primo anno sino a 1.000 assistiti. “Infine – commenta Cartabellotta – tali stime risentiranno del nuovo ACN recentemente sottoscritto, nel quale sono previste varie novità”.

“La progressiva carenza di MMG – conclude Cartabellotta – consegue sia ad errori nella pianificazione del ricambio generazionale, in particolare la mancata sincronia per bilanciare pensionamenti attesi e finanziamento delle borse di studio, sia a politiche sindacali non sempre lineari. E le soluzioni attuate, quali l’innalzamento dell’età pensionabile a 72 anni, la possibilità per gli iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale di acquisire sino a 1.000 assistiti e le deroghe regionali all’aumento del massimale, servono solo a “tamponare” le criticità, senza risolvere il problema alla radice. Occorre dunque mettere in campo al più presto una strategia multifattoriale: adeguata programmazione del fabbisogno, tempestiva pubblicazione da parte delle Regioni dei bandi per le borse di studio, adozione di modelli organizzativi che promuovano il lavoro in team, effettiva realizzazione della riforma dell’assistenza

territoriale prevista dal PNRR (Case di comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), accordi sindacali in linea con il ricambio generazionale e la distribuzione capillare dei MMG. Guardando ai numeri, infatti, oltre alle carenze già esistenti, le proiezioni indicano – in particolare per le Regioni del Sud – un ulteriore calo dei MMG nei prossimi anni. Una “desertificazione” che lascerà scoperte milioni di persone, aggravando i problemi per l’organizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale e soprattutto per la salute delle persone, in particolare anziani e fragili”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120699

quotidianosanita.it

Dai vaccini agli over 12, alla telemedicina fino alla scelta del medico di famiglia. La farmacia dei servizi allarga l’offerta. Ecco tutte le novità

Nella bozza del nuovo Ddl Semplificazioni vengono aumentati i servizi che saranno offerti ai cittadini. Ci sarà la possibilità di scegliere il proprio medico di famiglia o pediatra. E si potranno fare numerosi test diagnostici. Le strutture oltre ad essere identificate con la croce verde saranno dotate anche di un’insegna ad hoc con la dicitura ‘Farmacia dei servizi’.

05 MAR -

Da tutte le tipologie di vaccini contenuti nel Piano vaccinale riservati agli over 12 anni, passando per i test diagnostici, fino alla telemedicina e alla possibilità di scegliere il proprio medico di famiglia o pediatra. Sono queste alcune delle novità per la farmacia dei servizi contenute nella bozza del nuovo Ddl Semplificazioni che a breve dovrebbe andare sul tavolo del Cdm. Ma non solo, nelle farmacie, che saranno dotate anche di un’insegna ad hoc con la dicitura ‘Farmacia dei servizi’ si potranno fare anche i test diagnostici per il contrasto all’antibiotico-resistenza, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta ai fini dell’appropriatezza prescrittiva.

La norma modifica quanto contenuto nel Dlgs 153/2019 e prevede anche da parte delle farmacie la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci e dei dispositivi medici necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Per quanto riguarda i vaccini (oggi si possono fare l’antinfluenzale e l’anti Covid ai maggiorenni) nella bozza si legge che sarà possibile “la somministrazione presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall’Istituto superiore di sanità, di vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale nei confronti dei soggetti di età non inferiore a dodici anni, nonché l’effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelievo del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Le aree, i locali o le strutture esterne alla farmacia devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa”.

Per l’erogazione da parte delle farmacie dei servizi sanitari “i soggetti titolari di farmacia possono utilizzare locali separati da quelli ove è ubicata la farmacia. In detti locali è vietato il ritiro delle prescrizioni mediche e qualsiasi dispensazione o vendita di farmaci o di altri prodotti”.

Saranno le Asl competenti ad autorizzare le strutture che dovranno rispettare i requisiti di idoneità igienico-sanitaria dei locali e a verificare “che questi ultimi ricadano nell’ambito della sede farmaceutica di pertinenza prevista in pianta organica e che siano situati a una distanza non inferiore a duecento metri dalle altre farmacie e dai locali ove sono svolti i servizi sanitari di pertinenza di altre farmacie. La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia”.

Arriva l’insegna ad hoc. Per consentire ai cittadini un’immediata identificazione dei servizi sanitari offerti nei locali “i soggetti titolari di farmacia appongono presso i locali stessi, oltre alla croce verde identificativa

della farmacia, un'insegna riportante la denominazione «Farmacia dei servizi» e forniscono idonea informazione sulla esatta identificazione dei soggetti titolari di farmacia che offrono i servizi".
Altra novità contenuta nella bozza riguarda la possibilità per "due o più farmacie, di proprietà di soggetti differenti di poter esercitare in comune i servizi offerti anche utilizzando i medesimi locali separati, previa stipula del contratto di rete".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=120664

quotidianosanita.it

Un attimo, per riprendere fiato dal soffocante pensiero unico

Bruno Agnetti, Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di Comunità Solidale Parma ODV

25 MAR - Gentile Direttore,

le note controriforme e le ingarbugliate innovazioni, pur consacrate dal soffocante pensiero unico, mostrano già l'inconsistenza a causa di fondamenta costruite sulla sabbia.

Alcuni ricorderanno i contenuti del art. 1 della legge Balduzzi (2012) dove si declinavano le funzioni delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali). Le regioni hanno poi generato caos inventando numerosi acronimi per marcare il loro territorio. Il DM 77 è una legge che sembra fatta su misura per creare confusione. Fa eco il recente ACN.

Il PNRR sollecita espressamente l'attuazione dell'assistenza di prossimità ma considera le CdC e gli Ospedali di Comunità (tutt'altro che di Comunità) come esempi e non come modelli unici. Ex cathedra si ammette infatti che le CdC (prevalentemente "spoke") non siano adeguate ai reali bisogni delle popolazioni e dei professionisti.

Nonostante l'inesorabile penetrazione del privato nel SSN, le alte dirigenze (Regionali e Aziendali) si sono cullate nella certezza della loro perenne esistenza e del fatto che alcuni servizi non sarebbero mai stati appetibili al privato-privato e il ruolo di dominio istituzionale, in quei settori, non sarebbe mai stato conteso. In pochi mesi si sono moltiplicati PS, Sert, pronti interventi di base h/24, rianimazioni... il tutto rigorosamente privato-privato!

Alcuni commentatori hanno osservato che le gerarchie di potere ("sappiamo cosa è meglio" per voi) potrebbero essere le prime a non volere mai nessuna vera innovazione proprio perché sarebbe più conveniente, per loro, un orientamento sulla malattia piuttosto che sul cittadino.

Così appaiono come "grande finzione" anche le CdC conformi alle contraddizioni contro-riformistiche e ai consociativismi.

Questi ultimi probabilmente non più attribuibili a convergenze storiche (es.: istituzioni e sindacato) ma a solide collaborazioni tra istituzioni e/o gruppi che condividono interessi particolari e comuni.

L'urgenza riformatrice desiderata da cittadini e professionisti è contrastata dalla smisurata quantità di tempo gestionale a disposizione delle alte amministrazioni dove il neoliberalismo ed il consumismo sembrano essere proprio di casa

Il potere di Regioni e Aziende è talmente possente che non c'è spazio per elaborazioni che non siano più che allineate in quanto ciò che una regione delibera, in ambito sanitario, diventa legge. Le Aziende Locali, poi, applicano il mandato avendo come principali o unici referenti politici e datori di lavoro gli Assessorati Regionali.

Si ricorderà l'enorme pressione comunicativa messa in atto nel periodo in cui gli apparati avevano deciso di chiudere i piccoli ospedali territoriali spesso presidi "gioiello" e vere scuole di integrazione con il territorio.

Anche allora (USL) i referenti erano politici ma facilmente raggiungibili ed individuabili. I piccoli ospedali sono stati chiusi con la promessa di istituire presidi territoriali "equivalenti".

Ciò poteva sembrare, in un primo momento, accettabile per professionisti e cittadini ma poi è stata varata la controriforma sulle CdS del 2016.

Il Covid ha ricordato tutto ciò ma, al momento, il sistema è immodificabile a causa della legislazione vigente.

Una riflessione a parte merita la questione “comunità”. Non vi sono dubbi che il senso di appartenenza e i legami sociali siano stati fortemente provati dalla globalizzazione finanziaria.

Dal punto di vista sociologico-sanitario, per la prima volta, si verifica un elemento inedito. Si può osservare la compresenza, in ambito occupazionale, di nette stratificazioni generazionali che manifestano dirompenti differenze culturali.

Nello specifico i giovani colleghi che intraprendono, oggi, la professione di mmg si trovano a confrontarsi in modo nuovo con istituzioni a struttura medioevale e con le comunità di riferimento (assistiti coetanei ma anche “silenti” o “boomer” che li hanno scelto fiduciarmente).

Cosa ricercheranno nei giovani medici questi cittadini? Come considereranno i mmg il loro inquadramento professionale-giuridico, la loro autonomia, l'essere all'interno di una sempre più diffusa complessità, l'aumento delle tensioni sociali e le smisurate ansie individuali di molti assistiti?

Forse la generazione precedente dei medici di famiglia non si è preoccupata di organizzare una adeguata trasmissibilità esperienziale ai giovani colleghi così, è possibile, che gli stessi nuovi mmg non si siano particolarmente interessati a questo aspetto.

Non di meno la professione sarà coinvolta nel far fronte ad alcuni strati della popolazione che manifesterà sindromi da sradicamento culturale e che frequenteranno l'ambulatorio del medico di base.

Considerato questo stato di cose i giovani colleghi potrebbero rappresentare un valore aggiunto in grado di comporre una sintesi tra professione e società.

Dal punto di vista antropologico si può sostenere che i giovani professionisti abbiano un “cervello” nuovo, una professionalità e una intellettualità immersa nella marea tecnologica in grado di far fronte alle criticità sanitarie burocratiche-amministrative e di affermare una autonomia professionale coerente con il paradigma della complessità.

Questa potrebbe essere la vera “casa” abitata da giovani dottoresse (maggioranza in ambito delle cure primarie) e dottori abili nel costruire i principi per una riforma strutturale nazionale che necessita, per forza di cose, di una partecipazione bipartisan se si desidera finalmente superare tutte le assunzioni controriformiste.

Tra queste vanno ricomprese anche gli improbabili modelli esteri o esotici molto pubblicizzati (come nella più classica delle promozioni neo-liberali) dimenticando, colpevolmente, la presenza, nel nostro paese, di questa nuova generazione di medici, inimmaginabile fino a poco tempo fa.

Non a caso l'ultima fatica del Prof. Ivan Cavicchi (“Medici vs Cittadini”, Castelvecchi, 2024) affronta il tema della ridefinizione giuridica del medico ma immette anche, all'interno del dibattito e della riflessione, la questione della complessità come nuovo “archè” che non può più essere tralasciato (Byung-Chul Han, “La crisi della narrazione”, Einaudi, 2024) se si desidera rappresentare la “questione medica” e una cultura assistenziale coerente con l'attualità post-moderna.

25 marzo 2024

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121123

ADI e non autosufficienti: le prospettive dopo il PNRR e la delega anziani

Laura Pelliccia Analista di politiche sociosanitarie, collaboratrice dilombardiasociale.it e welforum.it

L' Assistenza domiciliare integrata (ADI) sociosanitaria storicamente ha trovato diversi livelli di sviluppo nelle regioni in termini di numero di assistiti e di intensità/frequenza erogativa; finora ha risposto prevalentemente a esigenze di tipo episodico e prestazionale (es. medicazioni, cambio catetere, ecc.), come dimostrato dal numero medio di interventi per assistito (16 ore annue per anziano). In piena epoca Covid si è accesa l'attenzione verso questo setting, con l'avvio di apposite politiche nazionali di potenziamento.

Un processo innescato con il Dl 34 e poi confluito nel nuovo modello di sanità territoriale (Dm 77): l'ADI sarà uno dei servizi da assicurare in tutte le case di comunità (CDC), anche se non sono stati precisati i rapporti tra operatori dedicati a questo servizio e popolazione del bacino di riferimento.

A coronare l'importanza dell'ADI è poi intervenuto il Recovery Plan fissando l'obiettivo di servire il 10% degli anziani: un cronoprogramma che dovrebbe portare, a fine 2025, a un quasi raddoppio dell'utenza del 2019, un incremento di oltre 800.000 assistiti grazie a un importante finanziamento PNRR (1,1 miliardi nell'ultimo anno).

Quale ADI ha inteso promuovere il PNRR?

Nel definire il pacchetto standard da prendere a riferimento per stimare il costo per utente ADI del PNRR si è tenuto conto dell'intensità assistenziale mediamente erogata dalle 3 regioni dove l'ADI è più diffusa (ma anche quelle dove incidono notevolmente gli interventi poco intensivi).

Secondo la metodologia esplicitata nel Dm 13/3/23, è stato ipotizzato un servizio fatto mediamente di 3 accessi al mese per utente.

Si tenga conto che questo tipo di assistenza denominata "cure domiciliari di base" (quella con meno di un accesso a settimana) fino ad oggi non veniva considerata utile ai fini delle verifiche Lea, proprio perché poco incisiva. Nella costruzione del pacchetto di riferimento del PNRR è stato invece ipotizzato che l'80% dei nuovi assistiti riceverà meno di un accesso a settimana.

Le preoccupazioni per lo sviluppo di un servizio polverizzato su tanti utenti sono rafforzate anche tenendo conto delle relative regole di monitoraggio.

Infatti, le regioni saranno valutate esclusivamente sul raggiungimento del numero di utenti, a prescindere dal numero di accessi effettuati e dalla durata della presa in carico.

Se una regione dovesse raggiungere il target di anziani prefissato erogando ADI meno intensiva rispetto al pacchetto standard ipotizzato per la stima dei costi, essa avrebbe comunque conseguito l'obiettivo.

Per assurdo, un territorio che erogasse a tutti gli anziani un solo accesso all'anno sarebbe valutato in termini di perseguimento del target al pari di un altro territorio che invece ha deciso di offrire pacchetti intensivi. La revisione del Recovery Plan di fine 2023 ha confermato tali logiche, implementando ulteriormente il numero di anziani target (842.000).

Un primo bilancio dello stato di implementazione dell'ADI

Non è ancora possibile, sulla base delle statistiche ufficiali, vedere a che punto si è arrivati con lo sviluppo dell'ADI e il grado della sua effettiva implementazione regione per regione grazie al PNRR (la maggior parte delle statistiche è ferma al 2021).

Il Paese non è riuscito a centrare l'obiettivo della numerosità di utenti aggiuntivi da prendere in carico nel 2022 (fenomeno che non deve sorprendere, dato che gli obiettivi per quell'anno sono stati assegnati alle regioni dopo che l'esercizio si era concluso) e si è ancora in attesa di conoscere gli esiti del monitoraggio PNRR sul 2023.

Alcune prime evidenze sulla spesa delle regioni al 2022 per i vari Lea segnalano che, rispetto al 2019, il costo del personale sanitario del Ssn dedicato alle cure domiciliari è aumentato di circa 100 milioni, cifra estremamente inferiore allo stanziamento del Dl 34 (circa 500 milioni), a dimostrazione delle difficoltà nel reperimento del personale infermieristico.

La spesa per l'ADI del 2022 per il complesso dei fattori è circa il 30% più elevata di quella del 2019 (un aumento dell'ordine di 300 milioni).

L'ADI e gli anziani non autosufficienti

È probabile che il PNRR abbia inteso promuovere un tipo di ADI per la prevenzione della cronicità nell'ottica della sanità d'iniziativa, interventi proattivi senz'altro utili per rispondere ai bisogni delle persone con patologie croniche (es. monitoraggio da parte degli Ifec della pressione o della glicemia).

Si tratta di esigenze da non confondere con quelle degli anziani non autosufficienti che, per essere assistiti al domicilio, hanno bisogno di interventi di lunga durata di igiene, mobilitazione, addestramento del caregiver per “limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita” (Art. 22 dei Lea).

Come insegna il Dm77, occorre stratificare i bisogni per erogare agli utenti più compromessi risposte domiciliari multiprofessionali, integrate e complesse. Sarebbe inappropriato erogare a tutti gli anziani solo il primo tipo di ADI.

Non si può escludere che qualche regione abbia attivato con il PNRR qualche pacchetto per la non autosufficienza, tuttavia è difficile aspettarsi che questo sia l'obiettivo su cui hanno maggiormente puntato i programmi operativi regionali, proprio perché questi pacchetti non sono adeguatamente valorizzati dalle regole di monitoraggio del PNRR.

Con queste regole si rischia di sviluppare un servizio poco coerente con i bisogni, perdendo l'opportunità di fare sì che l'ADI si configuri come una valida alternativa ai ricoveri e come una soluzione utile a ritardare le istituzionalizzazioni.

La Legge 33 di riforma dell'assistenza agli anziani aveva riconosciuto proprio l'esigenza di tenere conto, nella definizione dei servizi, delle condizioni dell'anziano non solo cronico, ma anche complesso, con prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguate ai relativi bisogni della non autosufficienza.

Il decreto attuativo in approvazione non sembra contenere elementi di novità rispetto al modello ADI del PNRR, limitandosi a introdurre qualche azione di potenziamento per gli anziani autosufficienti, attraverso strumenti di sanità preventiva/telemedicina al domicilio.

Guardando al futuro, oltre alle preoccupazioni sulla continuità di finanziamento dell'ADI post PNRR (gli stanziamenti per l'assunzione di generico personale delle Cdc dopo il 2026 non possono essere considerati, per finalizzazione, sostitutivi delle risorse PNRR per le cure domiciliari), il nodo della necessità di promuovere lo sviluppo di un'ADI per la non autosufficienza resta aperto.

Sarebbe importante che nei meccanismi attuativi della legge 33 si prevedesse un sistema di monitoraggio con indicatori in grado di rappresentare quanta “ADI qualificata” per i bisogni dei non autosufficienti erogano i vari Ssr. Potrebbe essere un incentivo per uno sviluppo equilibrato dell'ADI, non eccessivamente sbilanciato solo su alcuni dei suoi obiettivi.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-03-11/ADI-e-non-autosufficienti-prospettive-il-PNRR-e-delega-anziani-105606.php?uid=AFV7wqz&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

La professione medica è ancora in grado di riprendere in mano il proprio destino

Bruno Agnetti, Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di Comunità Solidale Parma ODV

06 MAR - Gentile Direttore,

[ancora una volta Ivan Cavicchi](#) con il suo nuovo instant book (Medico vs cittadini, un conflitto da risolvere, Castelvecchi, 2024) ha regalato una profonda riflessione che parte dalla controversia della “colpa professionale medica” ed arriva ad affrontare un tema filosofico, etico, sociale semplicemente enorme. Il professore e collega ha pensato di giocare d'anticipo senza aspettare la conclusione dei lavori della Commissione d'Ippolito costituita, ad hoc, dal Ministero di Giustizia con l'obiettivo di segnalare possibili errori e contraddizioni che potrebbero, se non rivisti, rendere la categoria e i cittadini “prigionieri di leggi sbagliate” difficilmente poi modificabili.

Già il titolo del libro pone un tema etico complesso: tutti i medici sono cittadini ma non tutti i cittadini sono medici: in una situazione di questo tipo chi riveste un ruolo sociale e professionale particolare? Come si può costruire o formare, oggi, una relazione patto medici e cittadini? Chi può svolgere la funzione educativa/pedagogica e quella di testimone del “contratto sociale”? Chi riconosce chi? Come può essere costruito un adeguato e contestuale rispetto reciproco?

Sono quindi in gioco “un mondo” di valori essenziali. Sia sufficiente, in questa sede, pensare a cosa capita quotidianamente nella realtà assistenziale: nelle cure palliative portate al letto del malato, al suo domicilio dal mmg che, proprio per il contratto sociale “immateriale”, l'assistito “elege” come giusto, libero, veritiero, valido e in grado di assisterlo negli ultimi momenti.

La situazione è incommensurabilmente diversa da un banale contratto d'opera, se non altro, perché si ha a che fare con il mistero della vita e della sua conclusione. Ha poca importanza, alla fine, la tecnologia

o le alte competenze scientifiche. Ciò che è veramente richiesto è una avvolgente abilità relazionale (infatti il mmg è considerato il palliativista di riferimento per il proprio assistito).

Forse una attualizzazione degli storici criteri relativi alla “colpa” professionale (imperizia, imprudenza, negligenza) potrebbero essere più che sufficienti per poter archiviare o attivare le sanzioni, in tempi brevissimi. L'errore umano è sempre possibile a fronte di una realtà ancora sconosciuta nella sua essenza (la vita), che alcuni considerano sacra, e forse è anche corretto che chi deve prendere decisioni tenga conto di questo aspetto.

Non è compito della Commissione Ministeriale indicare le strategie per ridurre la conflittualità però, la stessa Commissione, potrebbe avventurarsi in qualche sapiente suggerimento.

Se la problematica di fondo è la formazione generale dei professionisti affinché siano in grado di leggere le modifiche sociali e di ridurre di conseguenza i contrasti, quante cose devono cambiare per impostare ciò che sarebbe necessario?

Che valore culturale e di maturazione professionale possono apprendere gli studenti di medicina sottoposti, per gli esami, a test scritti pieni di trucchetti e tranelli più che di una vera valutazione della maturità professionale in crescita?

Che rapporto possono avere i futuri medici con il sociale o con il sapere se tutto viene ridotto ad un perfido e narcisistico super-enalotto?

Siamo certi che non siano ormai fondamentali, durante il corso di laurea, più esami di psicologia, filosofia, etica, sociologia, antropologia accorpando, eventualmente, qualche esame che tende a ripetere ciò che è appena stato fatto al liceo?

Anche le istituzioni locali e regionali, seguite pedissequamente dai loro accoliti, hanno palesato una incapacità culturale assordante. E' stato fatto di tutto per fare sprofondare la professione così che il rapporto professione-cittadini è diventato di fatto inagibile.

Il riconoscimento reciproco (patto sociale) resta fondamentale se i due “giocatori” in campo (medici e cittadini), non vogliono perdere

Il tempo che stiamo vivendo potrebbe essere sintetizzato da alcune parole chiave: modernismo, postmodernismo (quarta rivoluzione), trans-umanesimo, post-umanesimo, consumismo, globalizzazione, neoliberalismo. Una bella complessità.

Nemmeno il covid è riuscito a stimolare pratiche di cambiamento radicale. In ogni caso i movimenti filosofici citati e l'inarrestabile avanzamento tecnologico obbligherà la professione a profonde modificazioni che la regressività di DM77, ACN, Regioni e Aziende non sono nemmeno in grado di immaginare (“cinismo dell'incapacità”).

La “quarta rivoluzione” se non sarà gestita con intelligenza ed umanità darà valore non tanto ai professionisti ma ai contratti d'opera, ai formulari, alle procedure, agli algoritmi prescrittivi, ai nomenclatori, ai tariffari... ma dove sarà il medico amico sincero e disinteressato nei momenti importanti della vita?

Alcune teorizzazioni del post umanesimo ipotizzano la definitiva scomparsa dei dualismi così che in un mondo di cyborg non ci sarà più posto (bisogno) per medici e cittadini e nemmeno per l'umanità.

La medicina generale può ancora diventare un valido strumento per ridurre la conflittualità sociale in ambito sanitario. Infatti nelle piccole comunità, ancora oggi, riesce a dare un senso alle cose fondando l'agire professionale sul contratto sociale “olistico.”

La scelta fiduciaria favorisce una azione educativa e formativa che permette di far fronte al dott. Google, ai robot, ai totem, all'assalto dei “malatisti” esperti in scorciatoie per il PS e per la specialistica/diagnostica. Anni di discredito da parte delle aziende e delle regioni nei confronti delle competenze diagnostiche, terapeutiche, riabilitative dei mmg non poteva che portare tutti al punto in cui ci si trova. Il relativismo e l'economicismo hanno desertificato l'ambito dei valori ma il medico, se vuole, ha la sensibilità per ritornare a riconoscere il dolore umano (e il proprio) e ad ascoltare la sofferenza (che è l'elaborazione mentale del dolore).

Questo anche se la società è imbibita di ansia, non riesce più a rallentare, l'amigdala è iperfunzionante mentre la corteccia prefrontale, razionale, è inibita.

Le persone non sono più abituate ad affrontare certi temi che la tradizione aveva comunque inserito e mantenuto anche nel periodo della modernità e della postmodernità (il fine vita, la malattia, il dolore, la sofferenza, l'ansia).

Il medico è ancora in grado di riprendere in mano il proprio destino e quello della professione perché la cura e il prendersi cura non rientrano solo nei diritti politici ma è l'espressione di una questione ontologica (medicina scienza coraggiosa e impareggiabile).

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120642

Ospedali di Comunità in Lombardia. L'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie teme un passaggio di mano al privato

A. Barbato, F. Lonati

11 MAR -

Gentile direttore,

la notizia è di quelle che non ha fatto tanto clamore sulla stampa e sui media, ma di per sé può introdurre una svolta significativa nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale in atto e nel ruolo che il privato vi può giocare. Si tratta della Delibera XII/1435/27.11.2023^[1] approvata il 27/11/2023 scorso da Regione Lombardia. Questa delibera specifica ulteriormente quanto indicato da Regione Lombardia sugli Ospedali di Comunità nella precedente Delibera XI/6760/2022^[2], che ha recepito gli indirizzi del Decreto Ministeriale 77/2022 riguardante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

A tale proposito, giova ricordare che il Decreto Ministeriale aveva specificato che "l'ospedale di comunità è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero".

