

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia

n. 11 del 1.02.2024



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

Review realizzata in collaborazione con:



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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

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

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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



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

- Volume 1 dal n. 1 al n. 14
- 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

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

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

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

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

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

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

EVENTO SEMINARIO CON PRESENTAZIONE DELL'EBOOK

*Coordina i lavori il Dr. Maurizio del Pinto
(Cardiologia Azienda Ospedaliera di Perugia)*



27 Gennaio 2024, ore 15:00
Sala della Fondazione Sant'Anna
Viale Roma, 15 - Perugia

SALUTO DELLE ISTITUZIONI

Dr. Avv. Andrea Romizi
Sindaco di Perugia

Proff. Ing. Stefania Proietti
Sindaco di Assisi, Presidente Provincia di Perugia

Prof. Vincenzo Nicola Talesa
Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Perugia

L'OSPEDALE CHE CAMBIA E DIVENTA RESILIENTE E FLESSIBILE

La pandemia COVID-19 è stata un'occasione per ripensare la progettazione sia dei processi sia degli spazi fisici degli ospedali e rafforzare una convinzione, già in parte diffusa, in merito alla necessità di cambiare ed adeguare tali strutture per poter avere nuovi ruoli ed affrontare nuove sfide.

Riflettendo sulla esperienza di questi anni di pandemia e anche nella prospettiva di endemizzazione della stessa o di non auspicabili, ma possibili, nuove pandemie, dobbiamo capire cosa è successo nei sistemi sanitari e nelle aziende sanitarie, cosa è successo nei territori e come possiamo non commettere più gli errori compiuti ed evitabili di fronte a una maxi emergenza sconosciuta e planetaria. Dobbiamo comprendere che non possiamo investire solo sulla prevenzione (vaccini e sistemi di protezione individuali e collettivi), ma anche su organizzazione e tipologia delle cure.

Dovremmo velocemente imparare a gestire progetti di cambiamento con un uso bilanciato di tecniche diverse, avere project manager capaci con competenze diverse in grado di gestire le "turbolenze" che l'implementazione dei progetti generano nelle organizzazioni e, cosa veramente innovativa, dovremmo creare una rete attiva di comunicazione e di condivisione con gli utenti finali sugli obiettivi intermedi e quelli a lungo termine ricercati e raggiunti.

Conciliare qualità e complessità oggi implica abbandonare la vecchia concezione delle organizzazioni sanitarie come strutture gerarchiche lineari: i sistemi sanitari e gli ospedali sono sempre più entità complesse governate da leggi di interazione e auto-organizzazione, spesso soggette a fenomeni emergenti, come lo è stato la minaccia pandemica. Sarà questa la chiave per riformare l'assistenza compresa quella ospedaliera, facendo convergere la pluralità di attori su un unico obiettivo: aumentare la flessibilità del sistema.

Questa è la grande sfida che avremo davanti nei prossimi anni che, ovviamente, non possiamo fallire nell'interesse dei nostri pazienti.

L'ebook che presentiamo come ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, vuole essere un contributo di riflessione e di proposta in tal senso e l'avvio, ci auguriamo, di un utile dibattito di approfondimento.



PROGRAMMA



Ore 14:30 **Accoglienza partecipanti**

Ore 15:00 **Saluto Istituzioni locali**

Dr. Avv. Andrea Romizi

Sindaco di Perugia

Proff. Ing. Stefania Proietti

Sindaco di Assisi, Presidente Provincia di Perugia

Prof. Vincenzo Nicola Talesa

Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Perugia

Ore 15:40 **Saluto della Presidente Nazionale ASIQUAS**

Dr.ssa Silvia Scelsi

PRESENTAZIONE DEI CONTENUTI DELL'EBOOK

Ore 15:45 **Perchè l'ebook "L'ospedale che cambia"**

Prof. Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale ASIQUAS,
Curatore dell'opera, Docente Università "La Sapienza",
Docente "LUISS Business School", Roma

Ore 16:05 **Ospedali e reti cliniche**

Prof. Maurizio Dal Maso

Autore ebook, membro CDN ASIQUAS;
Docente "LUISS Business School", Roma
DS Istituto "Fanfani", Firenze

Ore 16:25 **Progettare ospedali flessibili ed agili, sostenibili e centrati su pazienti e operatori**

Prof. Andrea Vannucci

Socio ASIQUAS, Professore a contratto DISM
Università degli Studi di Siena
Socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova

Ore 16:45 **Digitalizzazione negli ospedali: nuove opportunità**

Prof. Angelo Rossi Mori

CNR ITB, Milano

PROGRAMMA



Ore 17:05 **TAVOLA ROTONDA con interventi preordinati e domande del pubblico**

Modera: Dr. Maurizio del Pinto
Cardiologia Azienda Ospedaliera di Perugia

Partecipano:
Prof. Giuseppe Ambrosio
Professore Ordinario di Cardiologia
Direttore Struttura Complessa di Cardiologia
e Fisiopatologia Cardiovascolare
Università degli Studi di Perugia
Azienda Ospedaliera di Perugia

Prof. Giorgio Banchieri
Segretario ASIQUAS e Curatore dell'ebook
Docente DiSSE Università "La Sapienza", Roma

Dott. Massimo D'Angelo
Direttore Regionale della Sanità della Regione Umbria

Dr. Giuseppe De Filippis
Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia

Prof. Luca Ferrucci
Professore Ordinario di Economia e Management
delle Imprese presso il Dipartimento di Economia
dell'Università degli Studi di Perugia

Dr.ssa Gigliola Rosignoli
Direttore Sanitario Centrale Istituti Clinici Maugeri

Ore 18.30 **Conclusioni della Giornata Seminario**

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE GRATUITA
L'EBOOK È SCARICABILE GRATUITAMENTE DAL SITO DI
"QUOTIDIANO SANITÀ"

Su iniziativa della Senatrice Ylenia Zambito

**Presentazione del II Rapporto
dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza
della Fondazione Bruno Visentini**

"UNIRE I PUNTINI: VERSO UN PIANO NAZIONALE DI SALUTE"

Giovedì 22 Febbraio 2024

Sala Zuccari - Palazzo Giustiniani
presso il Senato della Repubblica
Via della Dogana Vecchia, 29 Roma

9:00 ACCREDITO DEI PARTECIPANTI

9:30 SALUTI ISTITUZIONALI

*Marcello Gemmato, Sottosegretario di Stato alla Salute
Ylenia Zambito, Senatrice della Repubblica, Segretario 10ª Commissione permanente
(Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)
Francesco Di Ciommo, Prorettore Università Luiss Guido Carli
Paolo Marini, Presidente Fondazione Bruno Visentini

9:50 RELAZIONE INTRODUTTIVA

Presentazione del Rapporto e relazione sull'Indice di Vicinanza della salute
Duilio Carusi, Coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza e Adjunct
Professor – Luiss Business School

10:20 PANEL DI DISCUSSIONE "UNIRE I PUNTINI"

Simona Camerano, Responsabile dell'Area Scenari Economici e Strategie Settoriali –
Cassa Depositi e Prestiti
Americo Cicchetti, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria – Ministero
della Salute
*Antonio De Caro, Presidente – ANCI Associazione Nazionale Comuni Italiani
Laura Lega, Capo Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione – Ministero
dell'Interno
Ettore Prandini, Presidente Nazionale – Coldiretti
Moderazione:
Barbara Gobbi, Giornalista – Il Sole 24 Ore

11:00 PANEL DI DISCUSSIONE "VERSO UN PIANO NAZIONALE DI SALUTE?"

Elena Murelli, Senatrice della Repubblica, Membro 10ª Commissione permanente

Elisa Pirro, Senatrice della Repubblica, Membro 10ª Commissione permanente

*Daniela Sbrollini, Senatrice della Repubblica, Vicepresidente 10ª Commissione permanente

Ylenia Zambito, Senatrice della Repubblica, Segretario 10ª Commissione permanente

Ignazio Zullo, Senatore della Repubblica, Membro 10ª Commissione permanente

Moderazione:

Duilio Carusi, Coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza e Adjunct Professor – Luiss Business School

11:40 L'APPROCCIO INTEGRATO ALLA SALUTE DELLA WORLD HEALTH ORGANIZATION

"Investing in solutions for healthy societies and resilient economies"

Christine Brown, Head of European Office for Investment for Health and Development – WHO Venice, Italy

"The One Health approach"

Simona Seravesi, Technical Officer One Health – WHO-EURO Copenhagen, Denmark

Moderazione:

Luigi Bertinato, Senior Consultant European Office for Investment for Health and Development – WHO Venice, Italy

12:20 CONCLUSIONI

**In attesa di conferma*

I lavori del convegno saranno trasmessi in diretta streaming al link webtv.senato.it e sul canale YouTube del Senato Italiano.

L'accesso alla sala – con abbigliamento consono e, per gli uomini, obbligo di giacca e cravatta – è consentito fino al raggiungimento della capienza massima.

Le opinioni e i contenuti espressi nell'ambito dell'iniziativa sono nell'esclusiva responsabilità dei proponenti e dei relatori e non sono riconducibili in alcun modo al Senato della Repubblica o ad organi del Senato medesimo.

I giornalisti e gli ospiti devono accreditarsi scrivendo a: osbr@fondazionebv.eu

Indice

Articolo di apertura	16
Quotidiano sanità - <i>Sanità pubblica e sanità privata: scenari attuali e prospettive future</i> -Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci.3	16
Quotidiano sanità - <i>La visione “ospedalocentrica” ce l’hanno i cittadini e la responsabilità è di tutti</i> – C. Maria Maffei18	21
Quotidiano sanità - <i>“Pubblico” e “privato” in sanità come possono interagire? Integrazione, sussidiarietà e cooperazione</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci.	23
Quotidiano sanità - <i>Ospedale del futuro. Presentata la Carta di Teramo con i 10 requisiti chiave</i> – Ester Malagò	28
Quotidiano sanità - <i>Il governo delle liste di attesa. Più attenzione alla “presa in carico”</i> – C. M. Maffei	30
Scenari della sanità	33
Salute Internazionale - <i>L’ondata liberista sui sistemi Beveridge</i> - Gavino Maciocco	33
Quotidiano sanità - <i>La “banalità” della aziendalizzazione/governance</i> - Bruno Agnetti	37
Quotidiano sanità - <i>Si alle riforme ma senza distruggere l’articolo 32 della Costituzione</i> -	39
The New England Journal of Medicine. <i>La finanziarizzazione della sanità negli Stati Uniti</i> Joseph Dov Bruch, Victor Roy, e Colleen M. Grogan	37
Salute Internazionale - <i>Gaza. Prevenire un genocidio</i> - The Lancet. Alix Faddoul, Geordan Shannon, Khudejha Asghar, Yamina Boukari, James Smith, Amy Neilson	41
Health Tech 360 - <i>Obiettivo fiducia: perché l’esperienza del paziente è strategica</i> – A. Pascali, F. Fioravanti.	43
Salute Internazionale - <i>Health literacy e diritti umani</i> - Chiara Lorini e Guglielmo Bonaccorsi	46
Scenari del SSN	48
Il Sole 24Ore - <i>Manovra 2024/ le misure per la Sanità in controluce</i> - Stefano Simonetti	48
Quotidiano sanità - <i>Perché un piano quinquennale per salvare il SSN</i> - Roberto Polillo, Mara Tognetti	51
Quotidiano sanità - <i>Serve un “Piano straordinario quinquennale di rilancio del Servizio sanitario nazionale”</i> - Roberto Polillo e Mara Tognetti	53
Quotidiano sanità - <i>Personale sanitario e assistenziale. - “Attuare il nuovo quadro d’azione 2023-2030 per migliorare le condizioni di lavoro”. L’invito ai Governi dell’Oms/Europa</i>	57
Salute Internazionale - <i>La grande crisi del SSN (1)</i> - Marco Geddes da Filicaia	59
Salute Internazionale - <i>La grande crisi del SSN (2)</i> - Marco Geddes da Filicaia	61
Quotidiano sanità - <i>“Servono risorse ma anche riforme. Contro la fuga del personale, il Governo deve fare presto”</i> . Intervista ad Antonio Magi	63
Quotidiano sanità - <i>Una sanità che vive su piedi di argilla</i> - Ettore Jorio	66
Quotidiano sanità - <i>La fine del glorioso Servizio sanitario nazionale</i> - G. Massimo Gioria, Antonio Barillà	67
Salute Internazionale - <i>Quarantacinque anni fa, il SSN.</i> - A cura di Laboss (1)	68
Quotidiano sanità - <i>Spesa sanitaria boom. Nel 2022 sfiora i 170 mld di cui 40 mld di out of pocket. Il nuovo rapporto della Ragioneria generale dello Stato</i>	71
Il Sole 24Ore - <i>Meloni risponde a Schlein sulla sanità alla Camera: il superamento del tetto di spesa sul personale è obiettivo urgente. Gettonisti, puntiamo ad azzerarli</i>	79
Sostenibilità della sanità	80
Quotidiano sanità - <i>Al Ssn servono 15 miliardi per non aumentare il distacco dal resto dell’Ue. A rischio l’equità del sistema. Il 19° Rapporto Crea</i>	80
Panorama sanità – <i>Andrà tutto bene</i> – Giovanni Monchiero	85
Il Sole 24Ore - <i>Manovra 2024/ Aziende Ssn: l’affrancamento delle plusvalenze di terreni e partecipazioni sarà possibile anche per quest’anno</i> - Roberto Caselli	86
Quotidiano sanità - <i>Mobilità sanitaria. “Nel 2021 continua a crescere: un fiume da oltre 4 mld scorre verso le Regioni del Nord”</i> . Il report di Gimbe	87
Quotidiano sanità - <i>Sistemi sanitari a rischio crack</i> – Luciano Fassari	89
Quotidiano sanità - <i>Conto economico 2021. Cimo: “Per il personale sanitario si spende sempre meno, ma boom di cooperative”</i>	93
Autonomia differenziata	94
Il Sole 24Ore - <i>Gimbe: autonomia differenziata schiaffo al meridione, il Sud sempre più dipendente dalla sanità del Nord</i> - Fondazione Gimbe	94
Quotidiano sanità - <i>L’autonomia differenziata? Un colpo di grazia al nostro Ssn</i> - Pierino Di Silverio	98