Quanto alla sua collocazione poteva avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali oppure in una struttura ospedaliera, ma doveva essere "sempre riconducibile ai servizi compresi nell'assistenza territoriale distrettuale".

A questo proposito il documento di indirizzo elaborato da AGENAS sul metaprogetto per l'Ospedale di Comunità precisava comunque che, tendenzialmente, avrebbe dovuto essere inserito nella struttura dove sarebbe stata collocata la Casa della Comunità favorendo in questo modo l'efficacia del servizio per utenti e operatori.

Leggendo la nuova delibera regionale non viene messa in evidenza con sufficiente risalto e come priorità la necessità che l'Ospedale di Comunità sia un servizio territoriale-distrettuale, mentre l'elenco dei requisiti funzionali, tecnologici e organizzativi richiesti sembra orientare verso una sua collocazione preferenziale all'interno di ospedali per acuti.

Questa tendenza era già stata notata dal Rapporto OASI del CERGAS del 2022, che aveva esaminato la fase iniziale della programmazione degli Ospedali di Comunità in alcune aziende sanitarie della Lombardia.

Un esame dei progetti realizzati o in corso per l'attivazione delle strutture finanziate nel quadro del rinnovamento delle Cure Primarie conferma ciò in quanto, per una parte sostanziale degli Ospedali di Comunità, si prevede la loro realizzazione in ambito ospedaliero.

È chiaro che tale collocazione configura di fatto gli Ospedali di Comunità come "reparti ospedalieri" più che servizi territoriali, destinati così a funzionare, in modo ancillare, da appendici dei reparti per acuti che ne diventerebbero i principali utilizzatori al fine di accelerare o parcheggiare le dimissioni "scomode".

Riteniamo invece che l'Ospedale di Comunità dovrebbe essere un servizio rigorosamente distrettuale, non ospedaliero o residenziale; in altre parole dovrebbe dare una risposta concreta e temporanea a quelle situazioni dove il contesto familiare-abitativo non è in grado di far fronte a problemi di salute emergenti che non richiedono intensità assistenziali da ospedale per acuti ma che, se il contesto è in grado di garantire un livello di presenza-assistenza adeguato, possono essere risolte a casa.

L'Ospedale di Comunità si deve configurare quindi come un "appoggio domiciliare transitorio" e, soprattutto, l'attenzione dovrebbe essere tutta orientata ad organizzare "il dopo", non tanto "il presente durante la permanenza".

Certamente una struttura privata esterna ad una logica territoriale di "Distretto" e di "Casa della Salute/Comunità" non può avere questa visione, ma avrà solo l'obiettivo di incamerare la remunerazione per ogni giorno di "ricovero" e per ogni "cliente": quindi cercherà di tenere i "posti pieni", con ricoveri più lunghi possibile... e per quello che accade dopo la dimissione: "Qualcun altro ci penserà".

Tutto ciò è aggravato da un ulteriore problema. La delibera afferma in premessa che lo sviluppo degli Ospedali di Comunità va inquadrato anche nell'ambito della "rete dei gestori privati accreditati di strutture sanitarie" ed avvia i bandi per manifestazioni di interesse rivolte ad enti pubblici e privati interessati all'assegnazione e contrattualizzazione di posti letto di Ospedali di Comunità.

Viene anche stabilita una tariffa giornaliera per la remunerazione dei ricoveri da parte della Regione, pari a 154 Euro per i primi 30 giorni, con successive riduzioni in caso di prolungamento della degenza. I requisiti previsti di fatto sono difficilmente percorribili dal pubblico, favorendo così gli enti privati, che

gestiscano sia attività ospedaliera, sia strutture socio-assistenziale, come le RSA. Se si considerano non solo gli ospedali ma anche le RSA, che in Lombardia sono quasi totalmente di natura privata, si capisce quanto questa possibilità risulti allettante per una vasta platea di soggetti privati che operano nel mercato dell'assistenza.

In tal modo non solo si darebbe il via alla privatizzazione di un importante servizio delle Cure Primarie, riducendo un presidio di comunità che dovrebbe essere completamente integrato nell'attività distrettuale e delle Case della Comunità, a erogatori di prestazioni svincolati da qualsiasi programmazione territoriale e da obiettivi di salute.

Questo riguarderebbe in parte anche le strutture a gestione pubblica, indotte in tal modo a funzionare anch'esse secondo una logica privatistica, in concorrenza con le private.

In realtà, a difesa della Regione Lombardia, si potrebbe obiettare che tutto questo era già stato previsto. In effetti, cercando nelle pieghe di una voluminosa delibera del maggio 2022, cioè quasi due anni fa, dal titolo neutrale "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022"^[3], si poteva trovare nell'allegato 7 un'anticipazione in poche righe di quanto poi è emerso alla fine del 2023.

Veniva infatti indicato che sarebbe stata aperta la contrattazione per erogatori pubblici e privati accreditati di 220 posti letto in 11 Ospedali di Comunità per un totale di 40 distribuiti nelle ATS della Lombardia.

Allora pochi avevano notato questa clausola, ma ora appare chiaro che si trattava di un preannuncio di un progetto più ampio di una vasta privatizzazione delle Cure Primarie di cui ora vediamo gli sviluppi e la portata.

A nome dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

Angelo Barbato, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Fulvio Lonati, Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete – Salute a Km 0

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120756

Nursing

quotidianosanita.it

Pnrr e autonomia. Per il 58% Piano inattuabile senza valorizzazione infermieri. Il ddl Calderoli rischia di aggravare divario Nord-Sud. Il sondaggio Nursind-Swg

Dal sondaggio emerge come i cittadini, per migliorare l'accesso alle cure e l'assistenza ripongono le loro speranze nelle nuove figure previste dal Pnrr come l'infermiere di famiglia e comunità, ed anche nella realizzazione di Case e Ospedali di comunità. Oltre la metà degli italiani ritiene non solo che il ddl Calderoli contribuirà ad ampliare il divario tra Nord e Sud nella sanità ma anche che porterà a un'ulteriore migrazione professionale degli infermieri verso il Settentrione

26 MAR -

"Alla fine il cerchio si chiude sempre allo stesso modo.

L'imbutto vero, sia che si parli di timori e speranze riposte sul Pnrr sia che si affronti il tema dell'autonomia differenziata, rimane quello della carenza di personale e di infermieri innanzitutto, essendo i professionisti sempre più difficili da trovare sul mercato. I cittadini, infatti, hanno capito che nessuna riforma potrà avere il minimo successo se prima non verrà sciolto questo nodo".

Lo afferma **Andrea Bottega**, segretario nazionale del Nursind, commentando l'esito dell'indagine demoscopica commissionata dal sindacato alla Swg.

Il sondaggio ha voluto esplorare l'opinione degli italiani a partire dagli investimenti del Pnrr nell'ambito della salute. Secondo gli intervistati, le risorse dovrebbero essere destinate soprattutto al potenziamento delle strutture sanitarie, a cominciare dal numero di posti letto (la pensa così il 58% del campione), e ai servizi territoriali, Case della comunità in primis (39%).

Ma, a sentire i cittadini, proprio perché il Piano per sua natura non può assegnare strutturalmente risorse alla spesa per il personale, per realizzare tutti i progetti in programma occorre in prima battuta migliorare gli stipendi degli infermieri (58%) e promuovere corsi di laurea in Infermieristica (31%).

“E’ interessante inoltre evidenziare – aggiunge Bottega – come solo il 6% dei cittadini ritenga sufficiente reclutare infermieri dall’estero, a differenza della linea sposata dal governo”. E nemmeno l’intelligenza artificiale, stando al 58% del campione, può rimpiazzarli.

I cittadini, inoltre, per migliorare l’accesso alle cure e l’assistenza ripongono le loro speranze nelle nuove figure previste dal Pnrr come l’infermiere di famiglia e comunità, ed anche nella realizzazione di Case e Ospedali di comunità, (sono confidenti rispettivamente il 55% e il 56% degli italiani).

Certo, pesa la paura dei ritardi: oltre quattro responders su cinque sono preoccupati delle lentezze del Pnrr. E il 55% addirittura considera a rischio la ricezione dei fondi.

Un timore che si avverte soprattutto al Centro (58%) e ancora di più al Sud e nelle Isole (60%) e in generale tra i laureati (62%).

La stessa percezione negativa che si rivela sul fronte dell’autonomia differenziata: l’esito del sondaggio Swg rivela infatti come i residenti nel Centro, al Sud e nelle Isole e i laureati siano i più convinti che la riforma andrà ad aumentare il divario tra il Nord e il Sud sul fronte delle cure.

Nel Meridione solo un cittadino su quattro prevede che possa portare a un miglioramento dei servizi sanitari nella propria regione.

“Oltre la metà degli italiani ritiene non solo che il ddl Calderoli contribuirà ad ampliare il divario tra Nord e Sud nella sanità – conclude il segretario Bottega – ma anche che porterà a un’ulteriore migrazione professionale degli infermieri verso il Settentrione.

Timori che non vanno derubricati e di cui le istituzioni dovrebbero tener conto se, come speriamo, l’obiettivo comune è rafforzare il nostro Ssn”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121168



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1711447525.pdf>



L'intenzione degli infermieri di lasciare il lavoro, il carico di lavoro degli infermieri e la mortalità dei pazienti in ospedale in Italia: Uno studio descrittivo e di regressione

G. Catania, M. Zanini, MA Cremona, P. Landa, ME Musio, R. Watson, G. Aleo, LH Aiken, L. Sasso, A. Bagnasco

Publicato online il 4 marzo 2024

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105032>

Rapporti più elevati tra infermieri e pazienti sono associati a una scarsa assistenza ai pazienti e a risultati negativi per gli infermieri, tra cui l'esaurimento emotivo e l'intenzione di lasciare il lavoro. Abbiamo esaminato l'effetto dell'intenzione degli infermieri di lasciare il lavoro e del carico di lavoro infermiere-paziente sulla mortalità dei pazienti in ospedale in Italia.

Uno studio descrittivo e di regressione multicentrico ha utilizzato dati clinici di pazienti di età pari o superiore a 50 anni con una degenza ospedaliera di almeno due giorni, ricoverati in reparti chirurgici, collegati a variabili relative agli infermieri, tra cui il carico di lavoro e i livelli di istruzione, l'ambiente di lavoro, la soddisfazione professionale, l'intenzione di lasciare il lavoro, la percezione della qualità e della sicurezza delle cure da parte degli infermieri e l'esaurimento emotivo. Il set di dati finale comprendeva 15 ospedali, 1046 infermieri e 37.494 pazienti.

Un aumento del 10% dell'intenzione di andarsene e un aumento di un'unità del carico di lavoro infermiere-paziente hanno aumentato la probabilità di mortalità ospedaliera da ricovero rispettivamente del 14% (odds ratio 1,14; 1,02-1,27 95% CI) e del 3,4% (odds ratio 1,03; 1,00-1,06 95% CI).

Nessun altro studio ha riportato un'associazione significativa tra l'intenzione di andarsene e la mortalità dei pazienti. Per migliorare gli esiti sui pazienti, il sistema sanitario italiano deve implementare politiche di gestione sicura delle risorse umane, leadership e governance per garantire il benessere degli infermieri, livelli più elevati di sicurezza e assistenza infermieristica di qualità.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024000423?via%3Dihub>

San Camillo di Roma, inaugurato il nuovo reparto a degenza infermieristica

Il reparto, 18 posti letto, accogliere pazienti adulti clinicamente stabili che non richiedono un elevato impegno tecnologico né la costante presenza medica, caratterizzati da non autosufficienza (anche temporanea), oppure affetti da patologie cronico degenerative che non rendono possibile l'immediato trasferimento in strutture assistenziali o presso il domicilio. Rocca: "Un passo importante per decongestionare i PS". Il Dg Mostarda: "Un percorso virtuoso di assistenza e degenza".

1 MAR - Inaugurato oggi, presso l'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, l'Unità di degenza a gestione infermieristica (Ugi), alla presenza del presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, del direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, Andrea Urbani, e del direttore generale dell'Azienda, Narciso Mostarda.

Questo nuovo ambiente di 18 posti letto, situato presso il Padiglione Maroncelli, è stato concepito per accogliere pazienti adulti provenienti dalle Unità di degenza acuta dell'Azienda e mira a fornire, spiega una nota, "risposte adeguate ai bisogni di salute multidimensionali dei cittadini, garantendo cure di qualità, appropriatezza e sicurezza, attraverso l'implementazione di modelli assistenziali innovativi. Il reparto a gestione infermieristica è aperto e accogliente e, diversamente dalle altre unità di degenza, non ha orari di visita prestabiliti, consentendo ai familiari di visitare e trascorrere del tempo con i propri cari ricoverati in modo flessibile e libero".

L'Unità accoglie pazienti clinicamente stabili che non richiedono né un elevato impegno tecnologico né la costante presenza medica, caratterizzati da una parziale o totale non autosufficienza (anche temporanea), oppure affetti da patologie di tipo cronico degenerativo che non rendono possibile l'immediato trasferimento in strutture assistenziali o presso il domicilio. L'Ugi, sottolinea ancora la nota, "si impegna a favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territorio per assicurare la continuità assistenziale, migliorare l'utilizzo dei posti letto garantendo una presa in carico efficiente e riducendo gli accessi al Pronto Soccorso per ricoveri ripetuti".

L'Ugi, supervisionata dalla Direzione sanitaria del nosocomio, è gestita e coordinata da figure infermieristiche ad alta specializzazione e da assistenti sociosanitari, e in ogni caso garantisce la presenza del medico per ogni necessità. L'approccio assistenziale è basato sul lavoro di un team multiprofessionale e sul case management infermieristico, con l'obiettivo di garantire la centralità della persona assistita, la continuità delle cure e l'integrazione interprofessionale. L'inaugurazione dell'Ugi segna un passo significativo nella promozione di nuovi standard di assistenza sanitaria, evidenziando l'impegno dell'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini nel garantire cure di qualità e innovative ai cittadini.

"Decongestionare i pronto soccorso, riportare gli ospedali alla loro naturale funzione: gestione delle emergenze e dei pazienti acuti", dichiara nella nota il presidente della Regione Lazio, **Francesco Rocca**. "L'Unità di degenza a gestione infermieristica che oggi inauguriamo al San Camillo-Forlanini – aggiunge Rocca – è un passo importante in questa direzione. La nostra è una Regione dove il

numero di anziani è alto e continuerà a crescere nei prossimi anni. Dobbiamo essere pronti ad affrontare l'invecchiamento della popolazione, le cronicità e le comorbidità. Spazi come questi, con 18 posti letto, guidati da personale infermieristico e supervisionati dalla Direzione Sanitaria, consentiranno ai più fragili una più tempestiva ed efficace presa in carico", conclude il presidente della Regione Lazio.

"Il San Camillo – dichiara il direttore generale, **Narciso Mostarda** - è impegnato in un progetto di sviluppo e di investimenti sulla qualità e gli esiti delle cure. Tutto questo si colloca all'interno di un programma più ampio di accoglienza-degenza e di dimissioni presso strutture territoriali o presso il proprio domicilio. L'Unità di degenza a gestione infermieristica ci consente di migliorare questo processo virtuoso valorizzando l'esperienza e la competenza dei nostri infermieri".

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=120592&fr=n

Tre anni dalla pandemia: poca sensibilità per l'assistenza infermieristica e le sorti del Ssn

Walter De Caro, *Presidente Nazionale CNAI*

05 MAR - Gentile direttore,

le sfide di tenuta complessiva che sta affrontando il Servizio Sanitario Nazionale si riverberano sempre più sul suo personale, in specie gli infermieri, a pochi giorni dal terzo anniversario della dichiarazione della pandemia da parte dell'OMS, il prossimo 11 marzo.

Sono queste, anche sfide di aspirazione e di sensibilità: Quale è la nostra ambizione? Mantenersi su livelli drammaticamente inadeguati in talune aree di personale e servizi, non riuscendo a soddisfare i bisogni di salute, o pretendere tutti cittadini e professionisti, livello di servizio sanitario e trattamento del personale comparabili, ad esempio, di altri Paesi di riferimento?

Gli infermieri non si aspettavano di trovarsi ancora in questa situazione: profondamente colpiti nel loro quotidiano dalla mancanza della crescita di retribuzioni e di riconoscimento delle competenze, dalle inadeguate condizioni operative e dalla violenza sul posto di lavoro: tutti fattori esacerbati dalla pandemia e da tutti gli scossoni conseguenti e ancora non risolti.

È troppo facile continuare a dichiarare – per coloro che occupano posizioni di Governo e di scelta strategica ai diversi livelli – del loro amore per il SSN o gli infermieri, della stima verso il personale infermieristico che assiste valorosamente pazienti e cittadini, dell'essere una componente importante dei Servizi sanitari, conosciuti per la competenza e l'assistenza compassionevole.

Allo stesso tempo, però continuano a trattare il corpus professionale infermieristico come semplice "passeggero" del servizio sanitario. Passeggeri di cui sono sgradite le eventuali rimostranze, quando per esempio si assiste, pur assenza di robusti dati, al raddoppio dei posti disponibili per i corsi di laurea in Medicina e per le connesse specializzazioni (caso unico di formare più medici che

infermieri) e nessuna azione per aumentare l'attrattività per la professione infermieristica che versa in condizioni di carenza drammatiche.

Passeggeri che non sono compartecipi nelle scelte e negli investimenti che vengono fatti ai diversi livelli, anche in presenza di evidenti fallimenti, specie in paragone con altri paesi europei.

Per converso, stupisce, rispetto alle tante dichiarazioni in difesa del SSN, il progressivo finanziamento dei servizi sanitari privati – specie su base assicurativa - da parte di tanti Ministeri, Agenzie, Università pubbliche, espresse in forma di benessere/welfare aggiuntivo per il personale, o la ampia “pubblicizzazione” da parte di organizzazioni legate allo “Stato” di professionisti e prestazioni erogate in regime privatistico.

Qualche interrogativo rispetto alla “vision” che hanno queste Istituzioni può senza altro porsi, visto che queste azioni potrebbero far evidenziare un piano inclinato, con ipotesi di alterazione della concorrenza nello specifico settore, dovuto all'impiego di risorse pubbliche. Questo rileva sempre più la necessità di una specifica regolazione delle partnership pubblico-privato nel sistema salute e una diversa modalità di acquisizione di servizi e personale.

Mentre le liste di attesa sono fuori controllo, la componente out-of-pocket di spesa ha di molto superato il 20%; in molte (tutte?) le Regioni procedono – a geometria variabile - i lavori per le attività del PNRR. Tuttavia, al momento, poco si è tradotto nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria nel cambiamento per i cittadini (partendo dal semplificare l'accesso alle strutture), venendo incontro alle loro esigenze rispetto alle crescenti tendenze (aumento della prevalenza della disabilità, invecchiamento della popolazione, nuove terapie), che portano ad una domanda di salute, in molti casi non adeguatamente corrisposto.

Ancora meno si sta facendo – in concreto per il personale infermieristico in termini di prospettive di autonomia e continuità del percorso assistenziale con la pratica specialistica, la pratica avanzata, la prescrizione di farmaci.

La stessa norma sull'abolizione del vincolo di esclusività per i professioni sanitari resta ancora inattuata in diverse realtà e le anomale proposte di favorire la migrazione internazionale verso l'Italia non sembrano aver il dovuto seguito a molti mesi dalle dichiarazioni, se non continuare a prevede un quadro legislativo che vede possibile l'esercizio temporaneo delle qualifiche professionali sanitarie e della qualifica di operatore socio-sanitario, in deroga alle norme sul riconoscimento delle qualifiche professionali: un “unicum” a livello globale.

Non si può infatti, non sottolineare, quindi il tema cruciale e nettamente sempre più emergente della “demoralizzazione” degli infermieri italiani, dopo tutti questi anni di promesse mancate, fatte dall'interno e dall'esterno della professione.

Nulla si è concretizzato per la ridefinizione dei limiti dell'agire professionale tra professioni e dei livelli di organico da garantire per la sicurezza dei pazienti. Prevale un atteggiamento “conservativo” – di mantenimento dello status quo di relazioni – tale da non consentire quegli avanzamenti utili ai cittadini, come facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria, attraverso infermieri che possa in autonomia trattare e gestire gli episodi di salute dei cittadini in continuità, oltre alla migliore protezione nelle situazioni di emergenza.

La salute è la vera ricchezza per ogni Paese. Rappresenta il volano principale delle economie e il suo capitale umano; gli infermieri quale professione più numerosa devono davvero passare dall'essere invisibile all'essere considerata preziosa, come sostengono da sempre il Consiglio Internazionale degli infermieri (ICN) e la Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermieri (CNAI) e come evidenziato nel recente International Workforce Forum a Stoccolma.

Si auspica inoltre che i dati di confronto e le “prove” sempre più presenti in ambito europeo ed internazionale, possano fornire lo stimolo per convincere i decisori istituzionali e politici dell'urgente necessità di un cambiamento migliorativo per professione infermieristica e per il Servizio Sanitario nazionale pubblico.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120636

Sociale, long care e terza età

quotidianosanita.it

Io, Basaglia e la polenta ancora da mangiare

Ivan Cavicchi

Con Basaglia la psichiatria avrebbe dovuto iniziare un percorso riformatore che sarebbe dovuto andare al di là della 180 cioè diventare una “scienza politica”. In realtà a vedere le cose meglio da vicino essa in molti casi si è fermata proprio dopo Basaglia alla ideologia non riuscendo a diventare ancora oggi né politica e né scienza

14 MAR -

Conobbi Basaglia nel 1980 quando si trasferì a Roma lasciando Trieste per fare il coordinatore dei servizi psichiatrici della [Regione Lazio](#). A quel tempo ero giovane lavoravo in ospedale ed ero allo stesso tempo il responsabile della sanità della camera del lavoro di Roma.

Conoscerlo per me fu come incontrare il “maestro” quello che mi aveva indicato la strada da seguire e che avevo nel cuore in ogni manifestazione in ogni convegno in ogni riunione fatta nella mia città per la chiusura del S. Maria della Pietà.

Lo incontrai in realtà poche volte perché dopo la sua venuta a Roma lui si ammalò. Gianni De Plato mio amico e amico a sua volta di Basaglia fu praticamente colui che dalle prime avvisaglie comprese la grave malattia di Basaglia. Più tardi mi confidò che quando Basaglia si sentì male per la prima volta, lui era con lui e non poté fare a meno di sospettare che egli avesse qualcosa di brutto. Basaglia morì a 56 anni a causa di un cancro cerebrale. Gianni purtroppo ci aveva visto giusto.

Che Basaglia morisse in questo modo a parte rattristarmi mi turbò profondamente. Colui che ci aveva insegnato a ridefinire la malattia mentale era morto a causa di un cancro al cervello. La sua era una morte tragicamente metonominica. Come se il cervello si fosse preso la rivincita su colui che l'aveva così tanto radicalmente riformato.

Basaglia contesta la psichiatria biologistica del '900 contrapponendogli una psichiatria politica molto più avanzata. E lo fa quando ancora non era approdata nel nostro paese la teoria della complessità. “La sfida della complessità” [\[1\]](#) arriva in Italia 5 anni dopo la morte di Basaglia. Quindi Basaglia senza il supporto della teoria della complessità di fatto destrutturò la psichiatria manicomiale anche se l'idea di antipsichiatria che tutti gli attribuiscono alla fine non gli è mai piaciuta così tanto. Lui riteneva di avere una propria idea originale di “altra psichiatria” che con Cooper, come dichiarò lui stesso, aveva poco a che fare.

La psichiatria ancora oggi soprattutto quella accademica mostra soprattutto attraverso certi psichiatri di non aver gradito questa idea di “altra psichiatria”. Ancora oggi Basaglia è assente dai programmi di formazione delle scuole specialistiche in psichiatria. Il problema del famoso “cane morto” di cui parlo nel mio libro. [\[2\]](#)

Se Minsky molti anni dopo la morte di Basaglia scriveva che “la mente è semplicemente quello che fa il cervello” [\[3\]](#) Basaglia molto tempo prima della teoria della complessità scriveva che la mente è quello che fa il cervello ma dentro una società che non può essere rimossa o negata ma che al contrario deve essere esplicitata denunciata criticata perché interdipendente. Basaglia come è noto non aveva una grande considerazione per la psicologia. A quel tempo la complessità era prevalentemente politica.

Quindi da Basaglia in poi i problemi di salute mentale anche senza la teoria della complessità, vanno letti in un ambito più largo la cui estensione coincide con l'intera società e con le sue contraddizioni. Con Basaglia la psichiatria avrebbe dovuto iniziare un percorso riformatore che sarebbe dovuto andare al di là della 180 cioè diventare una "scienza politica". In realtà a vedere le cose meglio da vicino essa in molti casi si è fermata proprio dopo Basaglia alla ideologia non riuscendo a diventare ancora oggi né politica e né scienza. Oggi ce la passiamo male molto male secondo me anche per questo. Ma vedo che l'intero settore fa un po' orecchio da mercante. Si tira a campare.