Quotidiano sanità - <i>Autonomia differenziata. Il Ddl sbarca al Senato con diverse modifiche. Per le opposizioni sarà battaglia. Ed anche Fdl presenta emendamenti</i> - Giovanni Rodriguez	101
Quotidiano sanità - <i>Autonomia differenziata. "Potrebbe aumentare diseguità nelle cure per i pazienti oncologici e indebolire il Ssn". L'Aiom lancia l'allarme</i>	103
Quotidiano sanità - <i>L'autonomia differenziata: pericolo o propaganda? L'esperienza della sanità aiuta a rispondere</i> - Claudio Maria Maffei	104
<i>Autonomia differenziata</i> – Gianfranco Viesti	106
One Health, clima e salute	108
The Lancet – <i>Caratteristiche, gestione ed esiti in donne e uomini con insufficienza cardiaca congestizia in 40 paesi a diversi livelli economici: un'analisi del registro Global Conestive Herth Failure (C-CHHF)</i> M. Attaei, Filippo Giuseppe, Isabelle Johanson e altri	108
Science - <i>Il 2023 è stato l'anno più caldo mai registrato, e persino più caldo del previsto</i> , Paul Voosen	110
Salute Internazionale - <i>Clima. La corsa contro il tempo.</i> - Michele Innocenzio	110
Quotidiano sanità - <i>Clima. Organizzazione Meteorologica Mondiale: il 2023 anno più caldo mai registrato "con un margine enorme". Temperatura media annuale di 1,45°C in più rispetto all'era preindustriale</i>	114
Quotidiano sanità - <i>Inquinamento atmosferico e cambiamenti climatici. Ministero aggiorna strategie nazionali di prevenzione per malattie cardio-respiratorie ed allergiche correlate</i>	115
Health Tech 360 - <i>One Health: come rendere operativo il concetto di Salute Unica</i> - Alessandra Scagliarini	116
La Repubblica - <i>L'innalzamento dei mari costerà all'Europa fino a 872 miliardi di euro a fine secolo. Veneto ed Emilia Romagna le regioni più colpite</i> - Pasquale Raicaldo	118
La Repubblica - <i>La calotta glaciale della Groenlandia si è ritirata di 5000 km quadrati in quarant'anni</i> Anna Lisa Bonfranceschi	120
La Repubblica - <i>L'invasione della formica di fuoco, e l'Italia che fa?</i> – Natalie Sauer	121
Sanità pubblica e privata	122
Quotidiano sanità - <i>La finanziarizzazione della sanità è in atto anche in Italia</i> - Marco Geddes da Filicai	122
Il Sole 24Ore - <i>Sanità integrativa: una risposta efficace e complementare al servizio pubblico</i> - Ivano Russo	123
Quotidiano sanità - <i>Pubblico e Privato: analisi serie o solo preconetti ideologici?</i> - Alessandro Giustini	125
JAMA - <i>Cambiamenti negli eventi avversi ospedalieri e negli esiti dei pazienti. Associato all'acquisizione di private equity</i> - Sneha Kannan, medico; Joseph Dov Bruch, PhD; Zirui Song, MD, PhD	125
The NEJM - <i>Spiegare le disuguaglianze sanitarie: l'eredità duratura dei pregiudizi storici</i> - David S. Jones, Evelynn Hammonds, Joseph P. e David Williams	126
Pandemie, oggi e domani	130
Quotidiano sanità - <i>Covid. ECDC: "A gennaio 2024 vaccinati 19,4 milioni di over 60. Elevata la variabilità tra Paesi". Ma mancano i dati di Italia e Germania</i>	130
ECDC – <i>Report su Covid 19 nei Paesi UE</i>	131
The NEJM - <i>Simnotrelvir orale per pazienti adulti con Covid-19 da lieve a moderato</i> - Bin Cao, Yeming Wang, Hongzhou Lu	133
Quotidiano sanità - <i>Un Piano Pandemico a risorse invariate (se va bene) è una presa in giro</i> – C.M.Maffei	135
Quotidiano sanità - <i>Pronto il nuovo piano pandemico 24-28.</i> - Giovanni Rodriguez	135
Science - <i>Quattro coronavirus che causano il raffreddore possono fornire indizi sul futuro di COVID</i> – J. Cohen	140
The Lancet – <i>Ottimizzazione della durata del trattamento antibiotico nella polmonite associata al ventilatore</i> – Emma Johnson, James D. Chalmers	145
Nature - <i>Le tracce dell'invecchiamento degli organi nel proteoma plasmatico tracciano la salute e la malattia</i> - Hamilton Se-Hwee Oh , Jarod Rutledge	145
Science - <i>"È pazzesco": nuove entità simili a virus trovate nei microbi intestinali umani</i> - Elisabetta Pennisi	147
The Lancet – <i>Sottovaccinazione ed esiti gravi del Covid 19: meta analisi di studi di coorte nazionali in Inghilterra, Irlanda del Nord, Scozia e Galles</i> – Consorzio HDR UK	149
The Lancet – <i>Fattori di rischio per aspergilloso polmonare associata a Covid 19: una revisione sistemica a una meta-analisi</i> – Francesca Gioia, Laura Walti, e altri	150
The Lancet – <i>Rischio di aspergilloso polmonare associata a Covid 19: è tempo per un approccio sfumato alla profilassi antifungina?</i> Martin Hoenigl e Jurgen Prattes	152
WHO - <i>Numero stimato di vite salvate direttamente dai programmi di vaccinazione contro il COVID-19 nella regione europea dell'OMS, da dicembre 2020 a marzo 2023</i>	152
Nature Immunology - <i>Il COVID lungo si manifesta con disregolazione delle cellule T, infiammazione e una risposta immunitaria adattativa scoordinata al SARS-CoV-2</i> - Kailin Yin , Michael J. Peluso e altri	153

La Repubblica - <i>“La Cina mappò il Covid-19 due settimane prima dell’annuncio”. Rivelazione del Wall Street Journal</i>	154
PNRR e sua implementazione	155
Quotidiano sanità - Pnrr. Gimbe: <i>“Rispettate scadenze europee ma troppi ritardi del Centro Sud su assistenza domiciliare”</i>	155
Quotidiano sanità - <i>Case di comunità, come costruirle indipendentemente dal territorio o/e dalla Regione di riferimento</i> - R. Polillo, M. Tognetti	157
Quotidiano sanità - <i>Gli Ospedali di comunità e il rischio di uno stravolgimento delle indicazioni di Pnrr e Dm 77</i> - Giuseppe Belleri, Claudio Maria Maffei	159
Quotidiano sanità - <i>Case di Comunità, raccomandazioni per renderle luoghi di partecipazione: l’esperienza toscana</i> - Luca Caterino	162
Quotidiano sanità - <i>Dal “documento di posizione” dell’associazione MMG per la dirigenza un momento di svolta</i> - Roberto Polillo e Saverio Proia	163
L’ospedale che cambia	165
Quotidiano sanità - <i>Alla Asl di Teramo il Convegno nazionale sull’ospedale del futuro</i> - Ester Malagò	165
Quotidiano sanità - <i>Fuga dalla sanità italiana. Oltre 6mila medici e operatori all’estero nel 2023, il 60% in Medioriente. I dati dell’associazione medici stranieri</i>	165
Quotidiano sanità - <i>Edilizia sanitaria. Oltre il 40% delle risorse stanziata risulta ancora non spesa.</i> - Giovanni Rodriguez	166
Quotidiano sanità - <i>Il 46% dei medici pensa alla pensione anticipata e il 38,7% dei non pensionabili di lasciare il pubblico. La nuova survey FADOI</i>	168
Sanità Informazione - <i>Infezioni correlate all’assistenza ospedaliera, Moro (SIMPIOS): “Il 60% è evitabile applicando le procedure di riduzione del rischio già note”</i> - Isabella Faggiano	169
Il Sole 24Ore - <i>Medici: il grande disagio e la nuova ricetta dell’Anaa, ma sulla svolta del Ssn pesa l’incognita del Mef</i> - Stefano Simonetti	171
Il Sole 24Ore - <i>Lombardia/ Bertolaso: stop ai gettonisti, da Regione il bando per assumere medici liberi professionisti in Pronto soccorso e Anestesia e rianimazione</i>	173
Quotidiano sanità - <i>Ospedali, ecco perché le stanze devono essere singole</i> - Laura Stabile	173
The NEJM - <i>Accuratezza ed equità nella previsione del rischio clinico</i> - Emma Pierson	175
Senato Repubblica - 10 ^a Commissione – <i>Piano messa in sicurezza patrimonio edile ospedali italiani</i>	177
Medicina territoriale	179
Quotidiano sanità - <i>Il PNRR e la gestione delle cronicità sul territorio</i>	179
Quotidiano sanità - <i>In Veneto arriva il “Family Doc” ovvero il Medico di famiglia a pagamento</i> - Endrius Salvalaggio	181
I luoghi di cura - <i>DM 77/2022: arriva il progetto di salute</i> – Franco Pesaresi	183
Nursing	185
Quotidiano sanità - <i>Ssn. 1 italiano su 2 boccia l’operato del Governo: “Non ha valorizzato né medici e né infermieri”. Il sondaggio Nursind-Swg</i>	185
FNOPI – Rapporto CREA Sanità – <i>FNOPI: sviluppare le competenze della professione per sostenere il SSN</i>	189
NURSID SWG – <i>Osservatorio dell’opinione pubblica italiana sulle professioni infermieristiche</i>	191
Worldviews on Evidence Based Nursing – <i>L’Intelligenza artificiale nell’assistenza infermieristica: dalla speculazione alla scienza</i> - Per Nilsen	197
Nursing Open - <i>Elementi essenziali che gli infermieri devono affrontare per promuovere una dimissione sicura in pediatria: una revisione sistematica e una sintesi narrativa</i> - S. Rossi, M. Hayter, A. Zuco, F. Tappino, R. Tirone, S. Scelsi	199
Quotidiano sanità - <i>Infermieri e professionisti dell’assistenza. Oltre il 90% boccia il proprio stipendio. Serpeggia la voglia di abbandonare il Ssn. L’indagine del Nursing Up</i>	200
Quotidiano sanità - <i>Una proposta di legge di riforma delle professioni della salute (1)</i> - Saverio Proia	201
Quotidiano sanità - <i>Una proposta di legge di riforma delle professioni della salute (2)</i> - Saverio Proia	203
Quotidiano sanità - <i>Una proposta di legge di riforma delle professioni della salute (3)</i> - Saverio Proia	205
Quotidiano sanità - <i>Una proposta di legge di riforma delle professioni della salute (4)</i> - Saverio Proia	209
Sociale, long care e terza età	210
Il Sole 24Ore - <i>Previdenza: l’allarme Ocse sull’Italia rilancia il tema del “debito pensionistico implicito”</i> Claudio Testuzza	210
Il Sole 24 Ore - <i>Di anziani/ Meloni-Schillaci: importanti misure per promuovere l’invecchiamento attivo e in salute</i>	212