Questa è sostanzialmente la tesi che anche in questo ricordo di Basaglia mi sento di riproporre e che ho chiamato, nel libro citato prima, il problema della "sinfonia incompiuta".

La 180 è senz'altro il "primo tempo" di una sinfonia che Basaglia aveva iniziato a suonare sfidando il suo tempo ma che non è ancora finita e che rischia per le ragioni note di restare incompiuta

La svolta politica di Basaglia se noi restiamo prigionieri della ideologia che fino ad ora ha dominato quasi interamente sul settore della salute mentale, se non la sosteniamo con un nuovo rinnovato moderno pensiero politico e scientifico quindi dentro una più avanzata teoria della complessità, rischia di essere vanificata.

Basaglia ha lanciato una sfida epistemologica che per me è stata accolta solo in parte.

La lezione di Gramsci su rapporti inesplorati tra ideologia scienza politica è chiara. Ma anche Gramsci viene prima della complessità. L'ideologia serve ed è utile ma deve diventare politica e può diventare politica solo se è sostenuta da una scienza adeguata.

A tutt'oggi nella salute mentale c'è ancora molta ideologia poca scienza e pur giunta biologistica ma soprattutto non c'è politica. Quanto a complessità lasciamo perdere.

Ancora oggi a partire dalla legge 180 il DSM resta indefinito.

La Dirindin nel 2017 per compiacere proprio l'ideologia e la pura apologia della 180, propose una inutile quanto ridicola 180 bis (QS 19 settembre 2017) una scopiazzatura dell'ultimo progetto obiettivo (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999) ma a sua volta senza definire il DSM. Per lei la 180 bis non doveva toccare la 180 per cui il DSM restò indefinito.

Quando Basaglia venne a Roma agli inizi degli anni '80 in CGIL avevo messo in piedi un gruppo di lavoro per definire il DSM. A quel tempo il DSM era solo una concezione generica e fumosa e per giunta molto ideologica.

Alla fine del gruppo di lavoro organizzammo un convegno invitando tutti i servizi, proprio per connotare e denotare il DSM. Basaglia non poté partecipare proprio per ragioni di salute. Ricordo che vennero tutti ma alcuni con molte riserve soprattutto quelle avanzate dai responsabili di dipartimento (ricordo ancora quelle di Lo Savio, di Antonucci, di Piccioni). Il tono era: grazie tutto molto interessante ma...

Soprattutto i responsabili di dipartimento si sentivano in qualche modo espropriati delle loro competenze e psichiatra democratica un po' declassata. In fin dei conti che c'entrava il sindacato. C'era psichiatra democratica e i servizi e poi loro i capi dei dipartimenti. A quei tempi psichiatria democratica pretendeva semplicemente che il sindacato si limitasse a sostenerla e a seguire le sue politiche. Ma la linea non era il sindacato che doveva darla.

Alcuni giorni dopo il convegno raccontai per telefono a Basaglia come era andata lui si mise a ridere divertito e ricordo ancora la sua battuta "tutti bravi prevosti ma di polenta da mangiare ne hanno ancora tanta".

E aveva ragione lui. Ancora oggi c'è ancora tanta polenta da mangiare. La sinfonia incompiuta, per l'appunto.

Al contrario dei "prevosti" Basaglia apprezzò tantissimo la proposta al punto tale che due anni dopo la sua morte in un libro il cui titolo era "trasformazioni socio sanitarie"^[4] la pubblicai integralmente tale e quale, dedicandole il capitolo 3 "Il dipartimento per la salute mentale (DSM). La parte conclusiva di questo capitolo si chiudeva con un paragrafo molto polemico che a Basaglia era davvero piaciuto molto, il cui titolo era "Il servizio manicomiale su base dipartimentale".

Ancora oggi dopo circa 50 anni da quella proposta di DSM per me essa resta ancora la definizione migliore di DSM. Ancora oggi la provocazione del "servizio manicomiale su base dipartimentale" è ancora attuale. Secondo Basaglia il manicomio era stato chiuso ma era anche rispuntato sotto svariate forme". Cioè il problema della "sinfonia incompiuta" non era per niente campato per aria.

Dopo di lui proprio questa neo-manicomialità di ritorno sembrerebbe dimostrare che nessuno oggi ha i numeri per continuare il lavoro di Basaglia cioè completare la stesura della sinfonia E questo pur me, pur con tutte le giustificazioni sui cambiamenti del mondo, sui cambi di governo, sulle guerre e sulle crisi finanziarie, sul defianziamento della sanità, dopo anni di governo soprattutto da parte della sinistra sulla sanità, quindi da parte di chi ha sempre sostenuto il pensiero di Basaglia, è enormemente triste.

La grande lezione di Basaglia lo ribadisco per me è il suo grande coraggio riformatore ma i “prevosti” come li ha chiamati lui da quel che sembra di coraggio ne hanno poco molto poco forse è per questo che la salute mentale sta andando come il resto della sanità pubblica a “ramengo”. Davvero peccato.

[1] G.Luca Bocchi M.Ceruti *La sfida della complessità Feltrinelli* 1985

[2] I. Cavicchi *Oltre la 180 Castelvecchi* 2022

[3] di [Marvin Minsky](#) *La società della mente Adelphi*, 1989

[4] I. Cavicchi *Trasformazioni socio- sanitarie Bulzoni editore* 1082

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120858



Franco Basaglia 100 (1)

Benedetto Saraceno, Luciano Carrino, Nerina Dirindin e Roberto Beneduce

Il giorno 11 marzo 2024 celebriamo i cento anni dalla nascita di Basaglia. Salute Internazionale ha deciso che il modo migliore per onorare questa figura fondamentale del Novecento sia quella di chiedere ad alcuni protagonisti che hanno contribuito a riflettere e lottare per l'inclusione sociale contro ogni forma di istituzione totale, a formulare in poche righe un loro pensiero sulla attualità dell'opera di Franco Basaglia.

Benedetto Saraceno

Se qualcuno mi chiedesse di associare il nome di Franco Basaglia a una virtù risponderci senza esitare: il coraggio.

Il coraggio di essere e andare contro, non solo contro l'establishment psichiatrico ma anche contro costumi e leggi che impedivano la trasformazione della psichiatria a Gorizia, a Parma e a Trieste.

Il coraggio di Basaglia ha permesso di esigere e realizzare l'impossibile che è diventato possibile.

Esigere e realizzare non una società senza diversi, ma una società diversa. Una società dove le identità si fanno deboli per dare luogo a una cittadinanza diffusa.

Il giorno 11 marzo 2024 celebriamo i cento anni dalla nascita di Basaglia, una buona occasione per assumere l'impegno a che questa celebrazione non sia l'elogio di uno scomparso ma la continuazione consapevole di un pensiero e di una opera vivi e viventi.

Salute Internazionale ha deciso che il modo migliore per onorare questa figura fondamentale del Novecento sia quella di chiedere ad alcuni protagonisti che hanno contribuito, e continuano a contribuire, a riflettere e lottare per l'inclusione sociale contro ogni forma di istituzione totale, per i diritti e per una sanità pubblica giusta e universale, a formulare in poche righe un loro pensiero sulla attualità dell'opera di Franco Basaglia.

Luciano Carrino

Psichiatra, presidente di KIP International School

Per molte ragioni, i contributi dati da Franco Basaglia alla scienza, alla cultura e alla politica sono attuali.

Innanzitutto, il lavoro contro i manicomi non è certo finito con l'approvazione della legge che li ha aboliti. Infatti, nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali generali si adottano ancora oggi pratiche di contenimento e di maltrattamento dei ricoverati. Lo stesso accade anche in molte cliniche private. Perciò si può dire che il lavoro per abolire i manicomi sia appena iniziato e sarà attuale per molto tempo.

Dove la medicina corrente vede un malato, Basaglia vedeva una persona con i suoi diritti e il suo modo di vivere.

Il suo approccio, benché giusto, deve ancora diventare attuale per molti medici e operatori sanitari.

Basaglia riteneva che il manicomio fosse espressione delle dinamiche di esclusione sociale che permeano l'intera società. Lavorare per abolirlo significava anche dare un contributo per migliorare la qualità della vita sociale.

Perciò Basaglia rimarrà attuale finché vi saranno società capaci di emarginare e opprimere la gente.

Per Basaglia, la follia, piccola o grande che sia, fa parte della vita. L'esperienza di Trieste, che egli guidò, fu anche una nicchia di buona follia fatta di relazioni umane animate dal sogno di un mondo accogliente e piacevole.

Ricordo, per esempio, i "collettivi arcobaleno", lanciati da Ugo Guarino, che usarono il disegno per svolgere una campagna educativa nelle scuole contro la violenza nei manicomi e nella vita sociale.

Ricordo gli incontri nelle osterie della vecchia Trieste, i balli organizzati sul lungomare di Barcola e tante altre iniziative, il cui messaggio era sempre che la vita può essere bella per tutti. La psichiatria, usata per lo più per contenere e reprimere i folli, diventava strumento per liberarli e trasmettere un pizzico di benefica follia alla società.

Basaglia, infine, fu antifascista. E questo è più attuale che mai.

Nerina Dirindin

Politica e economista, Università di Torino

In un paese sfiancato da una lunga crisi economia (dalla quale non siamo ancora usciti) e messo in ginocchio da una pandemia che ci ha lasciati tutti più insicuri, avremmo bisogno di punti di riferimento solidi, capaci di guidare ognuno di noi, in particolare i più giovani.

Nella salute mentale, un ambito dove la dignità e i diritti delle persone sono ancora spesso calpestati, abbiamo una legge (la 180/1978), riferimenti valoriali (i principi alla base del nostro welfare), testimonianze e prassi (di maestri e di operatori) che ci pongono all'avanguardia nel mondo. Molto è stato fatto, ma molto purtroppo resta ancora da fare. E le gravi sofferenze che sperimentano le persone con disturbi mentali rischiano di essere ignorate o relegate ai margini del dibattito politico, scientifico e sociale.

La storia della salute mentale in Italia è forse il caso più eclatante di una buona legge (la legge Basaglia) che, approvata da un'ampia maggioranza, è stata – per molte parti – lasciata cadere nel nulla. Una condizione che un numero sempre più ampio di persone sperimenta sulla propria pelle.

Per questo abbiamo bisogno di smetterla di accettare acriticamente che alla salute mentale sia riservata un'attenzione del tutto marginale. Abbiamo bisogno che i professionisti e la società civile diventino testimoni di cosa si può fare e rivendichino quanto Basaglia ci ha insegnato (e che abbiamo imparato così poco).

Dobbiamo far conoscere ai giovani il pensiero di Basaglia, le ragioni dell'universalismo in sanità, i determinanti sociali della salute, le pratiche rispettose della dignità delle persone. Perché i giovani sono i depositari delle nostre speranze. E perché, pur dando spesso per scontati la libertà e i diritti di cui dispongono, in molti casi dimostrano di non voler soccombere all'indifferenza e alle inerzie consolidate. L'impossibile può diventare – come diceva Basaglia – possibile.

Roberto Beneduce

Antropologo, Università di Torino

Dentro una prospettiva che invoca la decolonizzazione dei saperi, delle pratiche, dei paradigmi, Basaglia è oggi protagonista per molte ragioni. La sua decostruzione della diagnosi psichiatrica, di cui misura tutta la violenza e la complicità con l'ordine sociale, è il primo antidoto che egli lascia alle nuove generazioni, spesso ipnotizzate dalle nuove categorie diagnostiche, la cui grottesca proliferazione dovrebbe in sé generare invece sospetto. Se nel dibattito internazionale di quegli anni va prendendo forma l'analisi della crescente medicalizzazione della sofferenza e del disagio, Basaglia ne ha potuto riconoscere gli esiti disastrosi ascoltando le voci dei pazienti reclusi negli ospedali psichiatrici. Senza negare la malattia mentale, egli ne coglie il valore di indice, nel senso semiotico del termine: la malattia mentale dice ciò che la società e le istituzioni mascherano. La sua lezione è profetica là dove permette di anticipare il ritorno di quadri sintomatologici che la fine del manicomio sembrava aver cancellato (come la catatonia nella cosiddetta "sindrome della rassegnazione") e le nuove patologie della cittadinanza.

Basaglia è protagonista del nostro tempo anche per altre ragioni: del manicomio egli riconosce la natura di classe. Sa perfettamente qual è il profilo sociale di coloro che vi sono stati catturati, ed è la sensibilità verso il corpo e la parola degli esclusi a mettere in evidenza il ruolo della psichiatria nella riproduzione dei rapporti di senso, oltre che di potere. Una lettura gramsciana, si è tentati di dire, che ricorda come il comportamento degli ultimi sia spesso respinto nei recinti della patologia o della barbarie. Da qui la critica radicale dell'istituzione psichiatrica, la cui violenza è denunciata quale ne sia la forma, e il progetto di una cura della "alienazione" intesa come lotta infinita contro lo spossamento dell'esperienza.

Basaglia è imprescindibile, inoltre, là dove le sue riflessioni ricordano il carattere coloniale e razzista delle pratiche psichiatriche: il suo ripetuto richiamo a Fanon e alla colonia, ai "dannati della terra", alla violenza razziale, è oggi decisivo per interpretare il razzismo diagnostico e l'esclusione di cui sono oggetto immigrati e richiedenti asilo.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/03/franco-basaglia-100-1/>

Dall'Oms un nuovo manuale a supporto della diagnosi di disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico

Il documento riflette gli aggiornamenti della ICD-11 ed è stato sviluppato utilizzando le più recenti evidenze scientifiche disponibili e le migliori pratiche cliniche. È progettato per supportare i professionisti qualificati della salute mentale e di altri professionisti della salute per identificare e diagnosticare disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico in contesti clinici

08 MAR -

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato oggi un nuovo e completo manuale diagnostico per i disturbi mentali, comportamentali e del neurosviluppo: "Le descrizioni cliniche e i requisiti diagnostici per i disturbi mentali, comportamentali e del neurosviluppo ICD-11 (ICD-11 CDDR)".

Il manuale, che riflette gli aggiornamenti della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11) (adottata dall'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019 ed entrata formalmente in vigore nel gennaio 2022) si rivolge ai professionisti della salute mentale e ai professionisti sanitari qualificati non specialisti, come i medici di base responsabili dell'assegnazione di queste diagnosi in contesti clinici, nonché ad altri professionisti sanitari in ruoli clinici e non clinici, come infermieri, terapisti occupazionali e assistenti sociali, che hanno bisogno di comprendere la natura e i sintomi delle malattie mentali, disturbi comportamentali e del neurosviluppo, anche se non assegnano personalmente diagnosi.

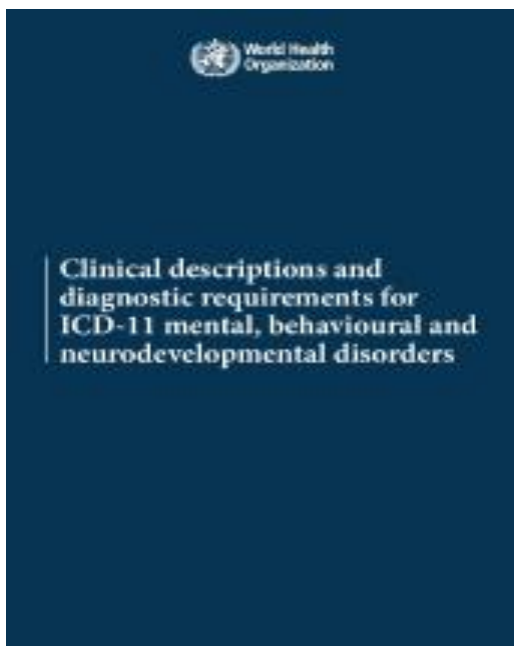
Il documento è stato sviluppato utilizzando le più recenti evidenze scientifiche disponibili e le migliori pratiche cliniche ed è progettato per supportare i professionisti qualificati della salute mentale e di altri professionisti della salute per identificare e diagnosticare disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico in contesti clinici.

*"Una diagnosi accurata è spesso il primo passo fondamentale per ricevere cure e trattamenti adeguati. Supportando i medici nell'identificazione e nella diagnosi di disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico, questo nuovo manuale diagnostico ICD-11 garantirà a più persone di accedere alle cure e ai trattamenti di qualità di cui hanno bisogno", ha affermato **Dévara Kestel**, Direttore, Dipartimento di Salute Mentale e Uso di Sostanze, Organizzazione Mondiale della Sanità.*

La nuova guida diagnostica include le seguenti caratteristiche:

- *Linee guida sulla diagnosi per diverse nuove categorie aggiunte nell'ICD-11, tra cui il disturbo da stress post-traumatico complesso, il disturbo da gioco e il disturbo da lutto prolungato. Ciò consente un migliore supporto agli operatori sanitari per riconoscere meglio le caratteristiche cliniche distinte di questi disturbi, che in precedenza potrebbero non essere stati diagnosticati e trattati.*
- *L'adozione di un approccio ai disturbi mentali, comportamentali e neurologici che abbraccia l'arco della vita, compresa l'attenzione a come i disturbi compaiono nell'infanzia, nell'adolescenza e negli anziani.*
- *La fornitura di linee guida relative alla cultura per ogni disturbo, compreso il modo in cui le presentazioni del disturbo possono differire sistematicamente in base al background culturale.*
- *L'incorporazione di approcci dimensionali, ad esempio nei disturbi di personalità, riconoscendo che molti sintomi e disturbi esistono in un continuum con il funzionamento tipico.*

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=120739



Descrizioni cliniche e requisiti diagnostici per i disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico ICD-11 (CDDR)

Panoramica

Le **descrizioni cliniche e i requisiti diagnostici per i disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico dell'ICD-11 (CDDR)** è un manuale diagnostico completo progettato per supportare l'identificazione e la diagnosi accurata e affidabile di questi disturbi in contesti clinici in tutto il mondo. Sulla base dell'analisi delle più recenti evidenze scientifiche disponibili e delle migliori pratiche cliniche, i **CDDR** sono stati sviluppati e testati attraverso un approccio rigoroso, multidisciplinare e partecipativo che ha coinvolto centinaia di esperti e migliaia di medici in tutto il mondo. Una diagnosi accurata è generalmente il primo passo verso cure e trattamenti adeguati. Supportando una diagnosi accurata e tempestiva dei disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico, il **CDDR** garantirà in definitiva che più persone possano accedere a servizi che soddisfano le loro esigenze.

I CDDR dell'ICD-11 sono finalizzati a:

- professionisti della salute mentale e professionisti sanitari non specialisti come i medici di base responsabili dell'assegnazione di queste diagnosi in contesti clinici;
- altri professionisti sanitari in ruoli clinici e non clinici, come infermieri, terapisti occupazionali e assistenti sociali, che hanno bisogno di comprendere la natura e i sintomi dei disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico anche se non assegnano personalmente le diagnosi; E
- studenti e tirocinanti nel campo della salute mentale e in altri campi della salute che necessitano di acquisire una comprensione della natura e dei sintomi dei disturbi mentali, comportamentali e dello sviluppo neurologico come parte della loro istruzione e formazione.

L'undicesima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) dell'OMS è lo standard globale per la registrazione e la segnalazione di malattie e condizioni correlate alla salute. Fornisce una nomenclatura standardizzata e un linguaggio sanitario comune per gli stati membri dell'OMS, i sistemi sanitari e gli operatori sanitari di tutto il mondo. L'ICD-11 è stato adottato dalla 72^a ^{Assemblea} Mondiale della Sanità nel maggio 2019 ed è entrato in vigore come base per la rendicontazione sanitaria nel gennaio 2022.

I **CDDR** sono una versione clinica dell'ICD-11 e quindi complementari al sistema per la rendicontazione statistica dei informazioni sanitarie, denominate linearizzazione per le [statistiche di mortalità e morbilità \(MMS\)](#).

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>



Covid, il virus può rimanere nell'organismo per oltre 1 anno

Uno studio apre prospettive sul Long Covid

Il Covid può persistere nel sangue e nei tessuti dei pazienti per più di un anno dopo la fine della fase acuta della malattia, secondo una nuova ricerca della University of California San Francisco.

Gli studiosi hanno trovato frammenti di Sars-CoV-2, denominati antigeni Covid, persistenti nel sangue fino a 14 mesi dopo l'infezione e per più di due anni in campioni di tessuto di persone colpite dal virus.

I risultati sono stati presentati alla Conferenza sui retrovirus e le infezioni opportunistiche (Croi), che si è tenuta dal 3 al 6 marzo 2024 a Denver.

All'inizio della pandemia, si pensava che il Covid-19 fosse una malattia transitoria. Ma un numero crescente di pazienti, anche quelli che in precedenza erano sani, hanno continuato ad avere sintomi come confusione mentale, problemi digestivi e problemi vascolari, per mesi o addirittura anni.

I ricercatori hanno esaminato campioni di sangue di 171 persone che erano state infettate da Covid. Utilizzando un test ultrasensibile per la proteina Spike, che aiuta il virus a penetrare nelle cellule umane, hanno scoperto che il virus era ancora presente fino a 14 mesi dopo in alcune persone. Tra coloro che erano ricoverati in ospedale per Covid, la probabilità di rilevare gli antigeni era circa il doppio. Poiché si ritiene che il virus persista nei serbatoi dei tessuti, gli studiosi si sono rivolti poi alla Long Covid Tissue Bank, che contiene campioni donati da pazienti con e senza Long Covid.

Hanno rilevato porzioni di RNA virale fino a due anni dopo l'infezione, sebbene non vi fossero prove che le persone si fossero reinfezionate. L'hanno trovato nel tessuto connettivo dove si trovano le cellule immunitarie, cosa che suggerisce che i frammenti virali possano causare l'attacco del sistema immunitario. I ricercatori evidenziano che sono necessari ulteriori studi per determinare se la persistenza di questi frammenti determina il Long Covid e i rischi associati come infarto e ictus. Ma, sulla base di questi risultati, il team di ricerca è coinvolto in numerosi studi clinici che stanno testando se gli anticorpi monoclonali o i farmaci antivirali possono rimuovere il virus e migliorare la salute delle persone con Long Covid.

https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2024/03/11/covid-il-virus-puo-rimanere-nellorganismo-per-oltre-1-anno_59f24ac3-d6e9-4cb7-9ffa-adf78bf87809.html

la Repubblica

Istat, record storico delle famiglie in povertà assoluta. L'inflazione spinge la spesa

La quota sale leggermente all'8,5% dall'8,3% del 2022. Crescono le famiglie in difficoltà al Nord

MILANO – Sale leggermente la quota di famiglie in povertà assoluta, salendo al 8,5% del totale delle famiglie residenti dall'8,3% del 2022 e toccando il massimo storico.

In termini di individui il dato è pari a 5,7 milioni, invariato rispetto allo scorso anno.

È quanto mette in evidenza l'Istat nelle sue stime preliminari.

Nel Nord, dove le persone povere sono quasi 136mila in più rispetto al 2022, l'incidenza della povertà assoluta a livello familiare è sostanzialmente stabile (8,0%), mentre si osserva una crescita dell'incidenza individuale (9,0%, dall'8,5% del 2022).

Il Mezzogiorno mostra anch'esso valori stabili e più elevati delle altre ripartizioni (10,3%, dal 10,7 del 2022), anche a livello individuale (12,1%, dal 12,7% del 2022).

L'incidenza di povertà assoluta è stabile all'8,2% tra le famiglie con persona di riferimento (p.r.) occupata (interessando oltre 1 milione 100mila famiglie in totale).

Da segnalare, però, un peggioramento rispetto al 2022 della condizione delle famiglie con p.r. lavoratore dipendente: l'incidenza raggiunge il 9,1%, dall'8,3% del 2022, riguardando oltre 944 mila famiglie. Nel 2023, i minori che appartengono a famiglie in povertà assoluta sono pari a 1,3 milioni, un numero sostanzialmente stabile rispetto al 2022.

L'Istat aggiunge però che l'incidenza di povertà assoluta individuale per i minori è pari al 14%, il valore più alto della serie storica dal 2014.

Rispetto al 2022, le incidenze di povertà sono stabili tra i giovani di 18-34 anni (11,9%) e tra gli over65 (6,2%), che restano la fascia di popolazione a minore disagio economico.

L'inflazione spinge invece la spesa delle famiglie.

Il dato cresce in termini correnti del 3,9% rispetto all'anno precedente.

In termini reali invece si riduce dell'1,8% per effetto dell'inflazione (+5,9% la variazione su base annua dell'indice armonizzato dei prezzi al consumo), senza particolari differenze tra le famiglie più o meno abbienti.

Nel dettaglio, la spesa media delle famiglie è cresciuta da 2.519 a 2.728 euro mensili, con un aumento in valori correnti dell'8,3%.

L'aumento è stato più accentuato nel Mezzogiorno (+14,3%), dove la spesa è salita da 1.955 a 2.234 euro mensili, e nel Centro (+11,4%), dove è cresciuta da 2.651 a 2.953 euro mensili.