Il Sole 24 Ore - <i>Welfare: Itinerari previdenziali, 157 mld di costo nel 2022 (+126% in 10 anni). L'indicazione: Razionalizzare spesa e separare assistenza da previdenza</i> - Fabio Bonanni	212
Il Sole 24 Ore - <i>Pensioni/ "Fornero delenda est" ma il nodo equità di trattamento resta sul tavolo del Governo</i> - Claudio Testuzza	214
Il Sole 24 Ore - <i>Silver Economy e riforme: i vantaggi di elevare l'età pensionabile volontaria a 72 anni</i> Ettore Jorio	215
Osservatorio Demenze ISS – <i>Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze</i>	217
Quotidiano sanità - <i>Arriva il "decreto anziani". Un Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, in buona salute e con una Road Map ben delineata per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria</i>	219
Quotidiano sanità - <i>Demenze. Pesano le forti differenze regionali nell'assistenza</i>	224
La Stampa - <i>L'allarme di Oxfam: "Disuguaglianze senza precedenti, i 5 più ricchi del mondo hanno raddoppiato il proprio patrimonio dalla pandemia a oggi"</i> - Fabrizio Gorla	226
Transform Italia - <i>Distribuzione ineguale della ricchezza, neoliberalismo e destre reazionarie in Italia e nel mondo</i> - Alessandro Scassellati	227
Il Sole 24 Ore - <i>Riforma Anziani, Meloni annuncia il decreto attuativo in Consiglio dei ministri e spiega la nuova "prestazione universale"</i>	234
Wellforum.it - <i>LEPS -Percorso Assistenziale integrato (1)</i> – Franco Pesaresi	235
Digitalizzazione e telemedicina	239
New York Times - <i>Sull'intelligenza artificiale</i> - Noam Chomsky,	239
The Lancet – <i>Disaggregazione dei dati e conseguenze indesiderate</i> – E. Tony Yang, Sawall Sudarshan	239
The Lancet – <i>Attraversare la frontiera: I primo vertice globale sulla sicurezza dell'IA</i> – Talha Burki	240
Quotidiano sanità - <i>Intelligenza Artificiale LMM. Dall'Oms la nuova linea guida per gestire i benefici e difendersi dai rischi in ambito sanitario</i> - Ester Malago.	242
Quotidiano sanità - <i>Riflessioni sull'Intelligenza Artificiale, quale impatto</i> - Giovanni D'Angelo	244
Exactitude Consultancy - <i>Panoramica del mercato della consulenza informatica sanitaria</i>	246
Economia e sanità	252
Corriere della sera - <i>Ricchezza, in Italia la metà è in mano al 5% delle famiglie: i dati Bankitalia</i> - Andrea Rinaldi	252
La Stampa – <i>Diseguaglianza, Banca d'Italia: In Italia il 5% delle famiglie più ricche possiede il 46% della ricchezza</i>	253
Open – <i>Il 5% delle famiglie italiane più ricche detiene quasi a metà della ricchezza totale: Bankitalia: "Italia sotto la media UE"</i>	255
ADN Kronos - <i>Fisco, l'1% più ricco in proporzione paga meno tasse del 99% dei contribuenti</i>	256

quotidianosanita.it

Sanità pubblica e sanità privata: scenari attuali e prospettive future

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma, Docente LUISS Business School Roma.

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

Chi se non il "pubblico" può e deve svolgere questo lavoro di riallineamento degli interessi "privati" presenti nelle filiere assistenziali su obiettivi di salute generali? Chi se non il "pubblico" ha i dati e la visione di insieme per svolgere analisi di "stratificazione dei bisogni di salute"? Chi se non il "pubblico" può elaborare e proporre policy di "medicina di popolazione", di "medicina di comunità", di "medicina di prossimità" e di "continuità assistenziale"?

08 GEN -

Prosegue l'aumento della spesa sanitaria italiana; quella pubblica ha toccato quota 129,2 mld cui vanno sommati altri 40 mld di spesa out of pocket per arrivare ad un totale di quasi 170 mld. Lo dice un recente rapporto della Ragioneria Generale dello Stato sulla spesa sanitaria che segnala anche che i conti delle regioni vanno male, tanto che vedono aumentare il disavanzo (ante coperture) a 1,4 miliardi. Nonostante ciò la rinuncia alle cure si aggrava nelle fasce sociali svantaggiate, raggiungendo il 37% tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà ad arrivare alla fine mese con le risorse di cui dispongono.

A fronte a questa situazione, che vede il servizio sanitario pubblico "in affanno" nel mantenere quei risultati che da decenni lo hanno visto all'apice delle graduatorie internazionali, da più parti ci si interroga sulla opportunità, e quindi i benefici ed i rischi possibili, di prevedere nuovi rapporti ed equilibri tra erogatori pubblici e privati

A questo proposito afferma Don Berwick in una intervista recente che "...negli ultimi anni ho riflettuto intensamente sul problema centrale dei costi crescenti e insostenibili dell'assistenza sanitaria americana e sul suo rapporto con la qualità. Ho descritto il fenomeno, invocando cambiamenti e cercando di tenere d'occhio il miglioramento come metodologia, ma c'è anche la necessità di contemplare le risposte ad alcune domande chiave: come siamo finiti in questo pasticcio? Perché i costi sono così fuori controllo?"

Berwick, da uomo di grande visione qual è, non pensa che "il capitalismo sia sempre una cosa terribile" ma dice "che per alcuni bisogni sociali come l'assistenza sanitaria e la gestione del cambiamento climatico o delle minacce alla salute pubblica, ad esempio, dobbiamo agire collettivamente e non in modo competitivo" ma pensa che "I mercati non sono la risposta, ma piuttosto un ostacolo al miglioramento. In effetti, i mercati possono creare una cortina di fumo per non agire..."

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

Fonte da [Berwick DM](#), [Hockbarth AD](#). Eliminating waste in US health care.

Ricordiamo però che Berwick guarda alla realtà degli USA, dove la spesa sanitaria di un sistema sostanzialmente rappresentato da finanziamento ed erogazione privati è pari al 16% del PIL e la stima degli sprechi alias "inappropriatezze" è stimata tra il 21% e il 47,6% della spesa sanitaria globale. In Italia, in un contesto del tutto diverso, alcuni anni fa si stimavano circa 25 mld di Euro di sprechi sugli allora 112 mld del FSN. Questo per dire che la presenza di un sistema pubblico non è di per sé garanzia di spesa efficiente.



Il privato in sanità oggi

Come già abbiamo già scritto in precedenza (“la sanità privata ha molte facce” QS, 29 luglio 2023) gli erogatori privati in Italia operano in regime di “accreditamento” con il SSN per le attività di ricovero e cura, in “outsourcing” nella gestione di servizi e strutture o partecipano nell’ambito della sanità cosiddetta “integrativa” in base al “Jobs Act”. Ci sono infine i soggetti della sanità privata “privata”. La sommatoria di queste diverse presenze costituisce una rilevante quota dell’offerta sanitaria in diverse regioni.

Secondo gli ultimi dati dell’Annuario Statistico del Ministero della Salute (relativi al 2021) le strutture sanitarie censite sul nostro territorio sono: 995 per l’assistenza ospedaliera, 8.778 per l’assistenza specialistica ambulatoriale, 7.984 per l’assistenza territoriale residenziale, 3.005 per l’assistenza territoriale semiresidenziale, 7.064 per l’altra assistenza territoriale e 1.154 per l’assistenza riabilitativa (ex. art. 26 L. 833/78). Di queste, le strutture private che erogano assistenza ospedaliera sono il 48,6% del totale mentre quelle che erogano altra assistenza territoriale il 14%.

Tab. 6 – Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata

Tipologia di assistenza	2010					2021					Var. 2021 / 2010
	Natura delle strutture				Totale	Natura delle strutture				Totale	
	Pubbliche	%	Private accreditate	%		Pubbliche	%	Private accreditate	%		
Assistenza ospedaliera	634	54	531	46	1.165	511	51	484	49	995	-170
Assistenza specialistica ambulatoriale ¹⁹	3.855	40	5.780	60	9.635	3.474	40	5.304	60	8.778	-857
Assistenza territoriale residenziale	1.513	25	4.640	75	6.153	1.276	16	6.708	84	7.984	1.831
Assistenza territoriale semiresidenziale	983	37	1.661	63	2.644	863	29	2.142	71	3.005	361
Altra assistenza territoriale ²⁰	4.870	88	644	12	5.514	6.098	86	966	14	7.064	1.550
Assistenza riabilitativa (ex art. 26)	240	25	731	75	971	252	22	902	78	1.154	183
TOTALE	12.095	46	13.987	54	26.082	12.474	43	16.506	57	28.980	2.898

Le strutture private invece sono la maggioranza di quelle che erogano l’assistenza territoriale residenziale (84,0%), semiresidenziale (71,3%) e l’assistenza riabilitativa ex art.26 833/78 (78,2%).

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

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

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

Nel complesso i posti letto per ogni 1000 abitanti sono a livello nazionale 4, di cui 3,4 dedicati all’attività per acuti. Un rapporto che ci colloca agli ultimi posti in ambito europeo.

Questo processo di contrazione dell’offerta è iniziato da oltre due decenni, a seguito delle politiche di tagli lineari. In particolare tra il 2010 - 2020 le strutture sanitarie che sono state chiuse furono 111, con una riduzione di posti letto pari a 37.000 unità.

Sanità Privata: Distribuzione per Regioni (Ricavi anno 2021)

stima Ricavi 2021 : 1000	Popolazione (abitanti)	Ricavo/abitante	Numero società	Ricavo/società :1000
Molise 192.006	292.150	657	38	5.053
Lombardia 6.001.256	9.943.004	604	1.281	4.685
Piemonte 1.120.520	4.256.350	263	285	3.932
Emilia-Romagna 1.552.425	4.425.366	351	529	2.935
Friuli-Venezia Giulia 251.046	1.194.647	210	91	2.759
Valle d'Aosta 16.424	123.360	133	6	2.737
Abruzzo 242.772	1.275.950	190	93	2.610
Campania 1.920.774	5.624.420	342	743	2.585
Lazio 2.830.540	5.714.882	491	1.100	2.549
Trentino Alto Adige 167.868	1.073.574	156	70	2.398
Veneto 1.262.851	4.847.745	261	568	2.223
Puglia 870.269	3.922.941	222	491	1.772
Toscana 569.119	3.663.191	155	330	1.725
Liguria 207.411	1.509.227	137	136	1.525
Marche 241.364	1.487.150	162	165	1.463
Sicilia 1.029.376	4.833.329	213	704	1.462
Calabria 242.328	1.855.454	131	177	1.369
Basilicata 55.119	541.168	102	41	1.344
Umbria 84.658	858.812	99	80	1.058
Sardegna 91.636	1.587.413	58	122	751
TOTALE 18.922.762	59.030.133	321	7.050	2.684

Elaborazione dati da Adacta Advisory

I tagli alla sanità pubblica quindi partono da lontano, dal 1997 e, secondo il Rapporto OASI 2008, videro passare i PL “pubblici” da circa 270.000 a 170.000, mentre quelli “privati accreditati” restavano sostanzialmente costanti.

Chi fa cosa tra “pubblico” e “privato” in sanità

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

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

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

Anche i MMG, i PLS, i “medici di continuità assistenziale”, i SUMAI, e le “guardie turistiche” sono tutti “convenzionati” con i vari SSR, come per altro i farmacisti. Ognuno di questi soggetti è portatore d’interessi specifici che vanno riconosciuti e mediati con l’interesse generale di salute.

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

Secondo la ricerca “Pubblico e Privato nella sanità italiana” dell’Università degli Studi di Milano, il SSN fornisce con “gestione diretta” il 63% dei servizi richiesti (€. 69,8 mld), mentre “acquista” dal settore privato “accreditato” il restante 37% (€. 41,5 mld),

Secondo il Rapporto Censis sulla sanità pubblica e privata tutto questo crea disservizi e disuguaglianze.