Nel Nord, invece, l'incremento è stato del 4,5% (dai 2.837 euro mensili del 2014 ai 2.965 del 2023), ben al di sotto del dato nazionale.

Al netto dell'inflazione, nel 2023, la spesa delle famiglie diminuisce in termini reali del 10,5% rispetto al 2014.

https://www.repubblica.it/economia/2024/03/25/news/istat_famiglie_poverta_assoluta-422368846/?ref=RHVS-BG-P3-S2-T1

la Repubblica

Covid, durante la pandemia l'aspettativa di vita si è abbassata di 1,6 anni

Durante i primi due anni della pandemia il calo è stato molto più pronunciato di quanto si pensasse. I dati di uno studio appena pubblicato sulla rivista Lancet

Il Covid-19 ha causato un calo di 1,6 anni dell'aspettativa di vita media delle persone in tutto il mondo durante i primi due anni della pandemia, un calo più drammatico di quanto si pensasse, lo rileva uno studio. Secondo centinaia di ricercatori che hanno esaminato i dati dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), con sede negli Stati Uniti, si tratta di una brusca inversione di tendenza rispetto a un aumento dell'aspettativa di vita globale durato decenni.

L'impatto del virus sull'aspettativa di vita nella prima fase della pandemia

"Per gli adulti di tutto il mondo, la pandemia di Covid-19 ha avuto un impatto più profondo di qualsiasi altro evento visto in mezzo secolo, compresi i conflitti e le catastrofi naturali", ha dichiarato [Austin Schumacher](#), ricercatore dell'IHME e autore principale dello [studio pubblicato sulla rivista The Lancet](#). Nel periodo 2020-2021, l'aspettativa di vita è diminuita nell'84% dei 204 Paesi e territori analizzati, "dimostrando il potenziale impatto devastante" dei nuovi virus, ha dichiarato in un comunicato.

I ricercatori hanno stimato che il tasso di mortalità per le persone di età superiore ai 15 anni è aumentato del 22% per gli uomini e del 17% per le donne in questo periodo. Città del Messico, Perù e Bolivia sono stati alcuni dei luoghi in cui l'aspettativa di vita è diminuita maggiormente.

La mortalità infantile

Ma c'è una buona notizia nelle stime aggiornate dello storico studio Global Burden of Disease dell'IHME. Nel 2021 moriranno mezzo milione di bambini sotto i cinque anni in meno rispetto al 2019, continuando il declino a lungo termine della mortalità infantile.

Il ricercatore dell'IHME Hmwe Hmwe Kyu ha salutato questo "incredibile progresso", affermando che il mondo dovrebbe ora concentrarsi sulla "[prossima pandemia](#) e affrontare le vaste disparità di salute tra i Paesi". Nonostante la battuta d'arresto della pandemia, le persone vivono ancora molto più a lungo di un tempo.

Tra il 1950 e il 2021, l'aspettativa di vita media alla nascita è aumentata di 23 anni, passando da 49 a 72, hanno affermato i ricercatori.

Secondo le stime dei ricercatori, Covid è stato responsabile di 15,9 milioni di morti in eccesso nel periodo 2020-2021, direttamente a causa del virus o indirettamente a causa di interruzioni legate alla pandemia. Si tratta di un milione di morti in eccesso in più rispetto a quanto precedentemente stimato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'eccesso di decessi si calcola confrontando il numero totale di morti con il numero che ci si sarebbe aspettati se non ci fosse stata la pandemia.

L'eccezione delle isole

Barbados, Nuova Zelanda e Antigua e Barbuda sono stati tra i Paesi con il più basso tasso di decessi in eccesso durante la pandemia, riflettendo in parte il fatto che le isole isolate sono state spesso risparmiate dal peso della Covid. Lo studio ha anche mostrato come le popolazioni di molti Paesi benestanti e in via di invecchiamento abbiano iniziato a diminuire, mentre continuano a crescere nei Paesi meno ricchi.

Questa dinamica "porterà a sfide sociali, economiche e politiche senza precedenti, come la carenza di manodopera nelle aree in cui le popolazioni più giovani si stanno riducendo e la scarsità di risorse nei luoghi in cui la popolazione continua a espandersi rapidamente", ha avvertito Schumacher. "Le nazioni di tutto il mondo dovranno cooperare per l'emigrazione volontaria", ha aggiunto.

https://www.repubblica.it/salute/2024/03/12/news/covid_aspettativa_di_vita_lancet-422295004/?ref=RHVS-BG-P10-S10-T1

quotidianosanita.it

Osservatorio integrazione sociosanitaria: censite 100 significative buone pratiche nelle prime 8 regioni. Nel 2024 a termine la mappatura nazionale

Censite dall'Osservatorio promosso da Federsanità, in convenzione con Agenas. Dalla presa in carico dei più fragili alle esperienze dei centri anti violenza, dalle azioni di comunicazione e formazione fino alle attività di supporto per la salute mentale, dai servizi di assistenza domiciliare alle iniziative per il benessere delle comunità locali.

20 MAR -

A Roma l'evento annuale dell'Osservatorio Federsanità-Agenas che traccia un bilancio di quanto realizzato in Italia dalle aziende sanitarie pubbliche, dagli enti locali e dalla sinergia col terzo settore. Focus degli esperti, istituzioni e accademici su quanto realizzato nei Laboratori territoriali in Piemonte, Lombardia, Marche e Friuli-Venezia Giulia.

Sono 100 le buone pratiche maggiormente significative raccolte in 8 Regioni in tema di integrazione sociosanitaria e censite dall'Osservatorio promosso da Federsanità, in convenzione con Agenas. Dalla presa in carico dei più fragili alle esperienze dei centri anti violenza, dalle azioni di comunicazione e formazione fino alle attività di supporto per la salute mentale, dai servizi di assistenza domiciliare alle iniziative per il benessere delle comunità locali.

E molto altro, in un "catalogo virtuale" che, in continua evoluzione e ampliamento, raccoglie, anno dopo anno, due tipologie di esperienze: quelle centrate sulle Conferenze/Comitati dei Sindaci di livello aziendale, di città metropolitana, di ambito territoriale locale e le esperienze fondate su forme di co-governo congiunto tra aziende sanitarie e amministrazioni locali, che uniscono alla governance istituzionale integrata anche prerogative operative riferite alla programmazione e alla gestione integrata per rispondere ai bisogni di salute. Il 2024 vedrà il termine della mappatura nazionale.

"Sono particolarmente contento – dichiara il Direttore Generale di AGENAS **Domenico Mantoan** – di questo momento di approfondimento organizzato in Agenzia che sin dalla sua costituzione è impegnata nel fornire supporto al Ministero della salute e alle Regioni al fine di individuare, in modo equo su tutto il territorio nazionale, servizi sempre più aderenti ai bisogni dei cittadini/pazienti. Le buone pratiche presentate oggi ne sono un esempio tangibile e – conclude il DG – proprio per questo saranno oggetto di implementazione del Portale della Trasparenza al quale AGENAS sta lavorando da mesi rappresentando così la base di convenzionamento e finanziamento per i progetti di Regioni e Comuni previsti nelle Missioni 5 e 6 del PNRR."

Nel corso dell'evento, in particolare, sono state presentate le esperienze delle prime 4 regioni: Piemonte con i progetti "Nursery" Asl Biella, "Vaccini per adulti una strategia tra AOU e Comuni" AOU Novara, "Vite in Gioco" dei Comuni di Chieri, Moncalieri, Carmagnola, Nichelino e Asl To5, "Spazio Fragilità" ASL Novara e Progetto COT di ASL To3; Lombardia con i progetti "La cartella Sociale Informatizzata ASST di Lodi, "Modello Lecco" Asst Lecco, "Io Sportello Care Giver" ASST Nord Milano, "Dal generale al particolare: gli osservatori in ATS Milano e il progetto EDA nel Rhodense e il progetto "Caregiver Familiari :aver cura di chi si prende cura" del Collegio dei Sindaci di ATS Bergamo; le Marche con i progetti INRCA dei Punti Salute, Progetto Marea, Dimissioni protette e progetto inclusione e invecchiamento attivo. Infine, il Friuli-Venezia Giulia con i progetti "Ospedale di comunità" nell' Area giuliana, "Un dono in Comune" di Codroipo e Medio Friuli, "FVG in movimento. 10mila passi di Salute", "Progetto ARIA" di supporto ai Caregiver dell'ASP "Umberto Primo" Pordenone, "Progetto SEARCH" di ASFO, "Il ruolo delle Farmacie rurali - Farmacie di comunità, presenza sul territorio per la continuità dell'assistenza" di Federfarma FVG e il Comune di Sauris.

"Come di consueto l'appuntamento annuale di Agenas segna per l'Osservatorio il momento in cui tracciare il bilancio dell'annualità trascorsa e – ha sottolineato il vicepresidente vicario di Federsanità **Giovanni Iacono** - comporre la programmazione dell'annualità che inizia. Il progetto è stato fortemente voluto dalla Presidenza Frittelli che si ringrazia per il lavoro, fondamentale, svolto e vede i tre partner del programma, Federsanità, Agenas e Anci, impegnati in un'esperienza innovativa, significativa e utile per il paese. Il 2023 è stato caratterizzato dall'insediamento del Comitato Tecnico-Scientifico e dall'avvio dei Laboratori Territoriali, piena integrazione istituzionale e tecnica tra Federsanità Agenas e Anci e le diverse realtà dove, concretamente ed efficacemente, il sociale e il sanitario rendono servizi di eccellenza alle fragilità".

L'idea di un Osservatorio nazionale sull'integrazione sociosanitaria (OISS) nasce dall'esigenza di raccogliere le esperienze realizzate finora nell'integrazione sistemica tra sanitario e sociale, per metterle a disposizione dei decisori istituzionali e delle organizzazioni pubbliche e private che operano a questo scopo. Non si tratta della solita ricognizione delle migliori 'buone pratiche', al contrario si tratta di far emergere le esperienze diffuse per farle parlare della loro storia, dei risultati raggiunti insieme ai limiti riscontrati.

"È su questa idea-forza, ovvero evidenziare esperienze di integrazione per alimentare l'evoluzione profonda dei sistemi, che si sono saldate le volontà convergenti di Agenas, Federsanità e Anci, a partire dal periodo pandemico per convergere fortemente verso la nuova stagione delle riforme, recate dalle Missioni M5C2 e M6C1 del PNRR. La complessità delle esperienze proposte - ha spiegato **Domenico Scibetta** project leader di OISS - è resa evidente dalla molteplicità delle dimensioni dell'integrazione affrontate dalle singole buone pratiche raccolte, più della metà agisce su tre/cinque dimensioni dell'integrazione: istituzionale, direzionale-programmatico, professionale, gestionale, comunitario".

Allo stesso modo – prosegue **Francesco Enrichens** responsabile AGENAS Pon Gov ed esperto del Portale della Trasparenza – le oltre 100 buone pratiche diffuse su tutto il territorio nazionale hanno dato luogo a una comunità di pratica ciascuna composta e composita da circa mille professionisti del mondo sociosanitario (senza trattino) che si sono confrontate, autovalutate, scambiate esperienze e che hanno affinato strumenti e procedure reciprocamente. Da queste buone pratiche abbiamo ricavato il Manuale del Pon Gov unitamente a un vademecum nonché una piattaforma e il sito web che facilita il mantenimento delle comunità di pratica e dei contatti.

"L'Osservatorio - **Roberto Pella** Vicepresidente vicario ANCI - rappresenta una esperienza di primo livello, che dimostra come i territori siano già oggi in grado di offrire soluzioni da comparare e tipizzare e di "farsi laboratorio" per ascoltare bisogni emergenti e dare risposte strutturali. Questo approccio e questo percorso, che ci vedono tutti protagonisti comprimari, sono gli unici possibili: non saremo in grado di superare la logica prestazionale - che, peraltro, mina fortemente la sostenibilità del nostro SSN - fino a quando non adotteremo appieno una logica multilivello e intersettoriale."

Il coordinamento dell'Osservatorio ha perseguito gli obiettivi potendo contare sulla piena collaborazione delle strutture tecniche delle tre organizzazioni, sulla partecipazione di molte delle federazioni regionali di Federsanità insieme alle corrispettive Anci regionali, e sul supporto tecnico di Federsanità-Anci Toscana. Il Comitato Tecnico-Scientifico si è insediato nel giugno 2023 presso Anci e ha svolto una prima sessione di lavoro nel settembre successivo. In questa occasione sono state ripercorse le azioni di costruzione dell'Osservatorio e discussi i principali temi emersi dalla prima raccolta di buone pratiche e di esperienze sull'integrazione. La seconda parte della sessione è stata dedicata all'incontro con i

referenti tecnici della Conferenza delle Regioni e con il Presidente di Cittadinanzattiva. Su iniziativa di Organizzati in strettissimo partenariato con Federsanità e le Anci regionali, tra ottobre e dicembre 2023 si sono svolti i primi Laboratori Territoriali del Piemonte, della Lombardia e delle Marche, mentre una quarta giornata è stata realizzata a marzo 2024 in Friuli Venezia-Giulia. I Laboratori hanno prima analizzato alcune tra le esperienze di integrazione più significative, e successivamente hanno promosso sugli stessi temi il dialogo pubblico tra le istituzioni e le organizzazioni comunali, aziendali, regionali. L'iniziativa del 20 Marzo presso Agenas riprende e rilancia le attività avviate nel 2023 attraverso delle sessioni tecniche di confronto e dialogo tra il Comitato Tecnico-Scientifico e i Laboratori Territoriali svolti. Oltre alla presentazione del programma di lavoro per il 2024, saranno dunque svolte due sessioni tecniche basate sulla discussione con il Comitato Tecnico Scientifico dei principali contenuti emersi dai Laboratori, anche per individuare i temi e le piste di lavoro specifiche da alimentare durante il 2024.

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=121011



Analisi dei dati forniti dal rapporto Ocse "Health at a glance"

Sanità: paesi europei a confronto. L'Italia mostra luci e ombre

Bene la bassa mortalità e l'attesa di vita. Carezza di infermieri e meno posti letto rispetto alle nazioni più avanzate. La percentuale della spesa sul pil ci colloca a metà tra Ovest e Est. Criteri e avvertenze per una valutazione

Confrontare la sanità di paesi diversi è impresa molto ardua per diverse ragioni: è differente la struttura organizzativa dei servizi sanitari, è diverso il ruolo relativo di pubblico e privato e così la loro rilevanza, non sono gli stessi i servizi (e le prestazioni) che vengono erogati, è differente il ruolo dei cittadini e la loro partecipazione alla spesa sanitaria, sono diverse le modalità di pagamento (o rimborso) delle attività erogate, è differente la propensione degli stati a mettere risorse nel servizio sanitario, è diversa la ricchezza dei vari paesi, e così via. In apparenza si parla sempre di sanità e salute, ma in realtà si tratta spesso di paragoni tra situazioni così distanti e diverse tra loro che viene sempre il dubbio che, come si usa dire, si stiano confrontando "le pere con le mele". Eppure, se vogliamo valutare la nostra sanità, è inevitabile il paragone con qualcosa che è fuori di noi: e l'Europa, per tanti motivi, è forse il riferimento meno lontano e meno diverso, il che non ci esime però dall'esercitare molta prudenza nel valutare il risultato del confronto.

L'Europa ha anche il pregio che da tempo le informazioni relative alle diverse nazioni sono raccolte con regole che appaiono analoghe e condivise, sono messe a disposizione con dettaglio e permettono di costruire sequenze informative abbastanza lunghe, così che il ripetuto confronto rafforza il valore informativo, corregge gli errori (almeno quelli più evidenti), e restituisce paragoni che, seppur sempre imperfetti, danno una visione di dove si collocano le differenze maggiormente rilevanti tra i diversi paesi.

IL RAPPORTO OCSE "HEALTH A GLANCE"

Cosa possiamo imparare dalle statistiche europee sulla sanità e sulla salute? Nel contributo che segue si prova a rispondere a questa domanda con le **informazioni (alcune almeno) che ci vengono proposte nell'annuale rapporto della Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE-OECD) dal titolo "Health at a glance"**. Il volume contiene informazioni sullo stato di salute, sui fattori di rischio per la salute, sull'accesso ai servizi sanitari, sulla qualità e gli esiti delle cure, sugli indicatori di spesa per la salute, sugli operatori del comparto, sul settore farmaceutico, sull'invecchiamento e sulla assistenza a lungo termine.

Per evitare le turbolenze seguite alla pandemia da Sars-CoV-2 che ha colpito in maniera differente i paesi dell'Europa modificando in modo non del tutto determinabile le statistiche sia sulla sanità (servizi sanitari) che sulla salute, per avere un resoconto non distorto del contesto europeo si è preferito utilizzare i dati del 2019 anziché quelli più recenti (2021-2022) dove l'effetto pandemico ha influenzato molti indicatori.

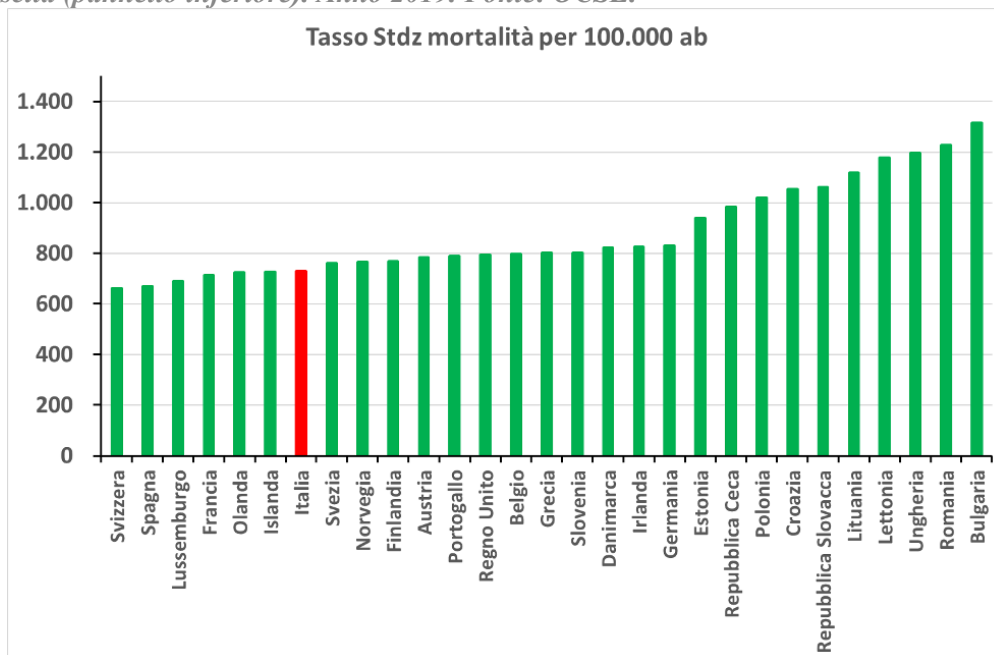
Inoltre, considerata la mole e la diversa affidabilità delle informazioni contenute nel rapporto sono stati selezionati solo alcuni indicatori considerati più rappresentativi o meno soggetti ad essere influenzati dalle metodologie di raccolta.

Quattro sono i capitoli presi in esame: **lo stato di salute delle nazioni**, esaminato attraverso il tasso di mortalità standardizzato per età e la attesa di vita alla nascita; **l'offerta di servizi sanitari**, letta come medici, infermieri e posti letto in relazione agli abitanti; **la spesa sanitaria**, intesa sia come spesa pro-capite che come rapporto percentuale rispetto al PIL (Prodotto interno lordo); alcune relazioni tra coppie di variabili. L'obiettivo non è quello di costruire delle classifiche tra nazioni, anche se per alcuni degli indicatori rappresentati il posizionamento ha comunque il sapore di una classifica (vedi la mortalità o l'attesa di vita), bensì quello di proporre come si colloca il nostro paese rispetto alle altre nazioni dell'Europa.

STATO DI SALUTE

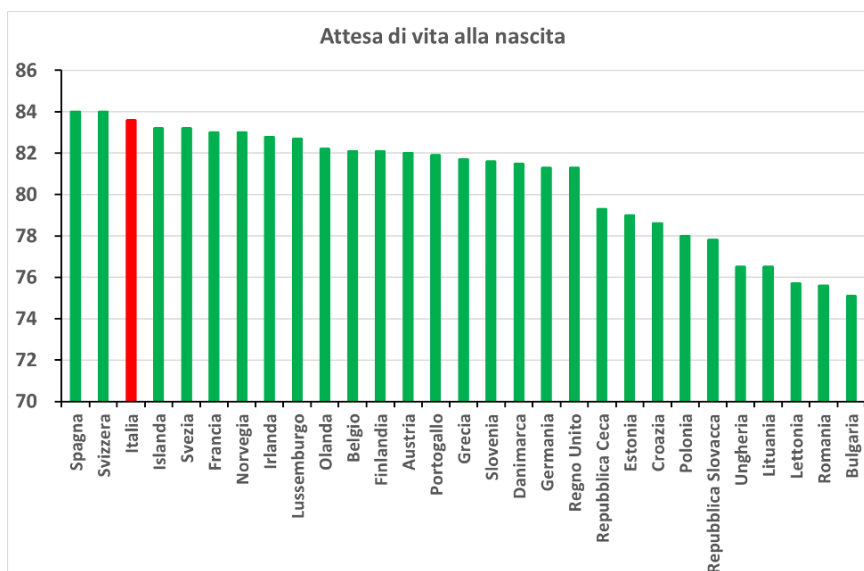
Mortalità generale e attesa di vita alla nascita sono i due più importanti indicatori per valutare complessivamente lo stato di salute di un territorio. La figura 1 riporta il tasso standardizzato per età di mortalità generale per 100.000 abitanti nelle diverse nazioni (pannello superiore).

Figura 1. Tasso standardizzato di mortalità generale per 100.000 abitanti (pannello superiore) e attesa di vita alla nascita (pannello inferiore). Anno 2019. Fonte: OCSE.



L'Italia non è il paese con la mortalità più bassa però fa parte sicuramente dei territori a mortalità inferiore: hanno una mortalità più alta alcune importanti nazioni (esempio: Regno Unito e Germania) oltre a tutto l'est europeo. Risultato analogo si osserva considerando l'attesa di vita alla nascita (pannello inferiore): in questo caso solo Spagna e Svizzera hanno una attesa di vita superiore a quella del nostro paese, e sono sempre le nazioni dell'est europeo a presentare i valori peggiori dell'indicatore.

Naturalmente, i due indicatori esaminati rendono statisticamente conto dello stato di salute complessivo di una popolazione, ma non forniscono alcuna informazione per spiegare o giustificare i valori (buoni o cattivi) riscontrati.



A solo titolo di esempio si può aggiungere che sempre dalle statistiche dell'OCSE si ricava che nel nostro paese gli adulti fumano come la media delle nazioni europee (si fuma meno nelle regioni nordiche); bevono di meno della media europea; hanno il tasso di sovrappeso più basso tra le nazioni valutate: si tratta solo di indizi esemplificativi perché come noto la mortalità e la attesa di vita dipendono da un numero enorme di fattori sia individuali (abitudini di vita, dieta, hobbies, condizione sociale, ...) che di popolazione (condizioni ambientali e lavorative, ricchezza, deprivazione, genetica, sanità, ...).

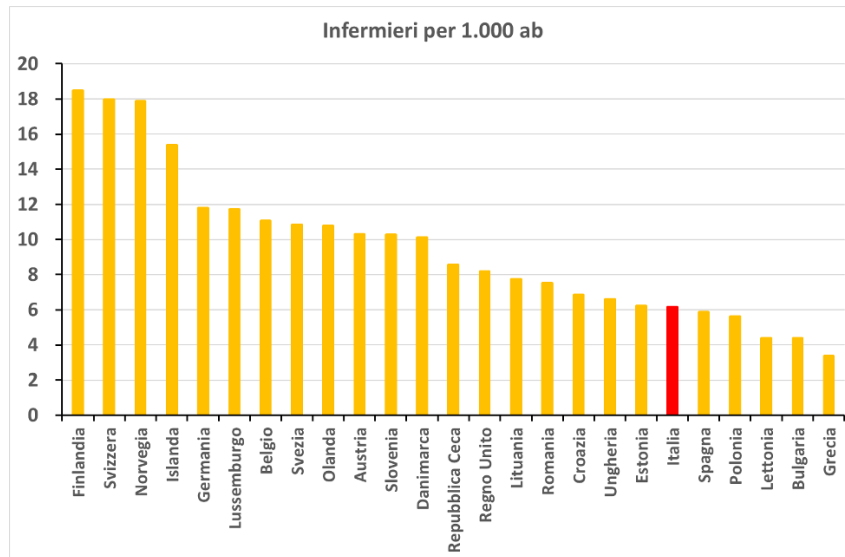
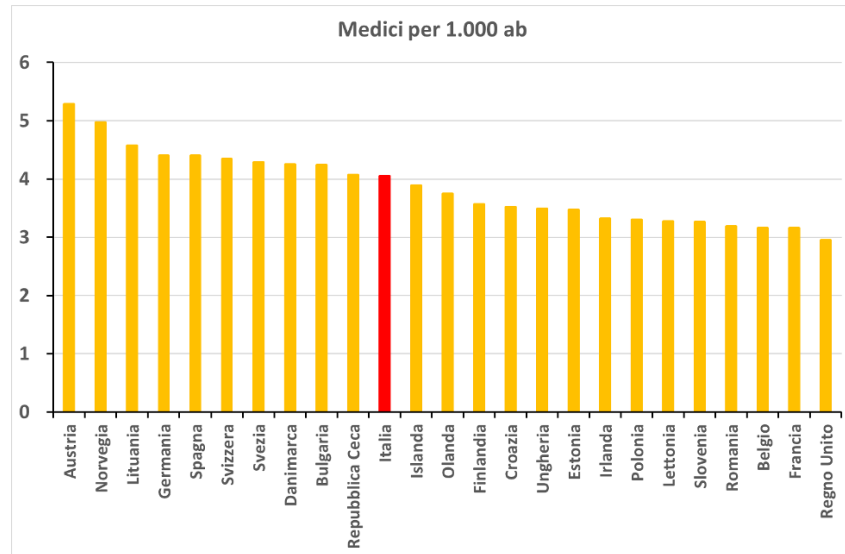
L'OFFERTA DI SERVIZI SANITARI

*Mentre quando si parla di stato di salute è evidente che una mortalità più bassa ed una attesa di vita più elevata rappresentano condizioni più favorevoli ed una situazione di salute migliore, quando si esamina l'offerta di servizi sanitari attraverso, come qui si farà, **il tasso di medici, di infermieri e di posti letto**, il primo problema che si pone è che viene a mancare il concetto di cosa si debba intendere per "offerta migliore": quanti medici, infermieri, posti letto, è meglio avere? Una vera risposta non c'è e tutto dipende dalla organizzazione complessiva del servizio sanitario di un paese, dai suoi obiettivi specifici e dalle conseguenti priorità, dalle risorse disponibili, e così via. Ne discende che le statistiche proposte ed i confronti che vengono effettuati hanno sostanzialmente un significato descrittivo, narrativo, **ma non producono alcun elemento di valutazione**, nel senso di un risultato che può essere giudicato migliore ovvero peggiore di un altro. Avere più (meno) medici di altri paesi, ad esempio, è semplicemente un dato statistico che dà ragione di un confronto: non rappresenta alcuna valutazione di qualità (nel senso di migliore ovvero peggiore) di un servizio sanitario e non costituisce di per sé alcun obiettivo da raggiungere, nonostante sia frequente additare i paesi che hanno i valori più alti come quelli da imitare.*

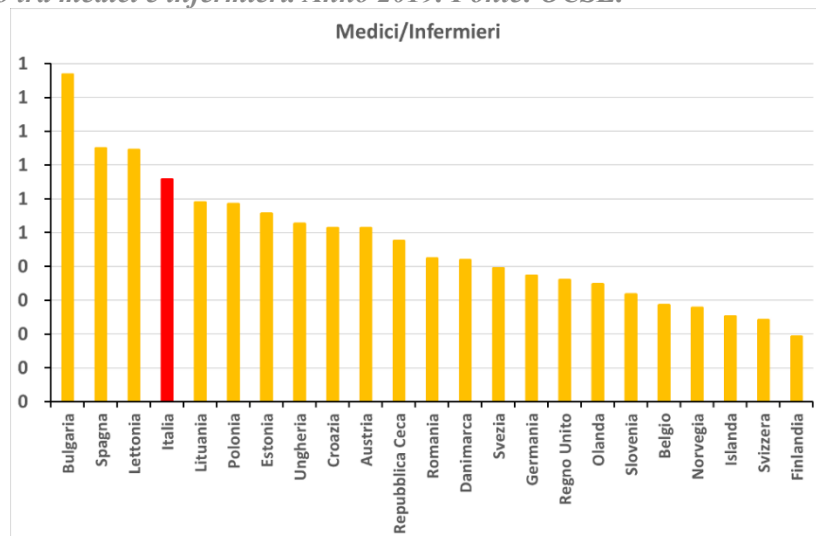
PERSONALE SANITARIO

La figura 2 presenta il numero di medici (pannello superiore) e di infermieri (pannello inferiore) ogni 1.000 abitanti. Come si osserva, il nostro paese è posizionato nella parte sinistra della figura per quanto riguarda i medici e nella parte destra per quanto riguarda gli infermieri: in altre parole, da una parte siamo tra le nazioni che hanno un tasso di medici superiore alla media, ma dall'altra siamo tra quelle che hanno pochi infermieri.

Figura 2. Medici per 1.000 abitanti (pannello superiore) e infermieri per 1.000 abitanti (pannello inferiore). Anno 2019. Fonte: OCSE.



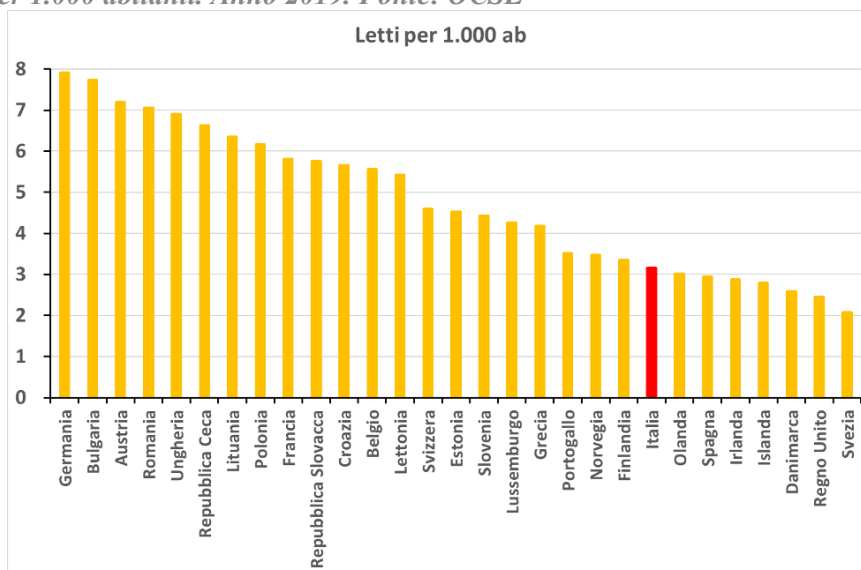
Il risultato emerge meglio se facciamo il rapporto tra medici e infermieri (figura 3).
 Figura 3. Rapporto tra medici e infermieri. Anno 2019. Fonte: OCSE.



Mentre la lettura dei dati sui medici (figura 2, pannello superiore) mostra che ci sono nazioni molto importanti che hanno valori superiori (Germania, Spagna) a quelli dell'Italia ed altre nazioni altrettanto rilevanti (Francia, Regno Unito) con valori inferiori, la lettura dei dati sugli infermieri evidenzia che tutte le nazioni più importanti hanno valori superiori al nostro paese, indicando come **ad oggi il problema del personale sanitario risiede di più nella carenza di infermieri che non in quella di medici**. E' anche da segnalare la maggiore variabilità tra nazioni che esiste per gli infermieri rispetto ai medici, indice delle diverse scelte organizzative effettuate dalle differenti nazioni.

POSTI LETTO Se guardiamo l'offerta di posti letto ogni 1.000 abitanti (figura 4) l'immagine che emerge è simile a quella degli infermieri: da una parte il nostro paese si colloca nella coda di destra della distribuzione, cioè **tra i paesi con meno posti letto**; dall'altra la variabilità tra nazioni è molto elevata a dimostrazione della diversa modalità con cui i paesi affrontano il tema salute.

Figura 4. Letti per 1.000 abitanti. Anno 2019. Fonte: OCSE



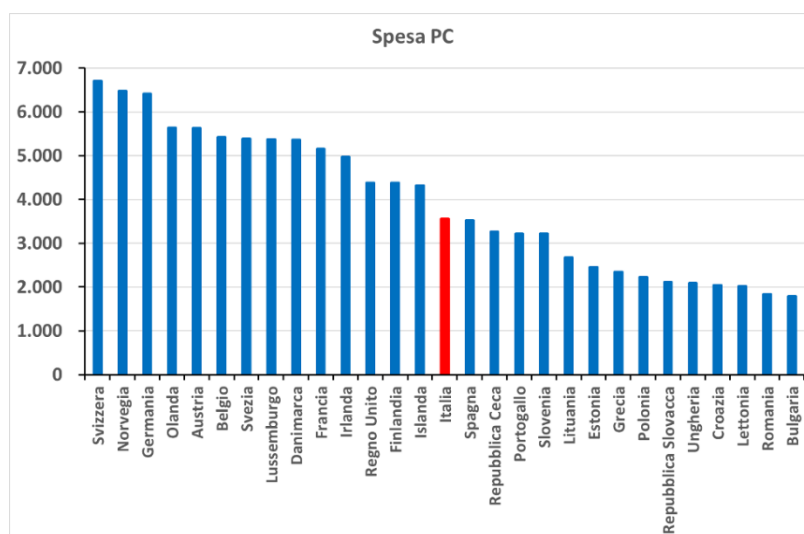
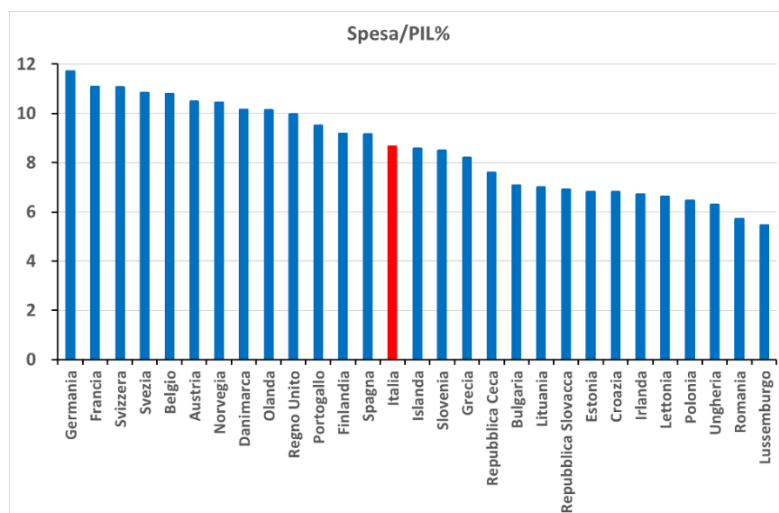
Considerando complessivamente gli indicatori di offerta, non essendo definito un modello unico di servizio sanitario risulta difficile identificare la nazione (o le nazioni) migliore e quella peggiore, perché **venendo a mancare il cosiddetto "valore di riferimento"** (o valore preferibile, migliore, benchmark, ...) non si possono individuare le nazioni che più si avvicinano (o si allontanano) da questo valore. Utilizzare la media europea per i parametri di offerta sanitaria ha un puro significato statistico ma non rappresenta alcun obiettivo per uno specifico servizio sanitario se non quello, indiretto, di sollecitare una riflessione attorno alle modalità organizzative ed alle risorse da mettere in gioco affinché l'offerta risponda al bisogno (o alla domanda).

GLI INDICATORI ECONOMICI

Sotto questo ombrello è consuetudine considerare due elementi: da una parte la ricchezza complessiva di una nazione espressa dal suo Pil, dall'altra il valore della spesa dedicata al settore sanitario. **Gli indicatori specifici più utilizzati sono il rapporto percentuale tra la spesa sanitaria e il Pil, e la spesa sanitaria pro-capite.**

La figura 5 presenta nel pannello superiore il rapporto spesa/Pil, rapporto che rappresenta la propensione che una nazione ha a mettere risorse nel settore sanitario, e **mostra l'Italia al centro della distribuzione, ma facendo attenzione si osserva che alla sua sinistra (cioè rapporto più elevato) si trovano tutte le nazioni europee più importanti mentre alla sua destra (rapporto più basso) si trovano essenzialmente tutte le nazioni dell'est Europa**. Fa eccezione per questo indicatore il Lussemburgo, il paese in cui il rapporto spesa/Pil è il più basso: la spiegazione risiede principalmente nel valore molto elevato del Pil del Lussemburgo e nel fatto (che esamineremo successivamente) che la spesa sanitaria sembra avere un plateau nelle nazioni più ricche.

Figura 5. Rapporto percentuale tra spesa sanitaria e Prodotto Interno Lordo (pannello superiore) e spesa sanitaria pro-capite in dollari (pannello inferiore). Anno 2019. Fonte: OCSE.

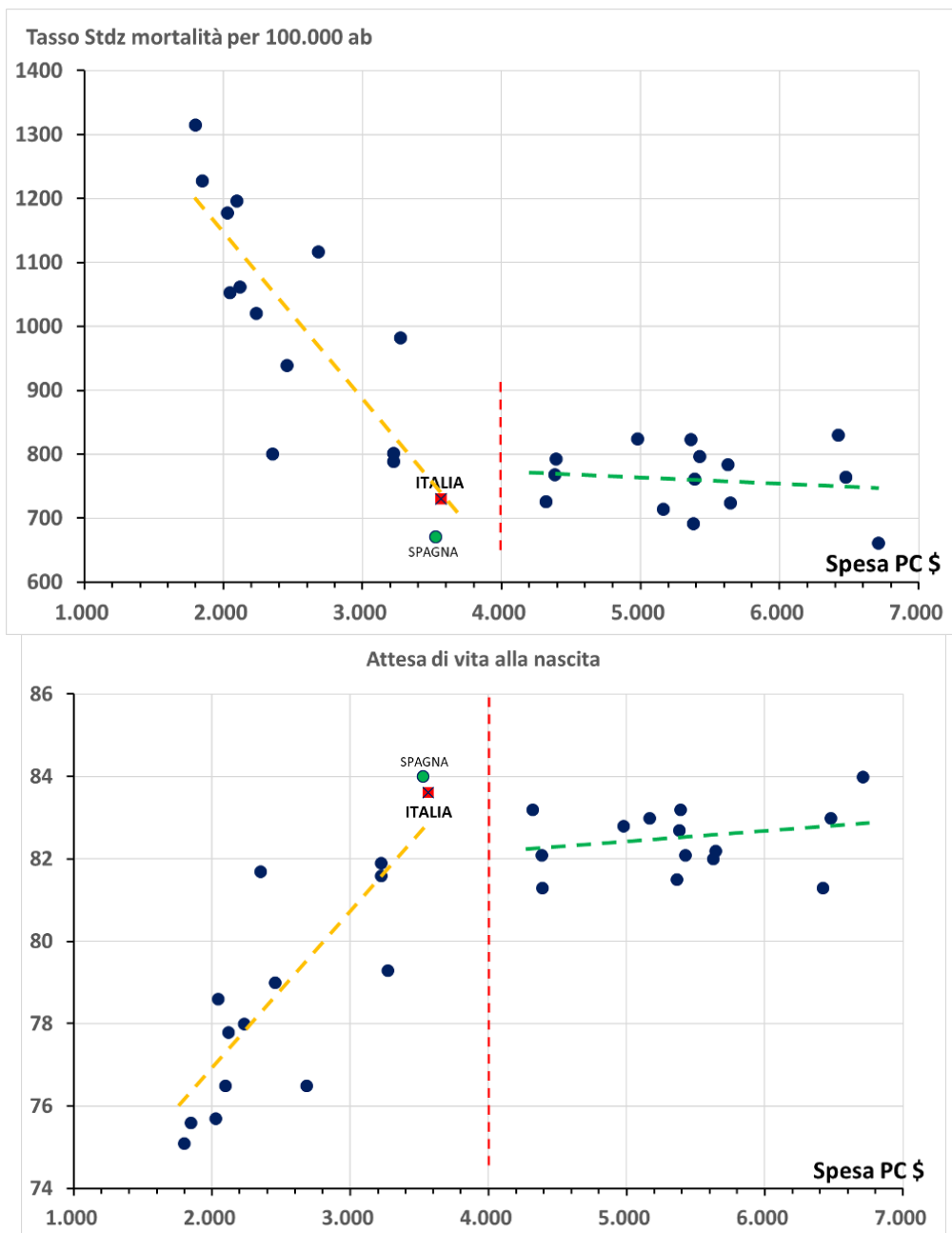


Il pannello inferiore della figura 5 riporta la distribuzione della spesa sanitaria pro-capite e conferma il posizionamento centrale dell'Italia come snodo di separazione tra l'est Europa, che spende di meno, e l'ovest che spende di più. Anche per gli indicatori economici non c'è un valore di riferimento e sul significato della loro distribuzione vale quanto già detto per gli indicatori di offerta.

RELAZIONI TRA COPPIE DI VARIABILI

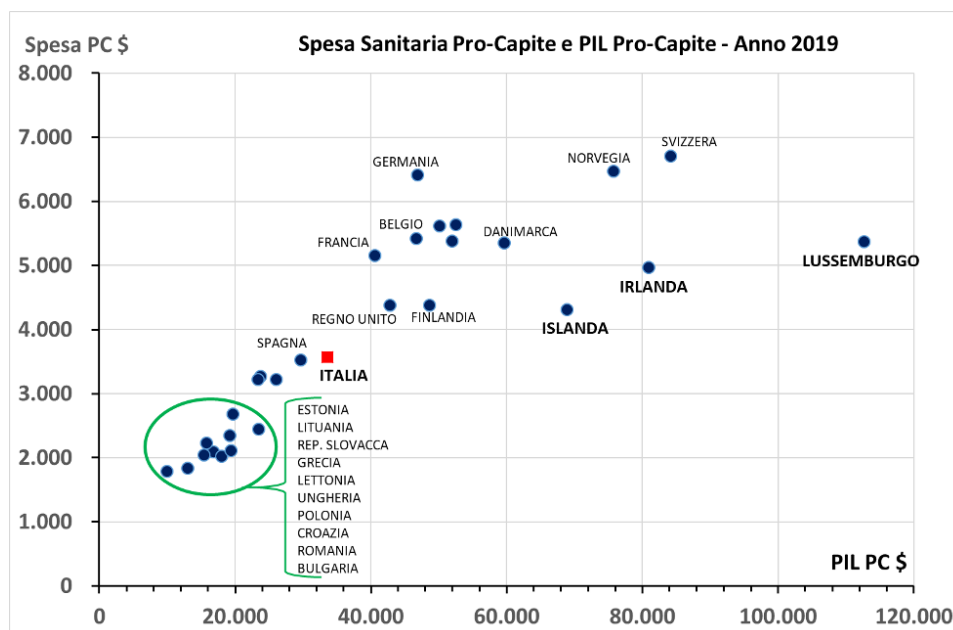
Fin qui gli indicatori esaminati sono stati analizzati individualmente. Osservazioni stuzzicanti (in senso speculativo) possono emergere dalla valutazione congiunta di più indicatori che nel seguito, per dare l'idea di come proseguire l'analisi mantenendo però semplice e facilmente comprensibile il risultato, è stata limitata al caso di coppie di variabili. Nella figura 6 è rappresentata la relazione tra una variabile economica ed un indicatore di salute: nel pannello superiore sono esaminati la spesa pro-capite ed il tasso di mortalità, in quello inferiore la spesa pro-capite e l'attesa di vita alla nascita. In entrambe le figure si osservano due gruppi di nazioni, quelle che spendono all'anno per la sanità di più di 4.000 dollari pro-capite e quelle che ne spendono di meno, con l'Italia e la Spagna che fanno da spartiacque tra i due gruppi.

Figura 6. Relazione tra spesa sanitaria pro-capite (in dollari) e tasso standardizzato di mortalità generale per 100.000 abitanti (pannello superiore) e tra spesa sanitaria pro-capite (in dollari) e attesa di vita alla nascita (pannello inferiore). Anno 2019. Fonte: OCSE.



Tra le nazioni che spendono di meno di 4.000\$ si osserva una forte relazione tra spesa sanitaria e mortalità (o attesa di vita), relazione che indica che all'aumento della spesa corrisponde una forte diminuzione del tasso di mortalità (o un aumento della attesa di vita). Tra le nazioni che spendono di più di 4.000\$ pro-capite all'anno l'aumento di spesa non sembra produrre un beneficio di rilievo né alla mortalità e neppure alla attesa di vita alla nascita. L'ultima figura di questo contributo (figura 7) mostra la relazione tra il Prodotto interno lordo (Pil) pro-capite in dollari e la spesa sanitaria pro-capite (sempre in dollari). Come si osserva le nazioni meno ricche (Pil minore) mettono meno risorse in sanità (spesa inferiore), e sono tutte nazioni dell'est Europeo. La figura dice, inoltre, che al crescere del Pil cresce anche la spesa sanitaria ma non indefinitamente, perché arrivati ad un Pil attorno a 50.000\$ anno un ulteriore aumento di Pil non sembra stimolare un ulteriore aumento della spesa sanitaria, spesa che sopra a tale valore di Pil sembra avere un plateau (o una crescita molto modesta).

Figura 7. Relazione tra Prodotto Interno Lordo pro-capite e spesa sanitaria pro-capite (in dollari). Anno 2019. Fonte: OCSE.



Sono solo alcuni esempi che indicano la potenzialità informativa che hanno i dati disponibili e suggeriscono la strada che si può percorrere per effettuare analisi multivariate (più di due variabili per volta), cioè più complesse. Con questo contributo si è voluto esplorare come si colloca la sanità italiana nel contesto europeo, una collocazione che, al netto della prudenza con cui devono essere valutati questi confronti, **rivela la presenza di luci ed ombre che stimolano la riflessione su diversi aspetti del servizio sanitario**, ben consapevoli che nella riflessione non va preso in esame solo il servizio sanitario in quanto tale ma bisogna considerare molti altri fattori che possono influenzare gli indicatori che sono stati riportati. Lo sport di prendere in esame singoli indicatori per evidenziare l'esistenza di un problema porta a "vincere facile" (esempio: la nostra spesa pro-capite è inferiore a quella di ...; i medici ogni 1.000 abitanti sono di meno di quelli di ...), ma non aiuta a migliorare il servizio sanitario, soprattutto se non prende in esame il contesto generale che produce quegli indicatori. Il servizio sanitario è un sistema complesso inserito in un quadro più generale dal quale è sicuramente condizionato, con il quale si relaziona attraverso modalità non sempre prevedibili e che non sono tutte nelle mani del programmatore sanitario: da qui nascono le scelte che è obbligatorio fare e che necessariamente daranno luogo a contrapposte discussioni

<https://www.sussidiarieta.net/cn4095/sanita-paesi-europei-a-confronto-italia-mostra-luci-e-ombre.html>



**FORUM
DISUGUAGLIANZE
DIVERSITÀ**

Perché un libro sull'Europa?

Tra il 6 e il 9 giugno in tutta Europa le urne saranno aperte per **eleggere il nuovo Parlamento europeo**. I partiti scaldano i motori: scelgono nomi, avanzano candidature, pensano tattiche.

E i programmi?

Il vento del nazionalismo e la diffusa resistenza a credere e battersi per **una vera alternativa** in quasi tutti i paesi membri rischiano di condurre a proposte di scarso respiro, timide nell'affrontare le sfide della doppia

transizione, digitale e ambientale; ambigue, al meglio, nei confronti dei migranti; inadeguate a contrastare il nuovo disordine mondiale, le guerre e anche le tante ingiustizie ereditate.

La strada da prendere per noi non è quella dell'indifferenza o dell'opposizione all'Ue. **L'Unione europea può essere una risorsa preziosa per i destini del mondo**, ancor più in questa fase di crescente disordine mondiale e di crescenti rischi per la pace.

Non serve, però, una «Unione qualunque».

Si sfidano oggi, e continueranno a sfidarsi dopo le elezioni, **tre idee diverse di Europa: quella che ha governato gli ultimi cinque anni, che, pur compiendo passi in avanti in campo digitale, ambientale e di autonoma capacità di investimento, resta profondamente segnata dalla cultura neoliberista; quella conservatrice-autoritaria, che al neoliberismo cerca di affiancare nazionalismo e corporativismo, giocando «sociale» contro «ambientale», «noi» contro «loro»; e, poi, una terza idea, quella di un'Europa di giustizia sociale e ambientale e di pace.**

Quest'ultima è l'aspirazione del ForumDD.

Abbiamo quindi deciso con questo volume, curato da **Elena Granaglia e Gloria Riva e che raccoglie i contributi di numerosi autori e autrici interni o vicini al ForumDD**, di scendere in campo.

Non è una discesa nell'arena elettorale.

È l'offerta di alcuni tratti dell'Unione europea che servirebbe alla giustizia sociale e ambientale, un **contributo informativo e di confronto, un metro per giudicare** – prima e dopo le elezioni – programmi, partiti, candidature ed eletti, una **bussola** per il monitoraggio civico delle azioni che l'Unione realizzerà nella prossima legislatura, che porteremo in giro per l'Italia con presentazioni e dibattiti.



Cosa troverete nel volume

L'Unione auspicata in questo libro è un luogo di promozione del **welfare universale**, non penalizzato dall'austerità; **dove la conoscenza e i dati siano accessibili e a disposizione delle comunità; dove la trasformazione ecologica sia accelerata nell'interesse prima di tutto dei più vulnerabili per realizzare un modo più giusto di vita e di lavoro e dove politiche pubbliche e governo siano democratizzati.**

Un'Europa che prenda consapevolezza del proprio ruolo fondamentale nei **processi migratori** e che agisca come costruttore di **cooperazione e pace**.