In media, secondo i dati Censis, bisogna aspettare più di 60 giorni per poter accedere alle strutture del SSN, mentre si ricorre spesso a visite specialistiche e ad analisi sia in strutture private “accreditate”, che spesso hanno il doppio regime, sia private “private” perché non si trova posto nel pubblico, o non lo si trova nei tempi che servono, spendendo circa €. 580,00 all’anno per cittadino.

È verosimile (e misurabile, volendo) che il privato tenda verso una situazione in cui si minimizzano i costi e si massimizzano i profitti. Per il sistema nella sua globalità ciò costituisce una distorsione che diventa sempre più inaccettabile alla luce della crisi di copertura dei servizi del nostro SSN. Situazione che dovrà necessariamente trovare una soluzione nel riequilibrio tra costi e profitti e in un maggiore impegno assistenziale del privato, a partire dal circuito dell’emergenza/urgenza, in grandissima difficoltà per la carenza di strutture e personale dedicato.

In un lavoro di Anaao sui servizi di emergenza e urgenza e sul contributo dato dalle strutture accreditate e pubbliche a livello nazionale in termini di posti letto disponibili e numero di accessi si può osservare come il “privato” con il 40,4 % delle strutture di ricovero per acuti e il 23,4 % dei posti letto abbia soltanto il 9,7% degli accessi in DEA/PS lasciandone il 90,3% al “pubblico”.

Già prima della pandemia nelle filiere assistenziali sociosanitarie e sociali la presenza “pubblica” era minoritaria. In conseguenza dei tagli finanziari alla sanità nella logica dei pareggi di bilancio la maggioranza

dei servizi semiresidenziali e residenziali e di ADI in quasi tutte le ASL sono ormai in “outsourcing” e svolti da enti del privato sociale o da soggetti privati.

Questo non sempre ha garantito la qualità dei servizi per due motivi:

- I tagli ai bilanci delle ASL hanno portato ad una riduzione degli organici dei servizi di ispezione, controllo e auditing e pertanto della capacità di monitoraggio della qualità dei requisiti organizzativi, professionali e assistenziali che i “terzi fornitori” s’impegnavano per contratto a garantire nel tempo. È accaduto in più di un’occasione che tali garanzie si siano ridotte perché i fornitori di servizi riducevano progressivamente la qualità delle prestazioni perseguendo logiche di massimizzazione dei loro margini operativi;

- Le ASL, pur avendo dovuto bandire di nuovo tutte le gare di affidamento di servizi a terzi, come da Circolare ANAC, spesso avevano reiterato vecchi capitolati di gara senza cogliere l’opportunità per adeguarne i criteri tecnici dei Capitolati di Gara, perdendo così l’occasione di aggiornarli sia alla evoluzione delle cure e delle prassi assistenziali che alla evoluzione di bisogni di salute delle popolazioni.

Inoltre in più occasioni non si trova l’aderenza ai criteri di accreditamento delle varie leggi regionali, che ancora troppo spesso sono in uno stallo nel recepimento del “Disciplinare per l’accreditamento delle strutture sanitarie”, come emanato dal Ministero della Salute dopo un lungo lavoro coordinato tra AGENAS e Regioni.

Se la sanità pubblica non recupera, non tanto la gestione diretta - non è questo il punto -, ma una buona capacità di governance grazie ad efficaci azioni di monitoraggio e di verifica dei servizi erogati da “terzi fornitori”, una dinamica pubblico - privato moderna, efficiente e trasparente non sarà mai raggiunta.

Una idea ricorrente è quella che una “sana competizione” tra sanità pubblica e sanità privata avrebbe fatto crescere il livello di qualità della gestione delle strutture pubbliche. In realtà non abbiamo ancora visto politiche virtuose su questo fronte. Soprattutto non sembra ci sia la consapevolezza che “pubblico” e “privato” non hanno gli stessi vincoli gestionali e che i manager pubblici non possono combinare i fattori produttivi in loro disponibilità come dovrebbero per raggiungere gli obiettivi a loro assegnati.

Quote capitarie del FSN e “deducibilità fiscale” delle polizze della “sanità integrativa”

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

Lo Stato italiano consente alla “sanità integrativa” un tetto pro-capite di spesa deducibile fiscalmente, ovvero pagata con le tasse, che è circa 2,5 volte il tetto di spesa pro-capite previsto nel FSN per tutti i cittadini. Quindi il lavoratore con un CCNL in cui è previsto un tetto di deducibilità delle polizze collettive da “sanità integrativa” può accedere al SSN per un contributo pro-capite pari a €. 2.470,00 come tutti i cittadini residenti più fino a circa €. 3.615,20 di tetto di spesa media delle polizze collettive della sanità “integrativa” = €. 6.085,20! E QUI sarebbero da fare delle considerazioni sui “garantiti” e sui “precari” a proposito di disuguaglianze di salute.

WHO Europe – Observatory on health systems and policies - Policy Brief 56 “Coinvolgere il settore privato nella fornitura di beni e assistenza sanitaria - Lezioni di governance dalla pandemia di COVID-19”

WHO Europe propone una riflessione sul rapporto pubblico e privato affermando che “l’obiettivo principale per sfruttare bene le capacità del settore privato è quello di migliorare la fornitura di beni e servizi sanitari, e di farlo in modo da coinvolgere efficacemente il settore privato in linea con gli obiettivi e le priorità del sistema sanitario. Pertanto, dal punto di vista delle politiche pubbliche, l’allineamento degli obiettivi e la compatibilità dovrebbero essere i fattori chiave per stabilire i potenziali impegni del settore privato. Questo è un requisito minimo e può fungere da fondamento per qualsiasi ulteriore sviluppo che possa essere perseguito dai politici e dagli enti attuatori nell’allineare le strutture istituzionali e normative che promuovono o integrano più attivamente gli impegni del settore privato nei sistemi sanitari a fornitura mista. Le evidenze che derivano dai casi di studio sottolineano inoltre come la coerenza e la prevedibilità degli impegni sono elementi chiave per mantenere la fiducia e costruire relazioni pubblico-private di successo”. WHO ritiene che sia necessario affrontare esplicitamente l’equa condivisione del rischio per proteggere i pagatori pubblici e rafforzare la responsabilità dei fornitori del settore privato.

Le esperienze pandemiche forniscono lezioni preziose per i futuri impegni del settore privato che ha dato un contributo importante alla fornitura e al mantenimento di beni e servizi sanitari essenziali durante la pandemia di COVID-19. Le strutture e le risorse del settore hanno svolto un ruolo chiave nelle risposte dei paesi alla pandemia di COVID-19, compresa la fornitura delle attrezzature necessarie e dei dispositivi di protezione individuale (DPI), la fornitura di strutture e personale ospedaliero per curare i pazienti COVID-19 e non-COVID, lo sviluppo del digitale, strumenti sanitari e di altro tipo per supportare il tracciamento dei contatti, fornire servizi diagnostici e di laboratorio per eseguire test COVID-19 di livello superiore e fornire strutture di quarantena e siti di vaccinazione. Le imprese private sono state cruciali anche per lo sviluppo e la fornitura di vaccini contro il Covid-19. Per il futuro si propongono da parte del WHO le seguenti raccomandazioni:

- Le risorse e le competenze del settore privato possono migliorare la fornitura di beni e servizi sanitari anche assumendo un ruolo più ampio nei servizi sanitari essenziali e nel garantire la resilienza del sistema sanitario.

- Imparare dall'esperienza del coinvolgimento del settore privato durante il COVID-19 può aiutare i paesi a evitare possibili trappole e garantire che gli obiettivi politici e le priorità del sistema sanitario siano raggiunti. L'esperienza ha inoltre generato prove utili su come sostenere il successo operativo e mantenere l'integrità finanziaria nell'allocazione e nella spesa delle risorse.

- Un impegno efficace nel settore privato richiede buone pratiche di governance. I successi e i fallimenti politici durante la pandemia hanno evidenziato le principali sfide di governance e hanno fornito lezioni ai paesi su come coinvolgere efficacemente il settore privato nei loro sistemi sanitari.

- Rendere esplicita la natura della collaborazione nel settore privato è un elemento importante per pianificare e gestire relazioni efficaci.

Se intendiamo trasferire su un piano operativo tali raccomandazioni serviranno:

- definire chiaramente gli obiettivi degli attori del settore pubblico e privato;

- identificare come entrambe le parti possono raggiungere i propri obiettivi all'interno di una collaborazione;

- soppesare gli obiettivi condivisi e le ragioni dell'impegno del settore privato, nonché esplorare altri mezzi per raggiungere gli obiettivi dichiarati;

- l'allineamento e la compatibilità degli obiettivi con il settore privato che dovrebbero essere collegati a incentivi adeguatamente mirati;

- la trasparenza e la responsabilità di tutti i soggetti coinvolti, per garantire che i contratti del settore privato siano governati in modo solido;

- un'informazione aperta e trasparente, che è strettamente legata alla fiducia del pubblico ed è necessaria per salvaguardare l'integrità degli enti governativi che erogano grandi quantità di fondi pubblici;

- disegnare e mettere in atto processi chiari e trasparenti per identificare e considerare potenziali partner del settore privato e per giustificare le scelte effettuate nell'aggiudicazione dei contratti per fugare le preoccupazioni sul rischio di potenziale corruzione. Ciò è particolarmente critico nel settore degli appalti pubblici;

- stabilire anticipatamente linee guida sugli appalti di emergenza per i "contratti di crisi" per proteggere i Paesi nelle emergenze future

effettuare controlli preliminari dei potenziali fornitori utilizzando solidi criteri di selezione definiti da esperti (primi fra tutti quelli di affidabilità e qualità) per garantire la fiducia;

- rendere visibili pubblicamente una serie di informazioni, come i registri dei bandi di gara e degli appalti aggiudicati per rafforzare la correttezza delle modalità di appalto;

- garantire l'allineamento con gli obiettivi strategici del sistema sanitario nel costruire partenariati affidabili tra il settore pubblico e quello privato;

raggiungere accordi ben strutturati che definiscono chiaramente ruoli, responsabilità e aspettative e aiutano a rafforzare i rapporti con i partner del settore privato;

- stabilire in anticipo le modalità per un'efficace risoluzione delle controversie, un'attenzione che favorisce la fiducia;

- l'equa condivisione del rischio, che è importante per la responsabilità e la protezione, protegge i contribuenti pubblici e rafforza la responsabilità del settore privato;

- la copertura dell'intera gamma di rischi, compresi i rischi sanitari, i rischi finanziari (per garantire i rendimenti attesi sugli impegni finanziari contro potenziali passività o perdite) e i rischi di adempimento (per garantire gli obblighi di fornitura e gli standard di qualità).

Ripensare il SSN nel rapporto con la "sanità privata"

Polillo e Tognetti hanno scritto su *Quotidiano Sanità* il 12 settembre scorso dal titolo "La collaborazione pubblico privato non è la privatizzazione del Ssn"... "ragionare sulla relazione pubblico/ privato nel SSN significa ripensare il SSN, la sua operatività, la sua sostenibilità, il ruolo dei diversi attori che entrano nel campo della salute, con le potenzialità, i limiti e gli interessi di ogni attore, senza nasconderci che cosa è realmente successo in questi 45 anni di SSN e cosa più importante cercando di definire, se possibile, quali debbono essere le strategie future per continuare a garantire un Servizio Sanitario Pubblico, senza nascondere nulla sotto il tappeto. Un pubblico ed un privato competitivo e collaborante che condivide una progettualità valutabile, verificabile, rimodulabile sulla base dei risultati operativi e dei bisogni di salute, da dati di fonte ufficiale alla mano, è una delle strade che consentiranno di continuare a garantire il diritto alla salute dei cittadini, tutti i cittadini a partire dagli ultimi".

Facciamo nostro il loro pensiero e aggiungiamo: chi se non il "pubblico" può e deve svolgere questo lavoro di riallineamento degli interessi "privati" presenti nelle filiere assistenziali su obiettivi di salute

generali? Chi se non il "pubblico" ha i dati e la visione di insieme per svolgere analisi di "stratificazione dei bisogni di salute", vedi anche l'incipit del PNRR?