Al suo interno troverete **tedici contributi su alcuni dei temi più importanti per disegnare un'Europa di giustizia sociale e ambientale.**

Istituzioni **Gloria Riva**

Macroeconomia **Francesco Saraceno**

Risorse finanziarie **Vieri Ceriani**

Disuguaglianze *Salvatore Morelli*

Coesione *Fabrizio Barca e Sabina De Luca*

Welfare *Elena Granaglia*

Salute *Massimo Florio*

Crisi climatica *Vittorio Cogliati Dezza e Rossella Muroli*

Governo d'impresa *Lorenzo Sacconi*

Tecnologia digitale *Giorgio Resta*

Equità di genere *Carola Carazzone e Lella Palladino*

Migrazioni *Marco De Ponte*

Europa-mondo *Ugo Pagano*

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



FORUM DISUGUAGLIANZE DIVERSITÀ

Viaggio in Italia con la testa in Europa

Forum Disuguaglianze Diversità
QUALE EUROPA
Capire, discutere, scegliere
a cura di Elena Granaglia e Gloria Riva
Saggiere

Mentre si avvicina la data per l'uscita in libreria di "Quale Europa", pubblicato da Donzelli e curato da Elena Granaglia e Gloria Riva, che raccoglie tredici saggi tematici di autori e autrici interni o vicini al ForumDD, è stata pubblicata la mappa delle oltre 70 presentazioni in programma partendo dalla Calabria. Un vero e proprio "Viaggio in Italia con la testa in Europa".

Annunciata anche la presentazione di lancio: sarà il 3 aprile a Roma alle 18:00 presso la libreria Ubik Spazio Sette.

Meno di 90 giorni alle elezioni europee di giugno, cruciali per disegnare il futuro del continente. A sfidarsi **tre idee diverse di Europa**: quella che ha governato gli ultimi cinque anni, che, pur compiendo passi in avanti, resta profondamente **segnata dalla cultura neoliberista**; quella **conservatrice-autoritaria** in forte ascesa, e **quella di un'Europa di giustizia sociale e ambientale e di pace**.

Il Forum Disuguaglianze e Diversità scende in campo per sostenere questa terza idea di Europa. Lo fa con un volume in libreria per **Donzelli** dal 29 marzo, **curato da Elena Granaglia e Gloria Riva**, per offrire un **contributo informativo e di confronto, un metro per giudicare** – prima e dopo le elezioni – programmi, partiti, candidature ed eletti, una **bussola** per il monitoraggio civico delle azioni che l'Unione realizzerà nella prossima legislatura.

“Abbiamo scritto questo libro perché pensiamo che **la politica debba sempre, e soprattutto in campagna elettorale, ritrovare il coraggio di restituire centralità ai contenuti** e parlare di cose concrete, non solo per essere più credibile ma per recuperare lo strappo tra politica e società e per fare ritrovare alle persone l'utilità di partecipare al voto. Vogliamo fare ciò che possiamo perché l'Europa cambi rotta e al tempo stesso per evitare la deriva autoritaria, mostrando con proposte concrete come farlo, sfidando candidati e candidati a farle proprie nel Parlamento europeo, e a portarle lì come delle bandiere”, hanno dichiarato **Fabrizio Barca e Andrea Morniroli**, co-coordinatori del Forum Disuguaglianze e Diversità.

L'Unione auspicata in questo libro, che raccoglie i contributi di numerosi autori e autrici interni o vicini al ForumDD, è un luogo di promozione del **welfare universale**, non penalizzato dall'austerità; dove la **conoscenza e i dati siano accessibili** e a disposizione delle comunità; dove la **trasformazione ecologica sia accelerata** nell'interesse prima di tutto dei più vulnerabili per realizzare **un modo più giusto di vita e di lavoro** e dove politiche pubbliche e governo siano democratizzati. Un'Europa che prenda consapevolezza del proprio ruolo fondamentale nei **processi migratori** e che agisca come costruttore di **cooperazione e pace**.

Il volume e i temi

All'interno del volume sono contenuti tredici contributi su alcuni dei temi più importanti per disegnare un'Europa di giustizia sociale e ambientale. Nello specifico: Istituzioni (**Gloria Riva**), Macroeconomia (**Francesco Saraceno**), Risorse finanziarie (**Vieri Ceriani**), Disuguaglianze (**Salvatore Morelli**), Coesione (**Fabrizio Barca e Sabina De Luca**), Welfare (**Elena Granaglia**), Salute (**Massimo Florio**), Crisi climatica (**Vittorio Cogliati Dezza e Rossella Muroli**), Governo d'impresa (**Lorenzo Sacconi**), Tecnologia digitale (**Giorgio Resta**), Equità di genere (**Carola Carazzone e Lella Palladino**), Migrazioni (**Marco De Ponte**), Europa-mondo (**Ugo Pagano**).

Viaggio in Italia con la testa in Europa

L'uscita del libro sarà accompagnata da un vero e proprio **“Viaggio in Italia con la testa in Europa”** che partirà il 4 aprile per terminare il 7 giugno toccando oltre **70 luoghi in tutto il Paese**. Il giro inizierà in Calabria e toccherà tutte le regioni italiane. Gli incontri sono organizzati da soggetti della cittadinanza attiva che in questi anni hanno costruito con il ForumDD relazioni

e collaborazioni e che con generosità ed entusiasmo danno vita alle tappe del viaggio. Una vera e propria "campagna elettorale" per la giustizia sociale e ambientale.

Il lancio del libro avverrà a **Roma il 3 aprile alle 18:00 presso la libreria Ubik Spazio Sette** (Via dei Barbieri 7). Parteciperanno **Marco Damilano**, le due curatrici e **Fabrizio Barca**.

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

Digitalizzazione e telemedicina

Noam Chomsky a 95 anni, è il cervello vivente più giovane al mondo...dice questo sull'intelligenza artificiale:

"La mente umana non è, come ChatGPT e i suoi simili, una macchina statistica e avida di centinaia di terabyte di dati per ottenere la risposta più plausibile a una conversazione o la più probabile a una domanda scientifica".

Al contrario... "la mente umana è un sistema sorprendentemente efficiente ed elegante che opera con una quantità limitata di informazioni. Non cerca di danneggiare le correlazioni dai dati, ma cerca di creare spiegazioni.

Smettiamola di chiamarla allora "Intelligenza Artificiale" e chiamiamola per quello che è e fa un "software di plagio" perché "Non crea nulla, ma copia opere esistenti, di artisti esistenti, modificandole abbastanza da sfuggire alle leggi sul copyright.


Questo è il più grande furto di proprietà intellettuale mai registrato da quando i coloni europei sono arrivati nelle terre dei nativi americani. "


THE LANCET

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO | PRIMA IN LINEA

Intelligenza artificiale generativa ed editoria scientifica: domande urgenti, risposte difficili

Jessamy Bagenal 

Pubblicato: 06 marzo 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00416-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00416-1) •  Check for updates

Azeem Azhar descrive, in *Exponential: Order and Chaos in an Age of Accelerating Technology*, come la società umana abbia difficoltà a immaginare o elaborare una crescita e un cambiamento esponenziali e venga ripetutamente colta da questo fenomeno.

Che si tratti della diffusione esponenziale di un virus o della diffusione esponenziale di una nuova tecnologia, come lo smartphone, le persone ne sottovalutano costantemente l'impatto. Azhar sostiene che si è sviluppato un divario esponenziale tra il progresso tecnologico e il ritmo con cui le istituzioni si stanno evolvendo per far fronte a tale progresso. Questo è il caso dell'editoria scientifica con intelligenza artificiale generativa (AI) e modelli linguistici di grandi dimensioni (LLM). Esistono linee guida sull'uso dell'intelligenza artificiale generativa da parte di organizzazioni come l'International Committee of Medical Journal Editors.

Ma nell'ambito dell'editoria accademica tale guida è incoerente. Ad esempio, uno studio condotto sui 100 principali editori accademici e riviste scientifiche a livello mondiale ha rilevato che solo il 24% degli editori accademici disponeva di indicazioni sull'uso dell'intelligenza artificiale generativa, mentre l'87% delle riviste scientifiche forniva tali indicazioni.

Per quelli con orientamento, il 75% degli editori e il 43% delle riviste avevano criteri specifici per la divulgazione dell'uso dell'intelligenza artificiale generativa.

Nel loro libro *The Coming Wave*, Mustafa Suleyman, co-fondatore e CEO di Inflection AI, e lo scrittore Michael Bhaskar avvertono che la società è impreparata ai cambiamenti che l'IA porterà.

Descrivono la riluttanza di una persona o di un gruppo ad affrontare cambiamenti difficili e incerti come la "trappola dell'avversione al pessimismo".

Per i redattori di riviste e gli editori scientifici di oggi, questa è una trappola pericolosa in cui cadere. Tutti i segnali relativi all'intelligenza artificiale generativa nell'editoria scientifica suggeriscono che le cose non andranno bene.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00416-1/abstract?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00416-1/abstract?dqcid=raven_jbs_aip_email)



L'intelligenza artificiale probabilmente aumenterà il consumo di energia e accelererà la disinformazione sul clima – rapporto

Sostenere che l'intelligenza artificiale aiuterà a risolvere la crisi climatica è fuorviante, avverte una coalizione di gruppi ambientalisti

Oliver Milmann

@olliemilman

Gio 7 marzo 2024 13:00 CET

Le affermazioni secondo cui l'intelligenza artificiale aiuterà a risolvere la crisi climatica sono fuorvianti, poiché la tecnologia probabilmente causerà un aumento del consumo di energia e aumenterà la diffusione della disinformazione climatica, ha avvertito una coalizione di gruppi ambientalisti.

I progressi nell'intelligenza artificiale sono stati pubblicizzati dalle grandi aziende tecnologiche e dalle Nazioni Unite come un modo per contribuire a migliorare il riscaldamento globale, attraverso strumenti che aiutano a monitorare la deforestazione, identificare le perdite di inquinamento e monitorare gli eventi meteorologici estremi. L'intelligenza artificiale viene già utilizzata per prevedere [la siccità in Africa](#) e per [misurare i cambiamenti](#) nello scioglimento degli iceberg.

Google, che ha sviluppato il proprio programma di intelligenza artificiale chiamato Bard (recentemente rinominato Gemini) e ha un [progetto](#) di intelligenza artificiale per rendere i semafori più efficienti, è stato in prima linea nel [promuovere](#) la riduzione delle emissioni attraverso l'adozione dell'intelligenza artificiale, [pubblicando un rapporto lo scorso anno](#) che ha scoperto che l'intelligenza artificiale potrebbe ridurre le emissioni globali fino al 10%, equivalente all'intero inquinamento da carbonio prodotto dall'Unione Europea entro il 2030. "L'intelligenza artificiale ha un ruolo davvero importante nell'affrontare

il cambiamento climatico”, ha affermato Kate Brandt, responsabile della sostenibilità di Google . [Dicembre](#) , descrivendo la tecnologia a un "punto di svolta" nel compiere importanti progressi verso gli obiettivi ambientali.

Tuttavia, un nuovo rapporto dei gruppi ambientalisti mette in dubbio se la rivoluzione dell'intelligenza artificiale avrà un impatto positivo sulla crisi climatica, avvertendo che la tecnologia stimolerà un crescente utilizzo di energia da parte dei data center e la proliferazione di falsità sulla scienza del clima.

“Sembra che sentiamo continuamente dire che l'intelligenza artificiale può salvare il pianeta, ma non dovremmo credere a questa pubblicità”, ha affermato Michael Khoo, direttore del programma di disinformazione climatica presso Friends of the Earth, che fa parte dell'Azione per il clima contro la [disinformazione. coalizione che ha diffuso il rapporto](#) .

“Non è che l'intelligenza artificiale ci stia liberando del motore a combustione interna. Le persone saranno indignate nel vedere quanta più energia verrà consumata dall'intelligenza artificiale nei prossimi anni, e come inonderà la zona di disinformazione sui cambiamenti climatici”.

La crescente domanda di elettricità da parte dell'intelligenza artificiale significa che un raddoppio dei data center per tenere il passo con il settore causerà un aumento dell'80% delle emissioni di riscaldamento del pianeta, anche se ci sono misure per migliorare l'efficienza energetica di questi centri, afferma il nuovo rapporto. .

Negli Stati Uniti, ci sono già [prove](#) che la vita delle centrali elettriche alimentate a carbone viene prolungata per soddisfare la crescente domanda di energia dell'intelligenza artificiale.

Tra soli tre anni, i server AI potrebbero consumare tanta energia quanta ne consuma la Svezia, [ha scoperto](#) una ricerca separata .

Gran parte di questa maggiore domanda di energia deriva dalla maggiore complessità delle operazioni di intelligenza artificiale: la generazione di query di intelligenza artificiale potrebbe richiedere fino a 10 volte la potenza di calcolo di una normale ricerca online.

Secondo il rapporto, ChatGPT, il sistema OpenAI, può utilizzare la stessa quantità di energia di 120 famiglie statunitensi nel corso di un anno.

“Non c'è alcuna base per ritenere che la presenza dell'intelligenza artificiale ridurrà il consumo di energia, tutte le prove indicano che aumenterà in modo massiccio il consumo di energia a causa di tutti i nuovi data center”, ha affermato Khoo. “Sappiamo che ci saranno piccoli miglioramenti in termini di efficienza nei data center, ma il semplice calcolo è che le emissioni di carbonio aumenteranno”.

L'intelligenza artificiale ostacolerà ulteriormente gli sforzi per limitare l'emergenza climatica fornendo un modo più semplice per le persone o le organizzazioni di diffondere dichiarazioni false o fuorvianti sulla scienza del clima e sugli impatti dell'aumento delle temperature globali, aggiunge il rapporto della coalizione.

Ciò peggiorerà una situazione in cui le principali piattaforme di social media, come Twitter/X, sono già diventate [un focolaio di negazione della scienza del clima](#) , dicono i critici dell'intelligenza artificiale.

Informativa sulla privacy: le newsletter possono contenere informazioni su enti di beneficenza, annunci online e contenuti finanziati da soggetti esterni. Per ulteriori informazioni consultare la nostra [Informativa sulla privacy](#) . Utilizziamo Google reCaptcha per proteggere il nostro sito Web e si applicano l' [Informativa sulla privacy](#) e i [Termini di servizio](#) di Google .

dopo la promozione della newsletter

“Possiamo vedere l'intelligenza artificiale fratturare l'ecosistema dell'informazione proprio nel momento in cui ne abbiamo bisogno per rimetterlo insieme”, ha affermato Khoo. “L'intelligenza artificiale è perfetta per inondare la zona di merda prodotta velocemente e a basso costo. Si può facilmente vedere come sarà uno strumento di disinformazione climatica. Vedremo le persone micro-bersagliate con contenuti di disinformazione climatica in una sorta di modo implacabile”.

Dovrebbe esserci una maggiore trasparenza sull'uso dell'energia dell'intelligenza artificiale, afferma il rapporto, nonché misure di salvaguardia che monitorino la produzione di falsità sul clima.

Jesse Dodge, ricercatore senior presso l'Allen Institute for AI, ha affermato di condividere le preoccupazioni sul fatto che l'intelligenza artificiale verrà utilizzata per "accelerare" la disinformazione climatica, attraverso metodi come video e immagini deepfake, oltre ad aumentare le emissioni di carbonio attraverso una maggiore energia. utilizzo.

“Nel complesso, questa è una preoccupazione”, ha detto. “

L'applicazione dell'intelligenza artificiale stessa, tuttavia, può avere un impatto potenzialmente maggiore del consumo di elettricità o acqua. L'intelligenza artificiale è un acceleratore, ti consente di fare qualcosa più velocemente, quindi potrebbe aiutarti a estrarre il petrolio più rapidamente, ma d'altra parte abbiamo sei team che utilizzano l'intelligenza artificiale per mitigare i danni del cambiamento climatico.

“Uno si occupa della modellizzazione climatica, un altro monitora la pesca illegale e le specie in via di estinzione, c'è il monitoraggio e la previsione degli incendi. Riteniamo che ci sia un vantaggio netto complessivo, che ci sia un compromesso utile”.

Dodge ha affermato di essere “cautamente ottimista” sul fatto che l'intelligenza artificiale avrà un impatto ampiamente favorevole sulla crisi climatica, ma che le aziende devono essere completamente trasparenti e aperte riguardo al loro utilizzo dell'energia.

<https://www.theguardian.com/technology/2024/mar/07/ai-climate-change-energy-disinformation-report>

quotidianosanita.it

Intelligenza artificiale. “Non possiamo delegare tutto all'IA, l'ultima parola deve rimanere al medico. Fondamentale affrontare il tema etico”. Intervista a Eugenio Santoro (Mario Negri)

Ester Maragò

“Affidarsi a uno strumento che può decidere quali pazienti curare e quali non curare perché hanno meno chance di farcela è una questione etica. In sintesi bisogna identificare qual è il limite oltre il quale l'intelligenza artificiale non può andare. Evidenza scientifica, sicurezza, appropriatezza, rispetto dell'equità e regolamentazione. Da questi non si può prescindere per passare da un uso ludico o sperimentale a un uso professionale”, spiega il responsabile dell'unità di Ricerca in Sanità Digitale e Terapie Digitali, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

11 MAR -

Il futuro è già qui. E da tempo. Di Intelligenza artificiale (IA) se ne parla dal secondo dopoguerra ma, dopo un cambio di passo alla fine degli anni 80, è ora esplosa grazie a computer sempre più potenti e performanti in grado di attingere ad una mole di informazioni inimmaginabile.

Un mare magnum di dati che arrivano dalle innumerevoli appendici digitali entrate ormai nell'uso comune: smartphone, app, smartwatch e braccialetti intelligenti fino alla tecnologia indossabile come le magliette che contengono al loro interno dei sensori, solo per citarne alcune.

A questo si aggiungono i dati delle conversazioni reperibili su Internet, in particolare sui social media e quelli dei tanti database omici esistenti.

Uno scenario nuovo che ha mutato il perimetro d'azione dell'IA: siamo passati dall'intelligenza artificiale tradizionale, deterministica, in parole semplici “se succede questo allora succede quest'altro”, a quella del “machine learning” cioè il computer che, senza essere programmato, impara da solo attraverso i tantissimi dati disponibili.

Insomma, per l'IA un salto di qualità epocale che ha interessato l'ambito medico scientifico con il suo vastissimo bacino di informazioni. Dal chatBOT, sistema virtuale basato su un software di intelligenza artificiale, configurato per rispondere in maniera automatizzata alle domande più frequenti delle persone, al chatGPT in grado di generare testi coerenti e di qualità, rispondere a quesiti e creare contenuti, fino all'esordio della Neuralink di Elon Musk nella sperimentazione clinica delle interfacce cervello che ha sollecitato molti sulle potenzialità, ma anche allarmato sui pericoli di questa tecnologia, il passo è stato quindi breve.

A guidarci nel viaggio in questo nuovo mondo di grandi opportunità, ma anche di tanti possibili rischi è Eugenio Santoro, responsabile dell'unità di Ricerca in Sanità Digitale e Terapie Digitali, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri Irccs. In questa intervista, che dà il “la” ad un ciclo di interventi che Quotidiano Sanità vuole dedicare all'Intelligenza Artificiale, l'esperto ci ha aiutati a capire come orientarci tra queste novità che sempre di più diventeranno parte integrante nella gestione della salute. Soprattutto ha lanciato un monito: l'IA va regolamentata e al più presto: “In caso contrario il mercato rimarrà appannaggio del privato. Uno scenario da evitare: perché stiamo parlando della salute delle persone e le discrepanze tra il sistema pubblico e quello privato, non devono esistere”.

Professore Santoro, l'Intelligenza artificiale conquista sempre di più posizioni. E i suoi potenziali ambiti di applicazione fanno tremare i polsi, soprattutto quando si parla di salute...

Parlare di Intelligenza artificiale è come uscire fuori dall'atmosfera della terra e scoprire un universo pieno di opportunità. È esplosa grazie a computer sempre più performanti rispetto al passato, che riescono ad attingere a una quantità incredibili di dati prodotti negli ultimi 10 anni. È stato quindi un passo automatico,

affidandosi al machine learning, pensare di utilizzarla, per interpretare radiografie, Tac, Ecg, ma soprattutto per fare diagnosi. Esistono sistemi, anche validati dal punto scientifico, che dimostrano come si possa raggiungere una diagnosi con un'affidabilità spesso comparabile a quella dei migliori specialisti in determinate aree mediche. Qualcuno ha pensato anche di utilizzarla nell'ambito del cosiddetto decision making: i sistemi per il supporto ai processi decisionali sono sempre esistiti, oggi però attraverso il machine learning hanno una marcia in più e possono essere utilizzati per cercare di individuare il trattamento farmacologico più adatto per ogni determinato paziente.

C'è poi tutta l'area della ricerca. Un campo vastissimo, penso all'ambito delle malattie rare, all'identificazione delle molecole più promettenti da sperimentare in ambito clinico che ridurrebbero i tempi di conduzione degli studi clinici. Recentemente negli Stati Uniti sono stati scoperti nuovi antibiotici attraverso tecniche di intelligenza artificiale. Esistono, poi, evidenze scientifiche sulla capacità dei sistemi di intelligenza artificiale di identificare particolari tipi di tumore; negli Stati Uniti continuano, inoltre, ad aumentare le applicazioni di intelligenza artificiale (sono oltre 700) approvate dalla Food and Drug Administration come dispositivi medici. A queste aree si affianca poi quella della predizione.

Vale a dire?

Oggi esistono sistemi che basandosi su dati clinici digitalizzati, pensiamo per esempio agli Ecg, sono in grado di identificare e di predire particolari eventi che potranno accadere a distanza di anni. Si possono individuare pazienti a rischio sui quali fare maggiore prevenzione ed evitare che il quadro si aggravi. E ancora, c'è tutta l'area del Natural Language processing, che abbraccia le potenzialità proprie di questi strumenti nell'interpretare il testo scritto contenuto in una cartella clinica informatizzata. Spesso è un testo libero redatto dai clinici e interpretarlo è sempre stato molto complicato. Grazie al Natural Language processing è possibile farlo estraendo contenuti informativi per la gestione del paziente che altrimenti sarebbero andati persi.

L'utilizzo dell'AI non è scevro da potenziali rischi. I dati dai quali attinge potrebbero essere privi di una rigorosa validazione scientifica...

Dobbiamo fare delle distinzioni. Quando il sistema di machine learning viene istruito su dati di letteratura scientifica provenienti, ad esempio, da Medline e da linee guida – che, sia ben inteso, sicuramente evolvono nel tempo - possiamo anche stare relativamente tranquilli, ma a patto che quella sia la fonte ufficiale. Discorso diverso è se si utilizzano altre fonti. In questo momento assistiamo ad aspre critiche sul fatto che le conoscenze di chatGPT attingono da Internet e non soltanto da database specializzati. È chiaro che questo espone a dati fallati, per questa ragione si sta andando verso strumenti "alla chatGPT" ma più orientati all'ambito medico.

Inoltre, la letteratura scientifica riconosce che in determinati contesti possano esserci importanti problemi di bias legati al fatto che il sistema è stato istruito su una popolazione non rappresentativa. Diventa quindi fondamentale che nel training di questi sistemi ci sia la maggiore rappresentatività possibile di tutte le minoranze, anche di quelle di genere. Paradigmatico il caso di Babylon health, sistema inglese che per la diagnosi di infarto forniva risultati diversi a seconda del genere del paziente. Un errore.

Ma c'è un altro problema: quello dell'incompletezza dei dati. Il sistema si istruisce su dati che noi forniamo, come quelli contenuti nella cartella clinica. Se mancano delle informazioni perché non le ho raccolte o perché le ho raccolte male è chiaro che il rischio di errore è più elevato perché parte da dati incompleti o parziali che danno luogo a bias. La completezza del dato è quindi fondamentale.

Sicuramente c'è bisogno di un orientamento e soprattutto di paletti per evitare un Far west dell'IA. Il ministero della Salute ha prodotto nel 2021 un documento ad hoc ma, considerando la velocità con la quale i sistemi di IA vanno avanti, dovrebbe essere aggiornato?

Alcune indicazioni contenute nel documento sono valide ancora oggi. A partire dalla necessità di classificare questi strumenti come dei veri e propri dispositivi medici di nuova generazione basati su software. Questo significa che un produttore, nel momento in cui sviluppa il suo strumento di intelligenza artificiale, deve prima richiedere l'autorizzazione per la sua immissione sul mercato. Il che presuppone, in base peraltro alla nuova regolamentazione sui dispositivi medici entrata in vigore a livello europeo, che siano fatte delle validazioni scientifiche molto attente supportate in alcuni casi anche da studi clinici che garantiscano quanto meno la safety, cioè la sicurezza dello strumento. Il passo successivo dovrà essere quello di dimostrarne anche l'efficacia. E questo presuppone una ricerca clinica ancora più solida.