Chi se non il "pubblico" può elaborare e proporre policy di "medicina di popolazione", di "medicina di comunità", di "medicina di prossimità" e di "continuità assistenziale"? In conclusione futuri sviluppi, ineluttabili, non prevedono necessariamente una diminuzione di ruolo per il SSN ma nuove visioni, nuove competenze, nuove responsabilità e pari, anzi accresciuto, ruolo nella tutela della salute dei cittadini.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119316

La visione “ospedalocentrica” ce l’hanno i cittadini e la responsabilità è di tutti

Claudio Maria Maffei

A mio parere questo ospedalocentrismo non è un fenomeno “di ritorno”, ma è parte “strutturale” del modo in cui gran parte dei cittadini e dei politici (non so in che ordine) sentono e vivono in Italia la sanità e i problemi di tutela della salute

10 GEN -

Nella [puntata dell'8 gennaio scorso di XXI Secolo](#), il programma ideato e condotto da Francesco Giorgino, oltre ad esserci stata una lunga intervista al Ministro Schillaci [sintetizzata proprio ieri qui su Qs](#), sono stati presentati i dati di una analisi delle interazioni in rete degli italiani sul tema della sanità fatta da [Arcadia](#) e presentata da Domenico Giordano. La parola chiave più utilizzata dagli italiani in rete nella settimana dal 4 dicembre al 4 gennaio è risultata “Ospedale” con 1.100.000 interazioni, seguita con enorme distacco da Sanità Pubblica con 74.100 interazioni. Tornano di nuovo al terzo posto gli ospedali con la parola chiave “posti letto”. Al di là degli aspetti metodologici della indagine, che non ho la capacità di valutare, rimane il dato eclatante della centralità del ruolo dell’ospedale nel modo in cui i cittadini percepiscono la sanità.

Questo dato conferma che poco è cambiato nella visione che gli italiani hanno della offerta di servizi che lo Stato deve dare dei cittadini dai tempi della [triade “case, scuole, ospedali” di Giuseppe Saragat](#). Purtroppo questa visione “ospedalocentrica”, che vince tra i cittadini per abbandono più che per distacco rispetto ad esempio ai temi della prevenzione e della presa in carico della cronicità, si trascina dietro molti effetti negativi. Non è questa la sede in cui riprendere il dibattito del rapporto tra ospedale e territorio, per cui do per scontato che chi legge (grazie!) concordi, me compreso, sul fatto che una rete ospedaliera adeguata, anche in termini di posti letto, è indispensabile per far fronte ai problemi di salute dei cittadini. E questo in periodi epidemici come quello attuale lo si avverte ancora di più.

Ma è altrettanto scontato in questa sede affermare che gran parte dei problemi di salute del nostro Paese, e degli altri Paesi genericamente assimilabili al nostro quanto a livello socio-economico, vadano affrontati a livello di territorio e quindi, per parlare il linguaggio dei [Livelli Essenziali di Assistenza](#), di prevenzione collettiva e sanità pubblica, di assistenza distrettuale e di assistenza sociosanitaria, gli altri tre macrolivelli rispetto alla assistenza ospedaliera.

La visione ospedalocentrica dei cittadini si associa alla analoga visione della politica, in un rapporto in cui non si sa se sia venuta prima l’una o l’altra. In pratica il famoso discorso dell’uovo e della gallina, in cui peraltro [pare che sia nato prima l’uovo](#). Questa visione ospedalocentrica da parte della politica ha effetti molto concreti nel sottofinanziamento [relativo](#) (chiamiamolo così) in gran parte delle Regioni dei tre macrolivelli territoriali dei LEA. In pratica, in un sistema sanitario sottofinanziato in generale, il territorio è ancor più sottofinanziato come dimostrano i dati, a solo titolo di esempio, del [Rapporto Salute Mentale annuale del Ministero](#) o sullo stato dei [consultori denunciato pochi giorni fa da la Repubblica](#) e sullo stato dei Dipartimenti di Prevenzione [emerso in modo clamoroso ai tempi iniziali della pandemia](#).

La visione ospedalocentrica si trascina dietro delle vere e proprie distorsioni nella risposta razionale ai due problemi drammatici più sentiti dai cittadini e più coperti dai media del sovraffollamento dei Pronto Soccorso e dell’allungamento della lista di attesa. Due problemi che trovano la loro principale (non unica, sia chiaro) causa nella debolezza organizzativa e ancor prima culturale del territorio e che hanno invece l’unico tentativo di risposta nell’incremento della offerta specialistica.

La stessa visione ospedalocentrica si trascina dietro poi la incapacità di applicare prima e adeguare dopo il Decreto Ministeriale 70, oggetto di un gruppo di lavoro ministeriale uscito dai radar nonostante la sua incredibile numerosità, come ricordato in un editoriale qui su Qs [dal Direttore proprio qualche giorno fa](#). Visione che si associa “sul campo” alla riapertura di alcuni piccoli ospedali di particolare interesse elettorale con la contestuale trasformazione delle Case della Comunità in poliambulatori specialistici, vicenda che vede ad esempio protagonista la Regione Marche, modello della sanità Meloniana (per saperne di più al riguardo leggere [qui](#)).

A mio parere questo ospedalocentrismo non è un fenomeno “di ritorno”, ma è parte “strutturale” del modo in cui gran parte dei cittadini e dei politici (non so in che ordine) sentono e vivono in Italia la sanità e i problemi di tutela della salute. Questo fatto non è irrilevante, anzi è assolutamente centrale, nel dare una corretta applicazione alla filosofia del PNRR alle strutture e alle attività/servizi che lo stesso finanzia e nel dare operatività alle attività previste nel [Piano Nazionale della Prevenzione](#). Questa visione va corretta con il contributo di chi vuole un rilancio del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Altrimenti quello che sta avvenendo nelle mie Marche, con la trasformazione delle Case della Comunità in piccoli ospedali con un quasi-Pronto Soccorso e poliambulatorio specialistico, diventerà pratica corrente. Quale sia il modo per correggere la visione ospedalocentrica lo lascio alla riflessione di tutti quelli che condividono questi miei “pensierini” di inizio anno.

19 GEN -

Siamo tra coloro che pensano che un sistema sanitario nazionale universalista sia un inestimabile bene in qualsiasi Paese, anche al di là dell'articolo 32 della nostra Carta Costituzionale. Non si tratta solo di un ruolo di tutela e miglioramento della salute dei cittadini, ma anche di crescita sociale ed economica di un Paese e di spinta all'innovazione e al progresso, influenzando il sentimento verso una vita democratica ed inclusiva. Democrazia mai concetto astratto ma capacità di agire diritti esigibili da tutti.

La fiducia

La fiducia è alla base di un sistema sanitario che intende funzionare perché è cruciale per la sua capacità di fornire prestazioni efficaci e di alta qualità.

La fiducia è essenziale anche quando anche si vogliono assicurare le risorse finanziarie necessarie per il sistema sanitario, quando ai cittadini viene chiesto di fornire tali risorse con le loro tasse e altri contributi.

Numerose indagini in vari Paesi hanno evidenziato una sfiducia, in progressione dopo la crescita della disaffezione verso la politica, nelle istituzioni e tra queste nei servizi sanitari pubblici.

Le persone sembrano non fidarsi del fatto che i servizi sanitari saranno in grado di fornire loro quanto e quando necessario e cercano altre vie, anche quando non sarebbe così indispensabile farlo.

Anche i professionisti sanitari stanno perdendo fiducia e non credono che il sistema sia in grado di valorizzarli quanto sentono di meritare.

I politici, dal canto loro, non si fidano della capacità del sistema sanitario di riformarsi per cogliere le nuove opportunità (come le innovazioni digitali) o per affrontare le sfide che più destano preoccupazione (come il rapido invecchiamento della popolazione). Hanno troppo spesso una prospettiva a breve e non si impegnano su programmi di riforma che richiedono un più lungo orizzonte temporale.

La trasformazione dei nostri sistemi sanitari richiede allora la ricostruzione della fiducia tra il sistema sanitario e le varie parti interessate ancor prima di provvedere al suo finanziamento adeguato.

Per farlo bisogna guardare a tre gruppi sociali ed usare tre approcci diversi:

- 1. Per i pazienti – ricostruire la fiducia coinvolgendoli attivamente nella loro cura, essendo trasparenti e promuovendo l'impegno delle comunità, anche quelle periferiche e numericamente limitate;*
- 2. Per i professionisti – ricostruire la fiducia reclutando, trattenendo e motivando adeguatamente gli operatori sanitari ed essendo sensibili alle loro esigenze di lavoro e di vita;*
- 3. Per i politici – ricostruire la fiducia dimostrando rinnovate capacità di governance della salute e di progettazione di politiche sanitarie inclusive.*

Il finanziamento

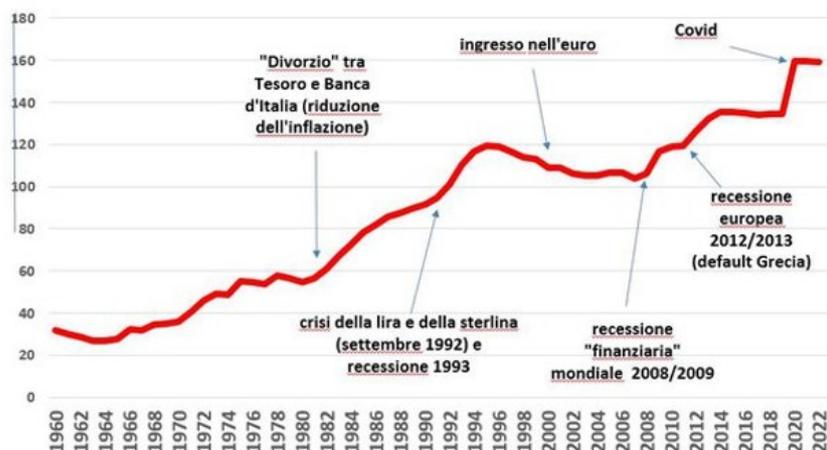
Ricostruita la fiducia, e operando per mantenerla, possiamo pensare con qualche possibilità di successo alla resilienza del sistema. Resilienza che non significa poter mantenere, ma mutare e crescere assicurando le risorse finanziarie che servono per rispondere, in ogni occasione e in nuovi contesti, alla sua missione.

In Italia, secondo un recente rapporto OCSE “le attuali proiezioni di bilancio suggeriscono che, dopo anni di aumenti eccezionali della spesa nel 2020 e nel 2021, si è registrato un aumento nominale più moderato della spesa pubblica per la sanità nel 2023 (2,8%) con una correzione nel 2024 prima di un ritorno alla crescita nominale annua pari a tra il 2-3% previsto per il 2025-26. Considerando le più recenti stime di inflazione per il Paese, ciò si tradurrà molto probabilmente in una diminuzione della spesa pubblica in termini reali nei prossimi anni”.

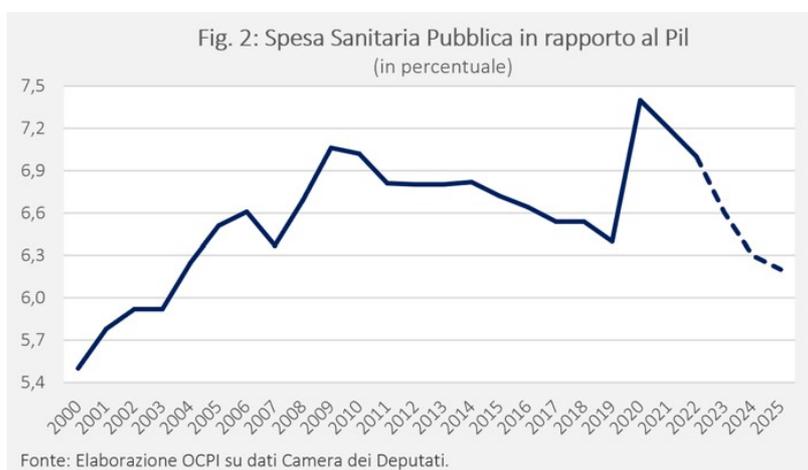
Si prevede che la percentuale del PIL destinata all'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici sarà inferiore al livello pre-pandemia dal 2024 in poi e quindi “senza un cambio di paradigma quello italiano, come altri SSN, diventerà insostenibile”.

È vero che il nostro Paese ha un enorme debito pubblico e che le priorità concorrenti per la spesa pubblica stanno comprimendo i bilanci sanitari, ma affermare che la spesa sanitaria non dovrebbe mai essere inferiore al 7-7,5 % del PIL è coerente con l'indispensabile aumento della quota economica destinata alla sanità che è necessaria per far fronte alla combinazione di inflazione, aumento dei redditi, innovazione tecnologica e invecchiamento della popolazione.

Andamento del debito pubblico italiano in percentuale del PIL dal 1960 ad oggi (Base Ameco; 2020-2022 previsioni della Commissione europea)



Andamento della spesa sanitaria pubblica dal 2000 ed in proiezione al 2025



A fronte delle indubbie difficoltà tra le opzioni sul tappeto c'è anche quella di rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata. Nel 2022, la quota di spesa dei governi o dell'assicurazione sanitaria obbligatoria nei Paesi OCSE era già al 76%. Senza risorse pubbliche aggiuntive disponibili per la sanità, una maggiore spesa sanitaria verrà automaticamente spostata al settore privato e ciò potrebbe aumentare le disuguaglianze sanitarie.

È necessario un dibattito sulle direzioni che a lungo termine il rapporto pubblico-privato potrà prendere, anche nei termini di quali saranno i migliori acquisti di prestazioni e servizi per i budget pubblici limitati.

Come definire il rapporto tra "pubblico" e "privato"

Per "collaborare" e non "competere" occorre che soggetti che operano con i SSR e comunque tutte le parti interessate riconoscano reciprocamente gli interessi di cui sono portatrici, convergano su obiettivi di salute per territori omogenei, condividano linee guida e procedure cliniche, garantiscano la continuità assistenziale, condividano valori quali l'appropriatezza e l'efficacia delle cure, l'equità e l'universalismo.

La collaborazione tra organizzazioni sanitarie private e il sistema pubblico si presume che possa portare a un utilizzo più efficiente delle risorse e a un miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria se vengono messe in campo le azioni utili per promuovere una "collaborazione efficace".

I punti chiave sono sinteticamente:

- Scambio delle informazioni: facilitare un flusso efficiente di informazioni tra le organizzazioni private e il sistema pubblico è essenziale. Questo può essere realizzato attraverso sistemi informativi condivisi, standardizzati e sicuri che rispettino le normative sulla privacy dei pazienti e la sicurezza dei dati.
- Standard comuni: stabilire standard comuni per la registrazione dei dati, la gestione dei pazienti e i protocolli di cura può semplificare la collaborazione e garantire un livello uniforme di qualità nell'assistenza fornita.

- *Piani di trattamento integrati: sviluppare piani di trattamento integrati che coinvolgano entrambe le parti può migliorare la continuità delle cure per i pazienti. Questo è particolarmente importante in casi di malattie croniche o condizioni che richiedono un monitoraggio a lungo termine.*
- *Protocolli condivisi: stabilire protocolli e linee guida condivise per la gestione di specifiche condizioni cliniche può garantire un approccio uniforme e coerente nell'assistenza, indipendentemente dal tipo di struttura sanitaria coinvolta.*
- *Formazione congiunta: organizzare programmi di formazione congiunta per il personale delle organizzazioni private e pubbliche può migliorare la conoscenza ed il rispetto tra i diversi team e garantire che tutti i professionisti siano informati sulle migliori pratiche e le procedure più appropriate.*
- *Contratti e accordi chiari: stipulare contratti e accordi chiari che definiscano i ruoli, le responsabilità, i livelli di servizio e i meccanismi di finanziamento può contribuire a evitare malintesi e conflitti.*
- *Incentivi finanziari appropriati: creare incentivi finanziari per promuovere la collaborazione può incoraggiare le organizzazioni private a partecipare a iniziative con il sistema pubblico. Questi incentivi dovrebbero riflettere la qualità dell'assistenza fornita e il valore aggiunto per i pazienti*
- *Feedback e valutazione continua: implementare sistemi di feedback e valutazione continua per monitorare l'efficacia della collaborazione e apportare eventuali miglioramenti necessari nel tempo.*

I "tetti di "spesa" che regolano i rapporti di molti SSR con i soggetti "accreditati" non garantiscono di per sé efficacia, appropriatezza delle cure, presa in carico tempestiva ed equa e continuità assistenziale.

Se l'erogatore "accreditato" è libero all'interno del suo "tetto di spesa" di incentivare le offerte per lui più reddituali, questo non comporta cooperazione, ma solo concorrenza su segmenti di offerta in cui il "privato" riesce ad essere concorrenziale per scelte e modalità di gestione più competitive rispetto al "pubblico".

Come possono interagire le organizzazioni private e il servizio pubblico

Ci sono tre parole: "integrazione", "sussidiarietà", "cooperazione" spesso usate l'una per l'altra, ma che hanno significati diversi. Quando s'instaurano rapporti tra organizzazioni sanitarie diverse, in particolare tra "soggetti privati" e "soggetti pubblici", sarebbe importante e doveroso per le istituzioni preposte prestabilire in quale dei tre ambiti si collocherà il rapporto funzionale per definirne con chiarezza scopi, risultati attesi e metodi di misura degli stessi, nonché di rendicontazione pubblica (accountability).

Le tre modalità possibili sono:

- *Integrazione: intesa come erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura[1] all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte e tra i soggetti delle filiere assistenziali nell'assistenza dei pazienti[2]*
- *Sussidiarietà: intesa come "sussidiarietà verticale" quando i bisogni dei cittadini sono soddisfatti dall'azione degli enti amministrativi pubblici, e di "sussidiarietà orizzontale" quando tali bisogni sono soddisfatti dai cittadini stessi, magari in forma associata e/o volontaristica o da "terzi erogatori";*
- *Cooperazione: intesa come collaborazione tra soggetti diversi per perseguire obiettivi e valori*

Integrazione

Integrare significa (Treccani vocabolario) "rendere intero, pieno, perfetto ciò che è incompleto o insufficiente a un determinato scopo, aggiungendo quanto è necessario o supplendo al difetto con mezzi opportuni". In sanità l'integrazione è il processo attraverso cui il sistema acquista e conserva unità strutturale e funzionale ed è anche il prodotto di tale processo.

L'integrazione può assumere diverse forme e coinvolgere diversi livelli del sistema sanitario.

A livello di servizi/processi

Per quanto riguarda le tipologie d'integrazione rispetto alla tipologia degli operatori e/o delle strutture eroganti possiamo parlare di integrazione tra:

- *Diverse professioni (es. Equipe sala operatoria)*
- *Diverse discipline (es. Coordinamento tra reparto degenza/laboratorio analisi/servizi radiologia)*
- *Diversi livelli essenziali di assistenza (es. Dimissioni protette, continuità ospedale-ospedale di comunità)*
- *Diversi settori assistenziali (es. Tra strutture sanitarie e sociali: integrazione sociosanitaria)*

A livello di sistema

Perché integrare? I 5 driver/motivi principali dell'agenda dell'assistenza integrata sono:

- 1) *L'assistenza integrata affronta il cambiamento di domanda di assistenza (es. invecchiamento della popolazione)*
- 2) *L'assistenza integrata riconosce che i risultati sanitari e sociali sono interdipendenti*
- 3) *L'assistenza integrata è un veicolo per l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società (es. migliore accesso ai servizi)*
- 4) *L'assistenza integrata può portare a una migliore efficienza del sistema (migliore coordinamento dell'assistenza)*

5) L'assistenza integrata può migliorare la qualità e la continuità dell'assistenza (es. migliore coordinamento dell'assistenza).

Opportuno anche ricordare quanto contenuto nel documento "Integrated Care. A Guide for Policymakers" pubblicato al termine della "European Social Network Conference" di Edimburgo 2005:

- L'assistenza integrata cerca di colmare la tradizionale divisione tra salute e assistenza sociale. Impone la prospettiva del paziente come principio organizzativo di erogazione dei servizi e modifica vecchi e ridondanti modelli di assistenza basata sull'offerta.
- L'assistenza integrata consente un'assistenza sanitaria e sociale flessibile, personalizzata e senza soluzione di continuità.
- L'Assistenza integrata è un insieme coerente di metodi e modelli sul finanziamento, livelli amministrativi e organizzativi di erogazione del servizio e clinici progettati per creare connettività, allineamento e collaborazione all'interno e tra i settori di cura e assistenza.



Punti chiave di una possibile integrazione tra organizzazioni pubbliche e private in sanità sono:

- **Partenariati Pubblico-Privato** - rappresentano un meccanismo comune di integrazione come ad esempio i project financing. Il settore pubblico e quello privato collaborano per sviluppare, finanziare, e/o gestire progetti o servizi sanitari.
- **Contratti di Servizio** - le organizzazioni pubbliche possono stipulare contratti con fornitori privati per la fornitura di servizi sanitari specifici. Questi contratti stabiliscono gli obblighi delle parti e devono prevedere anche le metriche da adottare per verificare e garantire la qualità e l'accessibilità dei servizi previsti.
- **Condivisione di Risorse e Tecnologie** - l'integrazione può coinvolgere la condivisione di risorse umane e tecnologie tra enti pubblici e privati. Ad esempio, le tecnologie informatiche possono essere condivise tra diversi fornitori, pubblici e privati, per massimizzare l'utilizzo di strumenti che hanno come finalità la cura dei pazienti, la conoscenza dei bisogni sanitari, la pianificazione dei servizi.
- **Flusso di Pazienti**: gli accordi di integrazione possono prevedere la possibilità di un flusso di pazienti tra strutture pubbliche e private, garantendo che i pazienti ricevano cure adeguate, indipendentemente dalla natura dell'ente erogatore a condizioni predefinite.
- **Formazione e Ricerca Condivisa**: le organizzazioni pubbliche e private possono collaborare nella formazione di professionisti sanitari e nella ricerca. Questa collaborazione può portare a progressi scientifici e clinici che beneficiano l'intera comunità.
- **Standard di Qualità e Regolamentazione**: è fondamentale stabilire standard di qualità e meccanismi di regolamentazione che si applichino sia al settore pubblico che a quello privato. Questi standard garantiscono che i servizi forniti siano sicuri, efficaci, appropriati e rispettino gli stessi requisiti di qualità. L'accreditamento istituzionale è la modalità di riferimento nella maggioranza dei Paesi con sistemi sanitari pubblici.
- **Mettere in pratica modelli di assistenza integrata**, pone sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi.

L'integrazione comporta l'accettazione di una piattaforma di valori che vengono riconosciuti come comuni. L'integrazione tra organizzazioni pubbliche e private nel settore sanitario dovrebbe tradursi nella collaborazione e nella sinergia tra enti governativi ed entità private per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'accessibilità dei servizi sanitari.

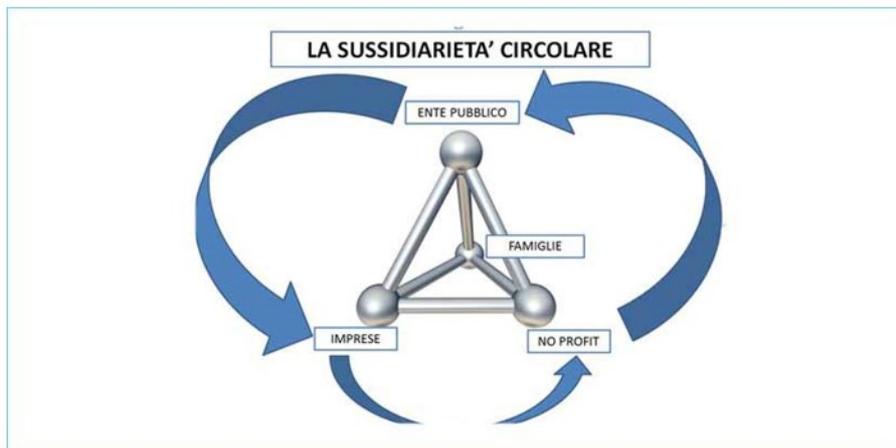
L'integrazione tra organizzazioni pubbliche e private può offrire vantaggi come l'ottimizzazione delle risorse, l'accelerazione dell'implementazione di nuove tecnologie e la migliorata accessibilità ai servizi sanitari. Tuttavia, è importante gestire attentamente le dinamiche di potere, la trasparenza e l'equità per assicurare che l'integrazione generi effettivamente valori per pazienti e cittadini.

Sussidiarietà

La sussidiarietà prevede, per la sua realizzazione, che si instaurino rapporti fra soggetti pubblici e soggetti privati in vista del perseguimento di un interesse comune ad entrambi: l'interesse generale.

La sussidiarietà è un principio ad alta valenza relazionale perché esprime potenziali regole che concernono la convivenza ordinata di una pluralità di soggetti tra loro distinti.

La sussidiarietà nei servizi sanitari si riferisce al principio secondo il quale le decisioni e le responsabilità riguardanti la fornitura dei servizi sanitari dovrebbero essere assegnate al livello più appropriato di governo o organizzazione, tenendo conto delle diverse esigenze e circostanze locali. Questo principio si basa sull'idea che le decisioni dovrebbero essere prese al livello più vicino possibile ai cittadini interessati, garantendo al contempo la collaborazione tra i diversi livelli di governo.