La maggior parte dei sistemi oggi prodotti hanno però prove di efficacia piuttosto deboli. Come uscire dall'impasse?

Con il contributo delle società scientifiche: hanno un ruolo importantissimo. Paradigmatico sotto questo punto di vista è il lavoro svolto dall'Istituto superiore di sanità. Penso ad esempio a quanto realizzato nell'ambito della sanità digitale in particolare della telemedicina, con il contributo della varie società scientifiche. Una modalità che dovrebbe essere replicata anche nella IA. Manca però il tassello finale e forse il più importante.

Quale?

Fatta salva la loro regolamentazione come dispositivi medici per l'emissione sul mercato, l'anello mancante sarà la loro prescrivibilità e rimborsabilità di cui dovrà farsi carico il sistema. Almeno laddove ci siano chiare evidenze di efficacia. In caso contrario, il mercato rimarrà appannaggio solo del privato. Uno scenario da evitare: stiamo parlando della salute delle persone e le discrepanze tra il sistema pubblico e quello privato, non devono esistere.

Qualcuno potrebbe oppugnare che regolamentazione fa rima con burocratizzazione e quindi con un rallentamento del processo tecnologico...

Regolamentare non significa impedire che il progresso possa fare la sua parte. Regolamentare garantisce equità, appropriatezza, anche economica, e soprattutto garantisce la sicurezza dei pazienti che poi usufruiranno di questi strumenti. Le "istituzioni" in collaborazione con le società scientifiche devono quindi iniziare a muoversi e anche in fretta se non vogliamo tradire i principi di universalità e sicurezza che caratterizzano il sistema sanitario italiano.

A chi spetterà in futuro l'ultima parola?

Non possiamo delegare tutto all'intelligenza artificiale: è un supporto. L'ultima parola rimane al medico, che decide se utilizzarla o meno. L'empatia è fondamentale, così come è fondamentale che si affronti questo tema dal punto di vista etico. Affidarsi a uno strumento che può decidere quali pazienti curare e quali non curare perché hanno meno chance di farcela è una questione etica. In un suo ipotetico uso sul fine vita potrebbe essere utilizzato per decidere quando è arrivato il momento di non prestare più cure. In sintesi bisogna identificare qual è il limite oltre il quale l'intelligenza artificiale non può andare.

Sintetizzando quali sono i punti cardine per navigare in questo mare magnum di opportunità schivando i rischi in agguato?

Evidenza scientifica, sicurezza, appropriatezza, rispetto dell'equità e regolamentazione. Da questi non si può prescindere per passare da un uso ludico o sperimentale a un uso professionale.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=120731

la Repubblica

Manifesto per un'azione collettiva su intelligenza artificiale e robotica

Questo manifesto è stato presentato il 20 marzo 2024 all'Università di Roma Tor Vergata nella sessione di apertura della RomeCup, il più grande evento di innovazione dedicato ai giovani promosso dalla fondazione mondo digitale, in collaborazione con l'Università degli studi di Roma Tor Vergata e realizzato con Italian Tech e il Gruppo Editoriale Gedi

Premessa

Il rapido sviluppo dell'intelligenza artificiale e la sua convergenza con la robotica sono un'opportunità storica e nello stesso tempo una sfida senza precedenti, con un impatto sociale ancora imprevedibile. Oltre al disallineamento tra domanda e offerta di lavoro, che ostacola lo sviluppo e la competitività del Paese, stiamo affrontando un altro divario ancora più profondo: la crescente distanza tra la consapevolezza degli

scenari in cui viviamo e le complesse trasformazioni tecnologiche. Questo Manifesto è un invito all'azione, rivolto a organizzazioni e persone affinché collaborino alla creazione di una iniziativa collettiva a lungo termine che ha come principi:

1. *l'unità fa la forza*
2. *l'eccellenza delle competenze facilita un ruolo di leadership*
3. *i giovani al centro garantiscono una prospettiva lungimirante sul lavoro, l'educazione e il futuro del Paese*
4. *l'inclusione e l'equità garantiscono che i benefici dell'intelligenza artificiale e della robotica siano per tutti, evitando ulteriori disuguaglianze, esclusioni e povertà.*

Le azioni prioritarie da intraprendere

1. *Accesso equo alle tecnologie*
Sviluppare una iniziativa italiana a medio e lungo termine, garantendo sempre la massima inclusione e la riduzione di ogni disuguaglianza.
2. *Condivisione*
Favorire la collaborazione e lo scambio di informazioni tra organizzazioni, persone e territori, all'interno del Paese, in Europa e nel mondo.
3. *Educazione*
Sviluppare risorse didattiche multidisciplinari per migliorare la formazione tecnologica dei giovani in tutti i livelli scolastici, con attenzione alla parità di genere.
4. *Innovazione didattica*
Offrire supporto formativo agli insegnanti con strumenti di didattica innovativa, utili anche per la comprensione delle sfide globali legate alle nuove tecnologie.
5. *Orientamento*
Sostenere progetti di orientamento lavorativo, universitario e scolastico, in continuità tra i vari ordini, con azioni mirate di contrasto alla povertà educativa.
6. *Formazione professionale*
Promuovere attività di orientamento e formazione per lo sviluppo di competenze qualificate.
7. *Ricerca*
Sostenere giovani ricercatori impegnati in soluzioni di tecnologia avanzata per lo sviluppo sostenibile dell'umanità e del pianeta.
8. *Formazione continua dei lavoratori*
Investire in attività di orientamento e formazione continua per i lavoratori, soprattutto in condizione di fragilità o in occupazioni a rischio.
9. *Bisogni speciali e disabilità*
Promuovere programmi, servizi e soluzioni tecnologiche che tengano conto delle esigenze delle persone con bisogni speciali e/o in condizione di disabilità.
10. *Comunicazione*
Informare e sensibilizzare l'opinione pubblica su benefici e potenziali rischi delle tecnologie con un linguaggio chiaro, trasparente e accessibile.

https://www.repubblica.it/tecnologia/dossier/romecup/2024/03/22/news/manifesto_per_una_iniziativa_collettiva_su_intelligenza_artificiale_e_robotica-422356752/

L'IA che velocizza la mappatura degli iceberg per monitorare la fusione

Simone Cosimi

Un nuovo modello basato sulle immagini radar del satellite Esa Sentinel-1 potrà aiutarci a monitorare le grandi masse di ghiaccio dell'Antartide, lo stato di salute delle calotte polari e il potenziale innalzamento del livello dei mari

23 NOVEMBRE 2023 ALLE 16:43 3 MINUTI DI LETTURA

Velocizzare, in modo impensabile, compiti che per un essere umano - anche per un team - sarebbero enormemente dispendiosi in termini di tempo ed energie.

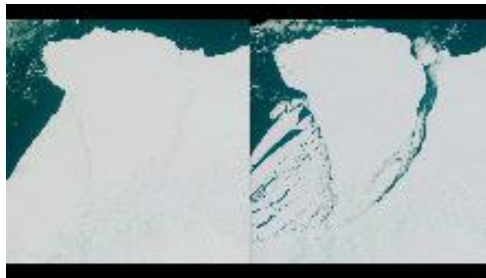
Questo è uno dei benefici più evidenti dei modelli di [intelligenza artificiale](#), in particolare quando applicati al mondo della ricerca scientifica.

L'ultima prova arriva dal lavoro di un gruppo di ricercatori del Centro per l'osservazione e il monitoraggio polare dell'università di Leeds che ha ideato una rete neurale in grado di mappare - a partire dalle immagini radar satellitari - il perimetro di un grande iceberg in 0,01 secondi. O, se si preferisce, in 10 millisecondi.

Si tratta di uno strumento che, una volta a regime, potrebbe tornare estremamente utile per tracciare e monitorare lo stato di salute degli iceberg giganti e in generale del delicato ecosistema antartico.

È per esempio di pochi giorni fa la notizia che uno di questi, A-68, a sei anni dal distacco da una delle grandi piattaforme di ghiaccio del continente circostante il Polo Sud ha iniziato a sciogliersi, ovviamente modificando le condizioni dell'acqua che lo circonda.

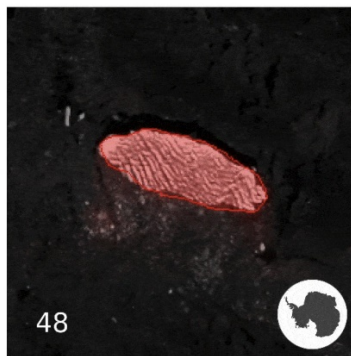
Lo hanno scoperto la British Antarctic Survey e l'università di Sheffield su [Geophysical Research Letters](#).



Nelle acque circostanti la temperatura è scesa di 4,5 gradi e la salinità è diminuita di due terzi rispetto ai valori normali.

Sono variazioni che in piccolo, ma neanche troppo, ci forniscono l'idea delle conseguenze legate allo scioglimento anche solo di un ristretto numero di iceberg: impatti importanti e duraturi sulle acque di superficie e conseguenze su flora e fauna marine.

La nuova IA e in generale gli strumenti di deep learning di cui è dotata potrebbero aiutarci a monitorare meglio e più velocemente questo genere di situazioni, cruciali per l'evoluzione del cambiamento climatico.



Gli scienziati sono ovviamente in grado di tracciare manualmente la posizione dei grandi iceberg. Ciò che è più complesso è monitorare i cambiamenti nell'area e nello spessore degli iceberg, o la quantità di acqua e sostanze nutritive che rilasciano nei mari.

"Gli iceberg giganti hanno un impatto sulla fisica dell'oceano, sulla chimica, sulla biologia e, naturalmente, sulle operazioni marittime.

Pertanto è fondamentale individuare gli iceberg e monitorarne l'estensione, per quantificare la quantità di acqua di fusione che rilasciano nell'oceano" ha spiegato all'[Agenzia spaziale europea](#) Anne Braakmann-Folgmann, autrice principale dell'articolo scientifico pubblicato su *The Cryosphere*.

Al cuore del progetto ci sono appunto le immagini di iceberg fornite dalla missione radar [Copernicus Sentinel-1](#), ben più utili delle immagini tradizionali su cui si poteva lavorare finora: nelle immagini provenienti da satelliti che trasportano strumenti simili a telecamere gli iceberg, il ghiaccio marino e le nuvole appaiono tutti bianchi, rendendo così piuttosto difficile individuare e perimetrare gli iceberg reali.

Nella maggior parte delle immagini radar, come quelle restituite da Sentinel-1, queste grandi isole di ghiaccio d'acqua dolce appaiono invece come aree luminose sullo sfondo più scuro dell'oceano e del ghiaccio marino.

Ciononostante, anche con questo tipo di immagini di partenza, quando il contesto è complesso può rimanere difficile differenziare gli iceberg da ciò che li circonda, compresi piccoli frammenti della stessa massa di ghiaccio che si staccano dal corpo principale o la linea costiera dell'Antartide.

È esattamente in questo passaggio che interviene la rete neurale messa a punto dall'ateneo britannico, e addestrata proprio sulle immagini di Sentinel-1 nonché programmata sulla base di U-Net, un modello di rete neurale convoluzionale sviluppata nel 2015 per finalità biomedicali dall'università di Friburgo.

In queste condizioni difficili, con valutazioni di contesto e considerando una serie di parametri e relazioni, il modello velocizza questo lavoro di 10mila volte rispetto a quello di uno scienziato in carne e ossa.

"Durante tutto il processo di addestramento - spiega l'Esa - il sistema perfeziona continuamente le sue previsioni, regolando i suoi parametri in base alla differenza tra lo schema derivato manualmente e il risultato previsto. L'addestramento si ferma automaticamente quando il sistema raggiunge le prestazioni ottimali, garantendone l'adattabilità e il successo su nuovi esempi. L'algoritmo è stato testato su sette iceberg, di dimensioni variabili da 54 km quadrati a 1.052 km quadrati, più o meno equivalenti rispettivamente alle aree della città di Berna in Svizzera e di Hong Kong". Per ogni iceberg è stato fornito un dataset fra 15 e 46 immagini raccolte in varie stagioni, dal 2014 al 2020, e una singola immagine Sentinel-1 per ogni mese e per ogni iceberg. Il confronto ha restituito un'accuratezza del 99% rispetto alla mappatura di controllo delle masse di ghiaccio. Superando di gran lunga altri sistemi semi-automatizzati.

"Essere in grado di mappare automaticamente l'estensione degli iceberg con maggiore velocità e precisione ci consentirà di osservare più facilmente i cambiamenti nell'area degli iceberg giganti e aprirà la strada a un'applicazione operativa" ha concluso Braakmann-Folgmann.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/11/22/news/intelligenza_artificiale_fusione_ghiacci_crisi_clima-420836855/

la Repubblica

Il negazionismo climatico si aggiorna: più che negare, su YouTube l'obiettivo è normalizzare

Simone Cosimi

Un'indagine del Center for countering digital hate su oltre 12mila video con 325 milioni di visualizzazioni pubblicati sulla piattaforma per capire come stia mutando il repertorio tematico di chi nega le conseguenze del global warming. Ora si punta a minare le fondamenta scientifiche, l'affidabilità delle soluzioni e, anzi, spiegare che in fondo non va poi così male

17 GENNAIO 2024 ALLE 09:50 3 MINUTI DI LETTURA

L'obiettivo è mettere in dubbio l'efficacia delle soluzioni energetiche rinnovabili.

Ma soprattutto, spiega un [allarmante studio](#) del Center for countering digital hate - un'organizzazione no-profit britannica con sedi a Londra e Washington D.C. - fare un salto in termini di negazionismo climatico.

Visto che l'innalzamento delle temperature è ormai innegabile, i 12mila video pubblicati su YouTube analizzati dall'indagine puntano a normalizzare, cioè a spiegare che in fondo le conseguenze del global warming sono innocue se non addirittura benefiche.

Oppure che le varie discipline che studiano il clima non sono affidabili.

O ancora - il tema principale di questa ondata negazionista - che le soluzioni proposte non funzionano.

Il grosso si concentra per esempio sul peso complessivo della produzione dei veicoli elettrici, spostando il focus dai consumi dei veicoli al ciclo produttivo e di vita (che pure, secondo l'Environmental Protection Authority statunitense e molti studi rimangono comunque più bassi, appunto anche contando la produzione dei veicoli).

Questo tipo di pseudo-contenuti riguarda fino al 70% delle falsità contenute nei video indagati e pubblicati sulle due piattaforme per un lungo periodo - nel 2018 era il 35%: l'indagine è andata in profondità fino a sei anni (dal 2018 al 2023) e si è avvalsa anche di strumenti di intelligenza artificiale per campionare e classificare le argomentazioni impiegate nelle clip pubblicate da 96 canali. Nel complesso questi video hanno accumulato qualcosa come 325 milioni di visualizzazioni. Il gruppo di esperti che ha firmato il rapporto, guidati da Travis Coan, docente di scienze sociali computazionali all'università di Exeter, in Inghilterra, sottolineano appunto questo aggiornamento del repertorio.

In un'epoca in cui gli eventi estremi e l'innalzamento delle temperature sono innegabili anche dai più strenui oppositori, la dinamica è cambiata: nel corso degli anni sono infatti diminuiti i video in cui si rispolverava il vecchio adagio delle ondate di freddo o di neve per negare i cambiamenti e aumentati quelli che, invece, hanno lo scopo di rendere tutto ciò che viviamo in qualche modo normale.

O comunque affrontato con i mezzi sbagliati, come per esempio gli allarmismi sulla diffusione delle pale eoliche per produrre energia rinnovabile dal vento, che porterebbero - secondo alcune organizzazioni negazioniste - all'eliminazione di metà delle foreste globali.

Quando le stime - come spiega anche il [Financial Times](#) - dicono che il passaggio al solare e all'eolico impiegherebbe superfici comparabili all'attuale impronta del complicato settore delle industrie fossili dall'estrazione alla raffinazione fino allo stoccaggio

L'indagine ha anche messo in evidenza una serie di realtà specializzate e molto attive - oltre che molto seguite - come *The Blaze*, una media company con quasi due milioni di iscritti al proprio canale YouTube fondata da un ex presentatore di Fox News, Glenn Beck.

Per capirci, secondo questa piattaforma il riscaldamento globale non avrebbe nulla a che vedere con i numerosi incendi che colpiscono ogni estate larghe parti degli Stati Uniti e neanche con quello che ha raso al suolo metà dell'isola di Maui lo scorso agosto, con la distruzione dell'antica cittadina di Lahaina.

Secondo Beck, come molti altri, il cambiamento climatico è strumentalizzato come pretesto per imporre ai cittadini maggiori controlli e per portare avanti la strampalata teoria del Grande reset, che da piano di ripresa post-Covid presentato nel 2020 è diventata nel tempo un nuovo caposaldo del complottismo mondiale.

Ma, a parte i soliti deliri, cosa ne esce?

Che, come riporta il [Guardian](#) citando un sondaggio di Survation incluso nel rapporto, ne esce che alla fine un terzo degli adolescenti britannici ritiene che gli allarmi sul cambiamento climatico siano "esagerati".

Percentuale che sale al 37% fra gli utenti più accaniti dei social media, quelli che ci trascorrono più di quattro ore al giorno. Serve quindi, spiega il Cchd, che i governi investano di più e meglio nella comunicazione su come mitigare gli effetti del cambiamento climatico e, anzi, su come provare a contrastare abitudini dannose. Difficile farlo in un meccanismo capitalista piena di contraddizioni e ipocrisie. Youtube è corsa ai ripari già da tempo impedendo la monetizzazione e la diffusione di simili contenuti, lo sappiamo, spesso in modo molto efficace. Anche se secondo il gruppo di ricerca il repertorio cambia continuamente e ci sono video che riescono a superare queste barriere. O altri, più sottili, sfuggiti all'analisi dell'AI.

"Gli scienziati hanno vinto la battaglia per informare l'opinione pubblica sul cambiamento climatico e sulle sue cause - ha spiegato Imran Ahmed, chief executive del Cchd - ecco perché chi vi si oppone ha cinicamente cambiato focus puntando a minare la fiducia nelle soluzioni e nella scienza stessa che ne è alla base".

Fra gli altri esempi inclusi nel report ci sono Jordan Peterson (7,64 milioni di iscritti) e PragerU (3,21 milioni). "È ora che le piattaforme digitali rifiutino di amplificare o monetizzare questi contenuti di negazionismo climatico che distruggono la fiducia nella nostra capacità collettiva di risolvere la più importante sfida per l'umanità" ha aggiunto Ahmed.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/01/17/news/negazionismo_climatico_youtube-421894897/



I data center AI potrebbero utilizzare più elettricità dei Paesi Bassi entro il 2027

12 ottobre 2023

Pietro Giudice

Una nuova ricerca suggerisce che l'uso dell'intelligenza artificiale nei data center potrebbe consumare la stessa quantità di elettricità di un piccolo paese come i Paesi Bassi o la Svezia entro il 2027.

Secondo una ricerca peer-reviewed prodotta dal ricercatore Alex de Vries, pubblicata da Digiconomist sulla rivista [Joule](#), il consumo annuale di elettricità legato all'intelligenza artificiale in tutto il mondo potrebbe aumentare di 85,4-134,0 TWh prima del 2027. Ciò rappresenta circa lo 0,5% del consumo elettrico mondiale e una crescita sostanziale nel consumo di elettricità dei data center, che attualmente è stimato tra l'1 e il 2% del consumo elettrico mondiale.

Il risultato fa eco alla stima fornita da Jon Summers e Tor Bjorn Minde dell'istituto di ricerca svedese RISE al [DCD>Connect London](#) la scorsa settimana, secondo cui l'intelligenza artificiale potrebbe consumare tanta elettricità quanto la Svezia.

1,5 milioni di chip Nvidia DGX

"Negli ultimi anni, il consumo di elettricità dei data center ha rappresentato un 1% relativamente stabile del consumo globale di elettricità, escluso il mining di criptovalute", afferma de Vries nel documento [The Growing Energy Footprint of Artificial Intelligence](#). "Tra il 2010 e il 2018, il consumo energetico globale dei data center potrebbe essere aumentato solo del 6%. C'è una crescente preoccupazione che le risorse computazionali necessarie per sviluppare e mantenere modelli e applicazioni di intelligenza artificiale potrebbero causare un aumento del contributo dei data center al consumo globale di elettricità".

Un dottorato di ricerca Candidato alla Vrije Universiteit Amsterdam, de Vries ha ricavato le cifre nel documento esaminando la produzione annuale dei chip Nvidia DGX che vengono utilizzati nel 95% delle grandi applicazioni di intelligenza artificiale. Sebbene attualmente vi siano dei colli di bottiglia nella fornitura di questi chip, de Vries prevede che questi verranno risolti presto, scatenando un'alluvione che potrebbe effettivamente aumentare del 50% il consumo energetico dei data center mondiali.

"L'intelligenza artificiale potrebbe essere responsabile del consumo di elettricità tanto quanto lo è oggi Bitcoin tra pochi anni", afferma de Vries, che ha fondato Digiconomist nove anni fa per esaminare "le conseguenze involontarie delle tendenze digitali", concentrandosi sull'uso energetico di Bitcoin.

de Vries ha discusso dell'uso energetico di Bitcoin in un [podcast DCD nel 2022](#) e Digiconomist stima attualmente che [Bitcoin consumi](#) 126 TWh di elettricità all'anno, più o meno l'equivalente degli Emirati Arabi Uniti.

L'articolo parte dal consumo energetico di un singolo server Nvidia DGX A100, che può consumare da [3 kW a 6,5 kW](#) (quante diverse famiglie statunitensi messe insieme), mentre la versione H100 del chip può consumare più di 10 kW su un intero server con più chip.

Nvidia produrrà circa 100.000 di questi chip nel 2023, ma potrebbe lanciarne 1,5 milioni all'anno entro il 2027, afferma de Vries, grazie a un accordo con il produttore di chip TSMC. Il consumo di elettricità di un anno di produzione di questi sistemi consumerebbe tra 85 e 134 TWh di elettricità, dice.

La cifra è approssimativa: non tutte queste unità verranno utilizzate a piena capacità. Tuttavia, non include la base installata che sarà operativa in quel momento, né altri consumi energetici associati a tali chip, compresi i sistemi di raffreddamento, il trasporto, la produzione e altre emissioni Scope 3.

"Anche se nell'immediato futuro la catena di fornitura dei server IA si troverà ad affrontare alcuni colli di bottiglia che freneranno il consumo di elettricità correlato all'intelligenza artificiale, potrebbe non volerci molto prima che questi colli di bottiglia vengano risolti", afferma de Vries. "Entro il 2027 il consumo mondiale di elettricità legato all'intelligenza artificiale potrebbe aumentare da 85,4 a 134,0 TWh di consumo annuo di elettricità da server di nuova produzione. Questa cifra è paragonabile al consumo annuale di elettricità di paesi come Paesi Bassi, Argentina e Svezia".

07 luglio 2022

Le valutazioni delle criptovalute sono in caduta libera, causando il dimezzamento del mining. Ma Bitcoin consuma ancora tanta energia quanto intere nazioni, nel mezzo di un'emergenza climatica. Parliamo con Alex de Vries di Digiconomist della storia delle criptovalute, del crollo e scopriamo quanta energia utilizza il settore e cosa significa per il pianeta.

Sebbene la maggior parte dell'attenzione si sia concentrata sull'energia utilizzata nell'addestramento dei sistemi di intelligenza artificiale, de Vries avverte che la fase di applicazione o "inferenza" del loro utilizzo potrebbe essere altrettanto assetata di energia. Intervenendo al DCD>Connect la scorsa settimana, Jon Summers e Tor Bjorn Minde di RISE hanno fatto un'osservazione simile, in un discorso che ha esaminato come il raffreddamento ad aria non sia in grado di fornire la rimozione del calore necessaria per un consumo energetico così intenso.

Summers e Minde hanno osservato che, in un'applicazione come Ricerca Google, un'intelligenza artificiale potrebbe essere utilizzata così spesso che l'energia utilizzata nella fase di inferenza a basso consumo si moltiplica fino a raggiungere quella utilizzata nell'addestramento.

de Vries osserva che l'applicazione dell'intelligenza artificiale alla ricerca di Google potrebbe, nel peggiore dei casi, aumentare il suo consumo di energia fino a raggiungere quello dell'Irlanda, ovvero 29 TWh all'anno, ma osserva che il semplice costo di farlo potrebbe scoraggiare Google dall'implementarlo.

Invita l'industria a essere "consapevole dell'uso dell'intelligenza artificiale", lanciando il seguente avvertimento: "Le tecnologie emergenti come l'intelligenza artificiale e in precedenza la blockchain sono accompagnate da

molto clamore e paura di perdere qualcosa. Ciò spesso porta alla creazione di applicazioni che apportano pochi o nessun vantaggio agli utenti finali.

"Tuttavia, poiché l'intelligenza artificiale è una tecnologia ad alta intensità energetica, ciò può anche comportare uno spreco di una quantità significativa di risorse. Gran parte di questo spreco può essere mitigato facendo un passo indietro e tentando di costruire soluzioni che si adattino meglio alle esigenze esigenze degli utenti finali (ed evitare di forzare l'uso di una tecnologia specifica)."

E conclude: "L'intelligenza artificiale non sarà una cura miracolosa per tutto poiché alla fine presenta varie limitazioni. Queste limitazioni includono fattori come allucinazioni, effetti discriminatori e preoccupazioni sulla privacy. La sostenibilità ambientale rappresenta ora un'altra aggiunta a questo elenco di preoccupazioni".

L'articolo è disponibile [gratuitamente per 50 giorni](#) e su richiesta dell'autore.

<https://www.datacenterdynamics.com/en/news/ai-data-centers-could-use-more-electricity-than-the-netherlands-by-2027/>

Economia e sanità

Rapporto CER 4/2023

Presentiamo in questo Rapporto il nostro nuovo esercizio di previsione, che copre il periodo 2024-26. Le stime incorporano un ribasso rispetto alle valutazioni precedenti (Rapporto 4/2022) e nello scenario di base la crescita del prodotto non raggiunge l'uno per cento in nessuno degli anni considerati. Nel dettaglio, ci aspettiamo un aumento del Pil dello 0,9% nel 2024, dello 0,8% nel 2025 e nuovamente dello 0,9% nel 2026. Con più stretto riferimento al primo anno di previsione, indichiamo un tasso di crescita comunque superiore a quello che risulta dal Consenso (fonte Focus Economics).

Pur a fronte delle evidenti tensioni geopolitiche e dell'indebolimento del commercio mondiale, che trasmette condizioni di sofferenza al settore manifatturiero, il ciclo economico italiano trova un fattore di stabilizzazione nella tenuta dei consumi delle famiglie, in un contesto di inflazione calante. Va al riguardo considerato che nel 2023 vi è stato un peggioramento degli indicatori reali, ma al contempo un miglioramento degli indicatori monetari e un forte aumento dell'occupazione. Il saldo di bilancia commerciale è inoltre tornato in ampio attivo, con una differenza positiva nell'ordine dei 60 miliardi di euro con quanto registrato nel 2022. L'impatto dello **shock** energetico sui conti esteri è stato cioè assorbito per intero e altrettanto può dirsi per la fase di accelerazione dei prezzi. Da questo punto di vista l'economia italiana mostra fondamentali in ordine.

Come analizzato nel Rapporto 1/2023, di fronte all'aumento dei prezzi energetici i salari reali hanno assunto il ruolo di **shock absorber** e ciò ha consentito di preservare i margini delle imprese, di sostenere l'accumulazione, di preservare la creazione di nuovi posti di lavoro. Ora le retribuzioni nominali stanno in parte recuperando la perdita del passato biennio e il calo dell'inflazione ne accresce il valore reale, sospingendo appunto la spesa delle famiglie.

Il governo fondato sui condoni: sedici mesi di regali agli evasori (Il Fatto Quotidiano)

Chiara Brusini

*In principio, come sempre, fu il **condono**. In grande stile. Novembre 2022: Giorgia Meloni firma la sua prima legge di **Bilancio** e dentro ci sono una dozzina tra sanatorie e definizioni agevolate. Nei successivi 15 mesi, via via che il governo ha dato attuazione alla delega fiscale approvata in agosto, la lista dei favori agli evasori si è allungata. L'ultimo tassello, per ora, è il decreto che taglia le **sanzioni** e garantisce la **non punibilità penale** a chi accetta di pagare a rate. Per il viceministro con delega al **fisco**, Maurizio Leo, sono le tappe di un piano per rendere il **fisco** "più equo e giusto". Ma il messaggio che arriva ai contribuenti, nel Paese in cui l'evasione è un fenomeno di massa, è ben diverso: non versare il dovuto conviene. Per chi può, è la scelta più razionale.*

***Ripartiamo** dall'inizio. Poco dopo la vittoria elettorale la maggioranza di destra ha tradotto in pratica una delle periodiche promesse di Matteo Salvini: l'ennesima **pace fiscale**. I condoni in Italia sono tradizione bipartisan, ma il set di opzioni apparecchiato in questo caso ha pochi precedenti: dallo **stralcio delle cartelle** sotto i 1.000 euro alla definizione agevolata degli **avvisi bonari**, dalla **rottamazione quater** con abbuono di aggio, sanzioni e interessi alla chiusura delle liti pendenti nei vari gradi di giudizio. Aggiungendo anche lo **spalma-debiti** delle società sportive e la regolarizzazione delle **criptovalute** si arriva a una dozzina di misure che il testo della manovra definisce "di sostegno al contribuente". Peccato che a perderci sia il **fisco**. Perché l'altra metà della promessa salviniana – "decine di miliardi di incassi" – non si è avverata. Se è vero che da queste misure lo Stato qualcosa ricava, le condizioni di favore offerte per incentivare l'adesione comportano la rinuncia a cifre enormi: stando alla relazione tecnica almeno 3,5 miliardi, 1,4 al netto dei maggiori introiti.*

*Per capire quanto dannoso sia il pacchetto prendiamo uno degli interventi all'apparenza più innocui, la rottamazione. Che male c'è nel tendere la mano a chi ha dichiarato ma non versato e accetta di farlo a rate? Il fatto è che buona parte dei milioni di contribuenti che aderiscono smette presto di rispettare le scadenze stabilite. Di fatto, dice la Corte dei Conti, usa l'agenzia della riscossione come una finanziaria che fa credito a tasso zero e senza pretendere garanzie. Per molte aziende è diventato un **modus operandi**: pagano dipendenti e fornitori, magari distribuiscono pure i dividendi ai soci e poi, se la liquidità è agli sgoccioli, invece che chiedere un prestito "risparmiano" sulle tasse. Il risultato è che l'incasso finale si ferma sempre molto sotto l'introito preventivato: è successo con le rottamazioni di Renzi, Gentiloni e del Conte 1, sta succedendo con quella di Meloni. Lo scorso anno sono mancati all'appello 5,4 miliardi su 11,9 attesi. Falso anche che queste misure siano preziose per svuotare il magazzino delle cartelle non riscosse: le prime tre tornate l'hanno ridotto solo di 30 miliardi. Su un totale che oggi ha raggiunto quota 1.200 miliardi.*

*Avanti di qualche mese: a marzo il governo approva il ddl delega per la riforma del **fisco**, che prevede tra l'altro (ci torneremo) il **concordato preventivo biennale** con le partite Iva. Due settimane dopo infila a sorpresa nel decreto Bollette una nuova **causa di non punibilità** fino al giudizio di appello per chi non ha versato oltre 150mila euro di ritenute e 250mila di Iva. Se rateizza il debito – dopo essere stato scoperto e condannato in primo grado – il processo va al macero. Uno scudo penale allargato che tributaristi e magistrati, in audizione, bocciano senza appello definendolo "messaggio criminogeno". Meloni e Leo tirano dritto. A fine maggio la premier, chiudendo la campagna elettorale per le comunali in Sicilia, dà la sua lettura della lotta all'evasione: insistere perché i "piccoli" versino il dovuto equivale a chiedere un "pizzotto di Stato".*

In agosto il Parlamento vota la delega e parte la corsa al varo dei decreti attuativi. In autunno c'è l'ok a quello sull'**adempimento collaborativo**, un regime di interlocuzione preventiva con le Entrate riservato finora ai grandi gruppi: il governo, oltre a prevedere di allargarlo anche alle medie aziende, si inventa per tutte le altre un "regime opzionale". Basta che adottino un sistema di rilevazione e controllo dei rischi fiscali "certificato da professionisti indipendenti", leggi commercialisti e avvocati. Si appaltano ai privati controlli da cui dipenderà la concessione di benefici sostanziali come la non punibilità per la dichiarazione infedele.

Con l'anno nuovo arriva il via libera definitivo a una delle misure bandiera, il **concordato preventivo** per piccole imprese e lavoratori autonomi. In pratica l'Agenzia proporrà loro un **reddito** presunto su cui pagare le tasse nei due anni successivi e non potrà pretendere nulla di più nel caso in cui i ricavi effettivi siano superiori. Leo, che aveva rivendicato la scelta di consentire l'**accesso** solo ai contribuenti con buone pagelle fiscali (gli indicatori Isa), smentisce se stesso. Accogliendo una richiesta arrivata dalla maggioranza durante il passaggio parlamentare, elimina il requisito. La nuova opzione sarà aperta anche a chi ha un punteggio bassissimo: probabili evasori, che dichiarano decine di migliaia di euro in meno rispetto ai virtuosi. Così il maggior **gettito** atteso prima della modifica – 1,6 miliardi stando alla relazione tecnica – si azzera. Le proposte del **fisco** arriveranno entro metà ottobre: molti addetti ai lavori temono che saranno "morbide" per evitare il flop della misura. In quel caso il nuovo strumento si tradurrà in un **condono preventivo**. Di sicuro, per ora, c'è il fatto che il testo del decreto quantifica una "modica quantità di evasione" considerata ammissibile: chi occulta meno del 30% del dichiarato, infatti, non decadrà dal concordato.

L'ultimo regalo – per ora – è il decreto sul sistema sanzionatorio. La bozza esaminata in Consiglio dei ministri riduce le **sanzioni amministrative**, con l'eccezione dei casi di frode e violazioni reiterate, e **depenalizza** l'omesso versamento di Iva e ritenute – oggi punito con la reclusione da sei mesi a due anni – quando il debito è "in corso di estinzione mediante pagamenti rateali". Si estende insomma il beneficio offerto col decreto Bollette ai condannati in primo grado. Tra l'altro, chi smette di ottemperare resterà non punibile nel caso tenga per sé meno di 50mila euro di ritenute e 75mila di Iva. Novità che rendono ancora più "razionale" non pagare per poi rateizzare. Tanto più che, salvo eccezioni, chi sta estinguendo il debito a rate non sarà più soggetto al sequestro dei beni.

Manca ancora all'appello un altro provvedimento delicato, quello di **riforma della riscossione**. Per prevenire l'accumulo di milioni di cartelle inesigibili il governo vuol prevedere la restituzione automatica delle quote non riscosse al creditore (Entrate o altri enti) a 5 anni dall'affidamento, fatte salve quelle per cui è in corso qualche forma di recupero. Ma dovrebbe valere solo per il futuro. E 1.200 miliardi pregressi? La tentazione sarà quella di fare tabula rasa: una nuova sanatoria.

<https://www.fiscoequo.it/il-governo-fondato-sui-condoni-sedici-mesi-di-regali-agli-evasori-il-fatto-quotidiano/>

Finanza

Ocse: debito pubblico e corporate globale a 100mila mld \$

Il rapporto rivela un record dello stock obbligazionario globale, con il debito sovrano che raggiunge il livello più alto di sempre

Mara Monti

Il volume totale del debito obbligazionario del settore pubblico e di quello corporate a livello globale alla fine del 2023 ha raggiunto il livello record di quasi 100 mila miliardi di dollari, una dimensione

simile al PIL mondiale. Più della metà è rappresentato dal debito sovrano che nell'area dei 38 Paesi OCSE lo scorso anno ha toccato 54 mila miliardi di dollari e nel 2024 è previsto raggiungere il record di 56 mila miliardi di dollari, il livello più alto di sempre. Il resto è rappresentato dai corporate bond con uno stock di debito obbligazionario pari a 34 mila miliardi di dollari a cui si aggiungono altri 12 mila miliardi di debito pubblico dei paesi al di fuori dell'area OCSE.

Il debito pubblico torna a crescere: stimato a 56 mila miliardi di dollari nel 24

È la fotografia che emerge dal primo rapporto stilato dall'OCSE sul debito mondiale obbligazionario (*Global debt report 2024: bond markets in a high-debt environment*), presentato questa mattina dal Segretario Generale dell'OCSE Mathias Cormann e dal Direttore Financial e Enterprise Affairs Carmine Di Noia. Il report dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico analizza il debito sovrano, insieme a quello corporate e a quello sostenibile (dal green bond, social e sostenibili) dei 38 Paesi che fanno parte dell'Organizzazione internazionale dalla crisi del debito sovrano, passando per la crisi Covid fino alla fine del Quantitative Easing da parte delle banche centrali.

Il ruolo del mercato obbligazionario durante le emergenze

Il mercato del debito ha giocato un ruolo centrale per rispondere alle emergenze che si sono susseguite negli ultimi anni, dalla crisi Covid quando tutti i paesi indistintamente si trovarono a mettere mano alle finanze pubbliche per fare fronte alla pandemia, alla crisi energetica iniziata a seguito delle tensioni belliche tra Ucraina e Russia: durante la pandemia, l'emissione di obbligazioni sovrane ha raggiunto il record di 15,4 mila miliardi di dollari a livello mondiale, quelle corporate 3,4 mila miliardi di dollari nel 2020 e 2,8 mila miliardi nel 2021 fino ai bond sostenibile (dal green bond, social e sostenibili) 713 miliardi di dollari.

Crescita e inversione del debito obbligazionario dal 2022

Questa rapida crescita si è arrestata e addirittura invertita a partire dal 2022, quando la politica monetaria ha iniziato a restringersi bruscamente in risposta agli elevati livelli di inflazione: sebbene le emissioni sovrane dei Paesi OCSE siano diminuite leggermente nel 2022, con un calo di circa il 16% rispetto al 2021, l'ammontare è rimasto sostanzialmente superiore rispetto ai livelli pre-pandemici e si prevede che raggiungeranno un nuovo record di 15,8 mila miliardi di dollari nel 2024. Al contrario, le emissioni societarie sono diminuite del 25% nel 2022 e si sono avvicinate ai livelli toccati prima della pandemia, con le emissioni societarie non investment grade che hanno subito una contrazione del 74 per cento.

Contributi al debito pubblico dell'area OCSE

A contribuire all'aumento record del debito pubblico dell'area OCSE una decina di Paesi tra cui i grandi emittenti come Stati Uniti, Gran Bretagna e Italia mentre una dozzina di Paesi ha riportato una diminuzione del debito tra questi Francia, Germania e Giappone. Il livello record toccato dallo stock del debito dell'OCSE nel 2023, pari a 54 mila miliardi di dollari, è rappresentato per metà gli Stati Uniti, il 20% dall'Unione Europea, il 16% dal Giappone, il 6% il Regno Unito mentre i restanti Paesi OCSE rappresentano il 9 per cento. In particolare, lo stock del debito statunitense è aumentato del 7% dal 2019 ed è raddoppiato dal 2008 anche a causa dell'apprezzamento del dollaro.

Aumento del costo dell'indebitamento nell'area OCSE

Con il cambio di direzione della politica monetaria delle banche centrali, il costo dell'indebitamento nell'area OCSE è aumentato passando in media dall'1% nel 2021 al 4% nel 2023, mentre la spesa per interessi è passata dal 2,3% al 2,9% del PIL nello stesso periodo. Nonostante il costo delle emissioni "sovrane" sia aumentato per il terzo anno consecutivo, le finanze pubbliche sono rimaste relativamente stabili in quanto l'aumento dell'indebitamento è stato in gran parte compensato dall'impatto dell'inflazione sul PIL nominale e dall'allungamento del debito in scadenza, un trend iniziato a partire dal 2008. Proprio l'allungamento della scadenza del debito rischia, secondo l'OCSE, di portare ad un corto circuito dal momento che entro il 2026 si stima che scadranno 25 mila miliardi di dollari di titoli pubblici e 12 mila miliardi di dollari di bond societari: con un costo del debito in aumento, rifinanziare questa montagna di obbligazioni rischia di diventare difficile.

la Repubblica

Istat, nel 2023 in media 481mila occupati in più. Il lavoro si chiede ad amici e parenti

a cura della redazione Economia

Donne e Mezzogiorno fanno meglio della media, ma restano ampi divari. Si amplia la quota (77%) di chi si rivolge ai canali "informali" per la ricerca di occupazione. [Calcola il tuo stipendio giusto](#)

MILANO – L'Istat chiude la rilevazione trimestrale del mercato del lavoro con il quarto trimestre dell'anno passato e diffonde quindi il bilancio nella media del 2023: prosegue la crescita, già registrata nei due anni precedenti, del numero di occupati con un aumento di 481 mila unità (+2,1% in un anno). Gli occupati in media d'anno sono 23 milioni 580 mila.

Il tasso di occupazione di 15-64 anni sale al 61,5% (+1,3 punti percentuali) mentre il tasso di disoccupazione cala al 7,7% (-0,4 punti). I disoccupati calano sotto quota due milioni, a 1 milione 947mila (-81mila unità).

Dati che poi nelle rilevazioni più recenti hanno mostrato qualche scricchiolio, con [il report mensile sulla disoccupazione di gennaio](#) che, ad esempio, ha segnalato una prima inversione di tendenza con il calo degli occupati.

Restando al bilancio del 2023, la crescita annua dell'occupazione "interessa soprattutto i dipendenti a tempo indeterminato (+491 mila, +3,3%) e, con minore intensità, gli indipendenti (+62 mila, +1,3) – si legge nel rapporto Istat – Risultano invece in calo i dipendenti a termine (-73 mila, -2,4%). Continua l'aumento, già osservato nei due anni precedenti, del lavoro a tempo pieno (+446 mila, +2,4%) e cresce a ritmi più sostenuti rispetto all'anno precedente anche quello a tempo parziale (+35 mila, +0,8%)".

Il lavoro si chiede ad amici e parenti

L'Istituto offre anche uno spaccato su come si cerca lavoro: "L'uso dei canali informali nella ricerca di occupazione rimane la pratica più diffusa: la quota di chi si rivolge a parenti, amici e conoscenti aumenta e raggiunge il 76,6% (+1,2 punti); in marcata crescita anche l'incidenza di chi ha cercato lavoro rivolgendosi al Centro pubblico per l'impiego (25,8%, +3,5 punti), mentre risultano più stabili le quote di coloro che svolgono altre azioni di ricerca formali, come l'invio di domande/curriculum (invariata al 64,9%), la consultazione di offerte di lavoro (47,6%, +0,6 punti), la risposta ad annunci o la pubblicazione di inserzioni (30,0%, +0,4 punti) oppure l'aver contattato un'agenzia di lavoro interinale (invariata al 20,0%)".

Tra i dati positivi, ancora per il terzo anno calano gli inattivi (coloro che non cercano nemmeno lavoro, solitamente segnale di "sfiducia") con un -468 mila, -3,6% in un anno, attestandosi a 12 milioni 377 mila. Nel dettaglio, sono in calo sia coloro che non cercano e non sono disponibili a lavorare (-175 mila, -1,7%) sia, soprattutto, le forze di lavoro potenziali (-293 mila, -11,8%), ossia la componente degli inattivi più vicina al mercato del lavoro. Diminuisce il numero degli scoraggiati (-44 mila, -4,3%), di chi aspetta gli esiti di passate azioni di ricerca (-129 mila, -20,9%) e di chi non cerca lavoro per motivi familiari (-139 mila, -4,8%). Il tasso di inattività 15-64 anni scende al 33,3% (-1,1 punti rispetto al 2022).

Donne e Mezzogiorno meglio, ma restano i divari

Se si guardano i dati di dettaglio per le caratteristiche della popolazione, ci sono miglioramenti per le categorie più "deboli" ma restano ampi di vari. Nel capitolo di genere, ad esempio, c'è un recupero delle donne: tra loro il tasso di occupazione aumenta poco di più rispetto agli uomini (+1,4 punti rispetto a +1,2 punti) e si associa alla diminuzione più marcata di quello di disoccupazione (-0,6 e -0,3 punti, rispettivamente); è invece quasi identica la riduzione del tasso di inattività 15-64 anni (-1,2 punti le donne e -1,1 punti gli uomini). Il gap a sfavore delle donne si attesta a circa 18 punti per i tassi di occupazione e di inattività (15-64 anni) e a 2 punti per il tasso di disoccupazione.

A livello territoriale, spiega ancora l'Istat, il Mezzogiorno mostra l'aumento più consistente del tasso di occupazione (+1,6 punti rispetto a +1,3 punti nel Nord e +1,1 punti nel Centro) e la riduzione più marcata del tasso di inattività 15-64 anni (-1,6 punti nelle regioni meridionali rispetto a -1,0 punti nel Nord e -0,6 punti nel Centro); il tasso di disoccupazione, invece, diminuisce in maggior misura nel Centro (-0,7 punti in confronto a -0,5 punti nel Nord e -0,3 punti nel Mezzogiorno). I divari territoriali rimangono comunque

molto elevati: il tasso di occupazione nel Nord (69,4%) è di 21 punti superiore a quello del Mezzogiorno (48,2%) e il tasso di disoccupazione nelle regioni meridionali (14,0%) è circa tre volte quello del Nord (4,6%).

https://www.repubblica.it/economia/2024/03/13/news/istat_nel_2023_in_media_481mila_occupati_in_piu_il_lavoro_si_chiede_ad_amici_e_parenti-422301806/?ref=RHVS-BG-P3-S1-T1

TODAY Economia

Bonus fino a 2mila euro per i lavoratori con figli: nei fringe benefit anche affitto e mutuo

I chiarimenti dell'Agenzia delle entrate: oltre alle bollette, entrano nel bonus esentasse anche le spese per l'affitto e per il mutuo sulla prima casa. Novità anche per i lavoratori del settore turistico

n bonus fino a 2mila euro destinato ai lavoratori dipendenti, i cosiddetti [fringe benefit](#), ma non solo, anche un trattamento integrativo per alcune categorie di lavoratori e il riscatto dei periodi non coperti dal lavoro. Nella circolare [n. 5/E](#) di oggi, giovedì 7 marzo, l'Agenzia delle Entrate ha fornito diverse indicazioni riguardanti le nuove misure per il welfare aziendale e i redditi dei lavoratori dipendenti. Vediamo nel dettaglio tutte le novità.

Fringe benefit 2024, le novità

Una delle modifiche introdotte dalla legge di Bilancio 2024 riguarda i fringe benefit, ossia i benefici aziendali. Nel 2024 infatti, i lavoratori dipendenti che hanno figli a carico potranno ricevere questa sorta di "bonus", il cui limite massimo è stato innalzato a 2mila euro, senza che l'importo venga conteggiato nella dichiarazione dei redditi. Per i dipendenti senza figli il limite sarà di mille euro. Come specificato dall'Agenzia, entrano tra i "bonus" esentasse non solo le somme erogate o rimborsate dai datori di lavoro ai dipendenti per il pagamento delle utenze domestiche, ma anche quelle per l'affitto e per gli interessi sul mutuo della prima casa.

La norma stabilisce infatti che non concorrono al reddito di lavoro dipendente, entro il limite di mille euro, i beni e i servizi prestati e le somme erogate o rimborsate ai lavoratori. Questo tetto sale a 2mila euro se il dipendente ha figli a carico. Tra i fringe benefit possono rientrare non solo le somme per il pagamento delle utenze domestiche (energia elettrica, acqua e gas), ma anche quelle per l'affitto o gli interessi sul mutuo dell'abitazione principale del lavoratore, anche se il contratto di affitto o il mutuo sono intestati al coniuge o a un altro familiare del dipendente. L'Agenzia fornisce chiarimenti anche sulle modalità per determinare il compenso in natura in caso di prestiti concessi al lavoratore, con particolare riguardo al tasso ufficiale di riferimento (Tur) e sulla riduzione dell'aliquota dell'imposta sostitutiva sui premi di risultato dal 10 al 5%.

Nuovo trattamento integrativo

Al fine di sostenere il settore turistico, ricettivo e termale, l'ultima legge di Bilancio riconosce inoltre a favore dei lavoratori degli esercizi di somministrazione di alimenti e bevande e per quelli del comparto del turismo, ivi inclusi gli stabilimenti termali, un trattamento integrativo speciale, che non concorre alla formazione del reddito, pari al 15%. La misura si riferisce alle prestazioni rese tra il 1° gennaio 2024 e il 30 giugno 2024 dai lavoratori dipendenti con redditi non superiori a 40mila euro per il periodo di imposta 2023. L'agevolazione è calcolata sulla retribuzione lorda corrisposta per lavoro straordinario in giorni festivi o in periodo notturno. Il datore di lavoro, a partire dalla prima retribuzione utile e, comunque entro il termine di effettuazione delle operazioni di conguaglio di fine anno, eroga come sostituto d'imposta il trattamento integrativo speciale,

indicando poi l'importo nella certificazione unica del dipendente relativa al periodo di imposta 2024.

Il riscatto dei periodi non coperti da retribuzione

Infine, la circolare fa il punto sugli effetti fiscali delle nuove misure in materia di riscatto ai fini pensionistici di periodi non coperti da retribuzione. In via sperimentale per il biennio 2024 -2025 gli iscritti presso una delle gestioni previdenziali amministrare dall'Inps, non titolari di pensione e privi al 31 dicembre 1995 di anzianità contributiva, possono riscattare i periodi antecedenti all'entrata in vigore della legge di Bilancio compresi tra l'anno del primo e quello dell'ultimo contributo accreditato. Sono previste specifiche condizioni per l'applicazione e i periodi riscattabili non possono superare i 5 anni anche non continuativi. Il dipendente può chiedere al proprio datore di lavoro di sostenere l'onere del riscatto utilizzando i premi di produzione spettanti al lavoratore.

<https://www.today.it/economia/fringe-benefit-2024-bonus-2mila-euro-istruzioni.html>