È importante notare che l'attuazione della sussidiarietà nei servizi sanitari in Italia può variare a seconda del contesto politico, culturale ed economico di ciascuna Regione.

Alcune Regioni possono adottare un modello più decentralizzato, mentre altre possono mantenere una maggiore centralizzazione nella gestione dei servizi sanitari.

Ecco alcuni punti chiave relativi alla sussidiarietà tra organizzazioni pubbliche e private nel campo della sanità:

- Complementarietà dei ruoli - la sussidiarietà implica che le organizzazioni pubbliche e private possano svolgere ruoli complementari. Ad esempio, se in determinate contingenze e in considerazione delle loro prerogative gestionali si ritiene che le organizzazioni private possano fornire servizi specializzati o innovativi, i servizi pubblici possono concentrarsi su servizi di base e garantire che tutto il sistema abbia una maggiore equità nell'accesso;
- Collaborazione: la sussidiarietà promuove la collaborazione tra enti pubblici e privati per massimizzare l'efficienza e l'efficacia nella fornitura di servizi sanitari.
- Scelta e concorrenza - la sussidiarietà dovrebbe implicare la libera possibilità di scelta da parte dei cittadini tra fornitori pubblici e privati di servizi sanitari. La concorrenza può essere vista come uno stimolo per migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi ma può trasformarsi se non regolata efficacemente in un meccanismo distortivo e moltiplicare i costi
- Equità nell'accesso - un aspetto critico della sussidiarietà nel settore sanitario è garantire che l'accesso ai servizi sia equo e che le organizzazioni private non escludano categorie di persone a causa di fattori socioeconomici e di loro vincoli di offerta (vedi selezione dei pazienti).
- Regolamentazione e supervisione - la sussidiarietà richiede un adeguato quadro regolatorio e di supervisione per garantire che entrambi i settori rispettino standard di qualità, sicurezza e accessibilità. L'autorità di regolamentazione dovrebbe assicurarsi che i servizi privati siano accessibili a tutti e che non si verifichino pratiche discriminatorie.

Cooperazione

La cooperazione tra organizzazioni pubbliche e private nel settore sanitario è un approccio che mira a sfruttare le forze complementari di entrambi i settori per migliorare l'efficienza, l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari. Questa collaborazione può assumere diverse forme, e il coinvolgimento di entrambe le parti può portare a vantaggi significativi.

I punti chiave della cooperazione possibile tra organizzazioni pubbliche e private in sanità sono:

- Condivisione di Risorse e Infrastrutture - la cooperazione può coinvolgere la condivisione di risorse e infrastrutture tra organizzazioni pubbliche e private. Ad esempio, strutture sanitarie pubbliche potrebbero condividere attrezzature diagnostiche avanzate con enti privati, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili, come sta accadendo da più parti per la riduzione delle liste d'attesa

- *Collaborazione nella Ricerca e Sviluppo: la cooperazione nella ricerca e nello sviluppo di nuove terapie, farmaci e tecnologie mediche può accelerare l'innovazione nel settore sanitario. Questa collaborazione può coinvolgere sia enti pubblici che privati e contribuire alla scoperta di soluzioni più efficaci.*
- *Accordi di Formazione e Sviluppo del Personale: la formazione e lo sviluppo del personale sanitario possono beneficiare della collaborazione tra enti pubblici e privati. La condivisione di programmi di formazione e lo scambio di competenze possono migliorare la qualità complessiva della forza lavoro sanitaria.*

WORKING TOGETHER



- *Accesso Equo ai Servizi: la cooperazione dovrebbe essere progettata per garantire un accesso equo ai servizi sanitari per tutte le fasce della popolazione. Ciò implica che gli accordi tra organizzazioni pubbliche e private devono essere strutturati in modo da evitare discriminazioni e garantire l'equità nell'accesso alle cure.*
- *Regolamentazione adeguata: un ambiente normativo chiaro e ben regolamentato è essenziale per garantire che la cooperazione tra organizzazioni pubbliche e private avvenga in modo trasparente e conforme agli standard di qualità e sicurezza.*

Considerazioni finali

Il “modello” di democrazia occidentale si è basato su un sistema sociale caratterizzato da un’area estesa di ceti intermedi, di classi sociali organizzate e rappresentate da corpi intermedi ovvero, partiti, sindacati, associazioni. Una società tendenzialmente “fluida” comporta invece una fragilità sociale e una riduzione dell’individuo a una “monade” isolata e sola, spesso non in grado di sentirsi parte di un qualcosa di più ampio e strutturato che gli dia senso del “noi” e identità sociale. In questo contesto le transizioni in atto nella maggioranza dei sistemi sanitari possono svolgere un ruolo di mitigazione o al contrario aggravare le tendenze individualiste. Il passaggio non è da poco perché può non solo comportare la fine di fatto dei sistemi di welfare così come li abbiamo conosciuti ma il passaggio a futuri sistemi altamente imperfetti.

Le alleanze tra organizzazioni pubbliche e private possono portare a sistemi sanitari più resilienti e adattabili, ma è importante gestire attentamente le dinamiche di potere, garantire la trasparenza e mantenere l'attenzione sulla missione principale, cioè migliorare la salute della popolazione in base ai bisogni rilevati e non condizionati dai vincoli delle offerte esistenti nei territori.

La pianificazione e la regolamentazione efficace da parte dello Stato e delle Regioni sono fondamentali per garantire che un sistema misto sia orientato al bene comune.

La chiave del successo nella collaborazione tra organizzazioni sanitarie private e il sistema pubblico è la trasparenza, la comunicazione aperta e la volontà di lavorare insieme per migliorare l'assistenza sanitaria complessiva. C'è questa volontà reciproca?

Lo scenario attuale di confronto, collaborazione, ma anche conflitto tra sanità pubblica e privata comporta una più chiara e determinata assunzione di responsabilità a livello istituzionale. Logiche di conservazione aprioristica (tutto pubblico sempre!) sono sbagliate; destinate a non funzionare, aprono a quelle pericolose prospettive che proprio chi le professa paventa.

Sull’altro fronte l’approccio di stampo neoliberista, cioè affidarsi alla dinamica di “mercato” sarebbe veramente esiziale e colpevole da parte della politica del nostro Paese.

Già ora abbiamo rinunce alle cure, ricorso all’indebitamento per malattie catastrofiche, aumento delle diseguaglianze e delle fragilità fisiche e sociali. Una politica d’imprudente apertura al mercato sanitario aggraverebbe i costi e non porterebbe benefici. Già adesso ci sono in letteratura segnalazioni di come le logiche d’impresa, come i private equity negli Stati Uniti, non stanno generando né risparmi finanziari né guadagni in qualità e sicurezza delle cure

Diversamente, con oculate scelte e politiche coerenti, i vantaggi potrebbero esserci e consentire cure migliori, appropriate, eque e più sostenibili.

Insistiamo pertanto con quanto nel nostro precedente articolo sul tema pubblico/privato abbiamo sottolineato per rimarcare che non si parla di un passaggio di mano tra sistemi sanitari pubblici e privati ma di nuovi e responsabili ruoli tenendo conto sempre che:

Chi se non il “pubblico” può e deve svolgere questo lavoro di riallineamento degli interessi “privati” presenti nelle filiere assistenziali su obiettivi di salute generali?

Chi se non il “pubblico” ha i dati e la visione di insieme per svolgere analisi di “stratificazione dei bisogni di salute”?

Chi se non il “pubblico” può elaborare e proporre policy di “medicina di popolazione”, di “medicina di comunità”, di “medicina di prossimità” e di “continuità assistenziale”?

[1] WHO (2018) - Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.

[2] Di Stanislao F., Visca M., Caracci G., Moirano F.: Sistemi integrati e continuità nella cura. Salute e Territorio. Anno XXXI - Marzo-Aprile, 2010. Pagg. 80-89

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119608

quotidianosanita.it

Ospedale del futuro. Presentata la Carta di Teramo con i 10 requisiti chiave

Convegno nazionale, alla presenza, tra gli altri, del Dg Agenas, Domenico Mantoan, e del Dg della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, Americo Cicchetti, per illustrare il modello di ospedale del futuro. Dieci le parole chiave: appropriatezza, sostenibilità, sistema, innovazione, clinical governance, integrazione, flessibilità, centralità del paziente, ecosostenibilità, sicurezza.

12 GEN –

Appropriatezza, sostenibilità, sistema, innovazione, clinical governance, integrazione, flessibilità, centralità del paziente, ecosostenibilità, sicurezza. Questi i **10 requisiti chiave** dei nuovi ospedali del futuro, illustrati nella “Carta di Teramo”, che costituirà la base dei futuri dibattiti a livello nazionale.

La “Carta di Teramo” che indica le coordinate per la progettazione dei nuovi ospedali rappresenta la sintesi estrema dei lavori del convegno nazionale “Ospedale del futuro: flessibile, tecnologico, sostenibile: I modelli organizzativi” organizzato ieri presso l’ospedale Mazzini di Teramo con la partecipazione, tra gli altri, del direttore generale della Asl **Maurizio Di Giosia**, del Direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, **Americo Cicchetti**, del Direttore Generale di Agenas, **Domenico Mantoan**, del presidente della Regione Abruzzo, **Marco Marsilio**, e dell’assessore regionale alla Salute, **Nicoletta Veri**

Ad aprire i lavori il direttore generale della Asl **Maurizio Di Giosia**: “L’obiettivo di questo convegno è, grazie ai qualificati interventi di alcuni fra i maggiori protagonisti del mondo della programmazione sanitaria nazionale, fornire a tutti noi gli spunti per una riflessione profonda, consapevole e informata sulla nuova visione dei modelli assistenziali e dunque su quello che saranno gli ospedali di un futuro ormai prossimo. Parlare di contenitore e contenuto, in maniera semplicistica, può essere riduttivo e direi fuorviante. Entrambi questi termini sono infatti il punto di sintesi di tutta una serie di fattori, che questo convegno si propone di approfondire”.

“In Abruzzo dobbiamo costruire diversi ospedali. Questo incontro porta ad identificare le linee guida su cui muoversi per la loro realizzazione” ha aggiunto **Pierluigi Cosenza**, direttore dell’Agenzia sanitaria regionale, che ha portato i saluti insieme a **Silvia Scelsi**, presidente nazionale Asiquas, all’assessore regionale **Nicoletta Veri** e al presidente della regione **Marco Marsilio**.

L’assessore Veri si è soffermata sul significato di diversi requisiti del nuovo ospedale fra cui l’aggettivo flessibile (“abbiamo predisposto un modello organizzativo flessibile durante il Covid rimodulando la nostra organizzazione a seconda dell’evoluzione della pandemia”) e tecnologico (“prima avevamo le pet sui camper oggi sono tutte nelle strutture. Abbiamo investito in tecnologie 50 milioni di euro”).

Il presidente Marsilio, che ha inviato un video messaggio, fra i vari obiettivi ha individuato la realizzazione di luoghi sanitari flessibili, tecnologici e sostenibili in grado di aiutare medici e paramedici a lavorare meglio per il bene del paziente.

I lavori, moderati dalla giornalista di Quotidiano Sanità **Ester Maragò**, sono proseguiti con la presentazione dell’ebook “Ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro” realizzato da Asiquas (Associazione italiana per la qualità dell’assistenza sanitaria e sociale) e pubblicato come “Quaderno 45” da Quotidiano Sanità. Il segretario nazionale **Giorgio Banchieri** ha osservato che “conciliare qualità e complessità oggi implica abbandonare la vecchia concezione delle organizzazioni sanitarie come strutture

gerarchiche lineari: i sistemi sanitari sono sempre più entità complesse governate da leggi di interazione e auto-organizzazione, spesso soggette a fenomeni emergenti, come lo è stato la minaccia pandemica”.

Altri temi toccati dall'ebook sono il rapporto fra ospedali e reti cliniche approfondite da **Maurizio Dal Maso**, direttore sanitario dell'istituto Fanfani di Firenze con particolare riferimento anche ai desk direzionali e al coinvolgimento del middle management nei processi di cambiamento organizzativo e gestionale.

La progettazione di ospedali e fragili, sostenibili e centrati su pazienti e operatori, tema illustrato da **Virginia Serrani** direttore tecnico DSP -Darvo Serrani project, Firenze con particolare attenzione ai tempi di obsolescenza delle varie parti di un ospedale e alla necessità di un approccio di risparmio energetico e di basso impatto ambientale e di tecnologie green.

Gli strumenti di governance aziendali approfonditi da **Antonio Giulio de Belvis** docente università Cattolica del Sacro Cuore con riferimento ai processi di valorizzazione delle prestazioni.

Nella successiva tavola rotonda “L'ospedale che cambia, L'ospedale 4.0” **Luigi Bertinato** (ufficio europeo Oms) ha illustrato i criteri su cui si muove la realizzazione di nuovi ospedali a livello internazionale con particolare attenzione all'umanizzazione e alla sostenibilità ambientale.

Il vicepresidente della Fiaso **Antonio D'Amore**, direttore del Cardarelli Napoli, in collegamento online ha osservato che “il futuro è già qui, in Italia dovremmo iniziare a pensare a una programmazione congiunta, a un piano di investimenti per nuovi ospedali green, umanizzati e con una tecnologia che libera il tempo al personale sanitario che così può dedicarsi maggiormente alla comunicazione con il paziente”.

Americo Cicchetti, direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, ha fatto il punto sulla sottoscrizione degli accordi di programma per la realizzazione di nuove strutture: “dei 24 miliardi le risorse residue sono 2,5 miliardi, per cui bisogna iniziare ad affrontare il nodo di rifinanziamento di programma”.

Maria Pia Randazzo, dirigente statistico Agenas, ha approfondito l'argomento della mobilità passiva che in Abruzzo è scesa dai 56,5 milioni del 2019 ai 51,3 del 2022. “L'indice di soddisfazione della domanda interna in Abruzzo è 0,93: una domanda non pienamente soddisfatta all'interno della Regione ma la nuova rete ospedaliera, approvata dopo anni, potrebbe contribuire a colmare questo gap”

“La giornata di oggi conferma la ricchezza generata dai gruppi di lavoro che si impegnano nella evoluzione dei servizi e nelle pratiche dell'integrazione tra sanità, il sociale e le comunità locali” ha sottolineato **Francesco Enrichens** (Agenas).

Camillo Odio, responsabile Accordi di programma con il ministero del Dipartimento sanità Regione Abruzzo, ha dichiarato: “l'idea di realizzare tre o quattro nuovi ospedali in combinazione con l'approvazione della rete ospedaliera è di per se un risultato. E fra questi l'ospedale di Teramo si farà. La Asl è pronta, il ministero della salute ha ricevuto tutta la documentazione necessaria e per la localizzazione è a lavoro un comitato composto da tecnici individuato da comune di Teramo, Regione e Asl che sta valutando le due aree candidabili”.

Le conclusioni dei lavori sono state affidate a **Domenico Mantoan** direttore generale Agenas: “Il ministero dovrebbe fare un piano di programmazione per il rinnovo degli ospedali. I nuovi presidi devono tener conto di percorsi distinti, di spazi per far fronte alle epidemie che in alcuni periodi possono essere anche chiusi e di alcuni posti letto di terapia intensiva che anche questi vanno chiusi “in tempi di pace”. La carenza di personale inoltre non è un motivo valido per non realizzare nuove strutture. Questo paese si concentri ad incentivare la formazione di infermieri o li recluti altrove. Mentre nel giro di qualche anno ricominceremo ad avere una pletera di medici”.

https://www.quotidianosanita.it/abruzzo/articolo.php?articolo_id=119434

Il governo delle liste di attesa. Più attenzione alla “presa in carico”

Claudio Maria Maffei

La strada scelta per governare il fenomeno è quella di concentrarsi sulla offerta e sulla domanda delle prestazioni e quindi di lavorare per massimizzare la prima e razionalizzare la seconda. Questa prima parte è quindi dedicata all’analisi di come la presa in carico viene trattata nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, mentre la seconda sarà dedicata alle modalità con cui promuoverla e realizzarla.

29 GEN -

Il tema delle liste di attesa (sottinteso: per le prestazioni ambulatoriali) è centrale nel dibattito sulla sanità italiana. Vale allora la pena di provare a ragionare sulla strada scelta per governare il fenomeno e sulle opportunità e rischi di questa scelta. In estrema sintesi la strada scelta è quella di concentrarsi sulla offerta e sulla domanda delle prestazioni e quindi di lavorare per massimizzare la prima e razionalizzare la seconda.

Di fatto a prevalere è la prima, perché potenzialmente in grado di dare effetti più a breve termine.

Cercherò di illustrare in due successivi interventi l’esigenza di integrare questo approccio “prestazionale” con un approccio che punti di più sulla “presa in carico” dei percorsi ambulatoriali in cui non è più il paziente a “cercare” la prestazione o le prestazioni, ma è il sistema a organizzarla/e e offrirgliela/e. L’intervento è diviso in due parti. Questa prima parte è dedicata all’analisi di come la presa in carico viene trattata nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, mentre la seconda sarà dedicata alle modalità con cui promuoverla e realizzarla.

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa e la presa in carico: le regole

La base su cui opera il Ssn in tema di liste di attesa è il [Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021](#). Il PNGLA è un sistema chiuso che definisce e limita le prestazioni oggetto di monitoraggio, che sono 69 in totale, divise in 14 visite e 55 esami strumentali.

Questa chiusura lascia fuori diverse discipline specialistiche ad elevata prevalenza epidemiologica come l’allergologia e la reumatologia.

A pagare questi “buchi” sono prima i pazienti e poi le discipline. I primi non trovano una risposta e i secondi non trovano uno spazio nelle strutture pubbliche (almeno finché avranno voglia di cercarlo).

Questa “chiusura” lascia poi fuori le visite specialistiche in aree fondamentali come la neuropsichiatria infantile e la psichiatria.

Il PNGLA distingue con chiarezza natura e percorsi delle prestazioni (di visita o strumentali) cosiddette di “primo accesso” rispetto a natura e accesso delle prestazioni corrispondenti a un “accesso successivo”. Le prestazioni di primo accesso sono quelle che si rendono necessarie per la valutazione di un problema clinico nuovo o per la valutazione della recrudescenza di un problema clinico già noto di tipo cronico.

Le prestazioni di “accesso successivo” corrispondono a tre situazioni diverse tra loro: quelle che si rendono necessarie per approfondire un caso clinico “nuovo” da parte del livello specialistico che lo ha già valutato, quelle che servono per controllare a breve termine (follow-up) l’evoluzione di un caso e quelle che si rendono necessarie per il monitoraggio periodico di una condizione cronica.

Le prestazioni incluse negli “accessi successivi” possono anche essere per semplicità definite “controlli”.

Queste tre tipologie di prestazioni ambulatoriali sono quelle che vanno (o andrebbero) gestite con i percorsi di presa in carico.

Le prestazioni di primo accesso vanno richieste dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Nella loro prescrizione va specificata la classe di priorità U (urgente), B (breve), D (differita) e P (programmata). La classe di priorità andrebbe attribuita con riferimento ai cosiddetti RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), sul cui utilizzo i medici prescrittori andrebbero formati e monitorati.

Le prestazioni corrispondenti alle diverse classi di priorità hanno tempi massimi di attesa ovviamente diversi: per le U 72 ore, per le B 10 giorni, per le D 30 giorni per le visite e 60 per gli esami e per le P 120gg. Le agende di prenotazione per le diverse prestazioni vanno tenute distinte tra le tre classi di priorità B, D e P.

Le prestazioni di controllo, e quindi i percorsi di presa in carico, sono riconosciute fondamentali dal PNGLA. Esse sono per definizione destinate a pazienti con un rischio clinico maggiore in quanto già selezionati come meritevoli di approfondimento e valutazione.

Esse vanno gestite con agende dedicate e vanno prescritte dal medico che le decide, di regola lo specialista pubblico, visto che si tratta per lo più di prestazioni successive ad una prima valutazione specialistica e che la prescrizione su ricettario del Ssn la possono fare solo i medici dipendenti pubblici o convenzionati col Ssn. Stralciamo la parte del PNGLA in cui si affronta la problematica dei controlli: “... le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura.

In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile)."

Il PNGLA sulla presa in carico dice anche di più in ambito cardiovascolare e oncologico, in cui il Piano prevede che "ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, le Regioni e Province Autonome individuano specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e ne promuovono l'erogazione anche attraverso il day service. " Poi nel glossario si dà una definizione sia dei PDTA che del day service.

I percorsi di presa in carico dovrebbero ottenere più risultati contemporaneamente:

- favorire il cittadino sollevato dalla incombenza di doversi rivolgere al proprio medico di fiducia per la trascrizione delle prestazioni richieste e di doversi prenotare la prestazione;
- favorire un miglioramento della appropriatezza delle prescrizioni che vengono inserite in percorsi strutturati allo scopo;
- aumentare il tempo clinico del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta sollevati dal lavoro di trascrizione delle richieste dello specialista.

Per quanto riguarda il monitoraggio, il PNGLA prevede esplicitamente il monitoraggio sia ex ante che ex post delle prestazioni di primo accesso in funzione della classe di priorità, mentre per i percorsi di presa in carico prevede il "Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche".

Anche gli indicatori "core" del [Nuovo Sistema di Garanzia](#) (NSG), quelli con cui il Ministero dal 2020 effettua il monitoraggio della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte delle Regioni, includono solo il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di primo accesso con classe di priorità B. Del resto anche in [una recente indagine sperimentale dell'Agenas-Fondazione The Bridge sui tempi di attesa](#) cui hanno aderito diverse Regioni, le elaborazioni sono state fatte per le prestazioni con classe di priorità B e D. All'interno del NSG è prevista, al di fuori degli indicatori "core", anche la [sperimentazione del monitoraggio di alcuni PDTA](#) (relativi alla broncopneumopatia cronica ostruttiva, allo scompenso cardiaco, al diabete, al tumore della mammella nella donna, al tumore del colon e al tumore del colon retto).

Dopo la sperimentazione degli indicatori prescelti per gli anni 2017-2020, questo monitoraggio è uscito dai radar.

Anche i cosiddetti "percorsi di tutela", che dovrebbero permettere al paziente residente la possibilità di ricevere "comunque" la prestazione presso un erogatore privato accreditato qualora la stessa non fosse disponibile presso il CUP di competenza, riguardano solo le prestazioni di primo accesso.

Così come le prestazioni di primo accesso sono le uniche prese in considerazione [nel provvedimento, iscritto all'ordine del giorno della seduta della Stato-Regioni del prossimo 25 gennaio](#), che punta a definire i contenuti informativi delle varie sezioni web dedicate a tempi e liste d'attesa e a individuare una modalità di monitoraggio dei dati e delle informazioni all'insegna della trasparenza dei contenuti pubblicati, fruibilità e semplicità di accesso.

In sintesi, il PNGLA prevede un ruolo importante per le prestazioni di presa in carico, sia relative al completamento dei percorsi di valutazione dei "nuovi" casi, che di quelli di follow-up a breve termine che di monitoraggio periodico. Chiarisce chi debba prescrivere e chi debba fare la presa in carico (lo specialista), chiarisce le aree in cui la presa in carico è prioritaria (oncologica e cardiovascolare) e le forme organizzative con cui farla (day service e PDTA).

In compenso, riserva scarsa importanza al monitoraggio dei percorsi di presa in carica, non li include nel monitoraggio dei LEA, non prevede per loro percorsi di tutela e non ne prevede la copertura in termini di trasparenza.

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa e la presa in carico: le criticità

L'impressione è che con la pandemia il sistema della presa in carico delle prestazioni ambulatoriali sia in buona parte saltato. Qualche dato sulla significativa diminuzione delle visite di controllo si trova nel [Portale Statistico dell'Agenas](#) che evidenzia come tra il 2019 e il 2022 le visite di controllo siano passate dalle 54,14 all'anno ogni 100 abitanti a 45,57 contro una diminuzione inferiore delle prime visite "altre tipologie" (oltre a quella neurologica, oculistica e ginecologica) passate da 36,24 a 31,01.

La quota di prestazioni di controllo erogate dal Ssn rimane comunque alta, come testimoniato dal grafico della Figura 1, di fonte Agenas, che evidenzia come nel 2022 sul totale di visite specialistiche effettuate il 54,3% a livello nazionale siano state visite di controllo, con una forte variabilità tra Regioni. I dati Agenas del primo semestre evidenziano una ripresa nel numero di visite di controllo, anche se esse rimangono ancora al di sotto del dato 2019 (vedi Figura 2).

Figura 1 Proporzione tra prime visite e visite di controllo erogate dal Ssn nel 2022. Fonte: Agenas.

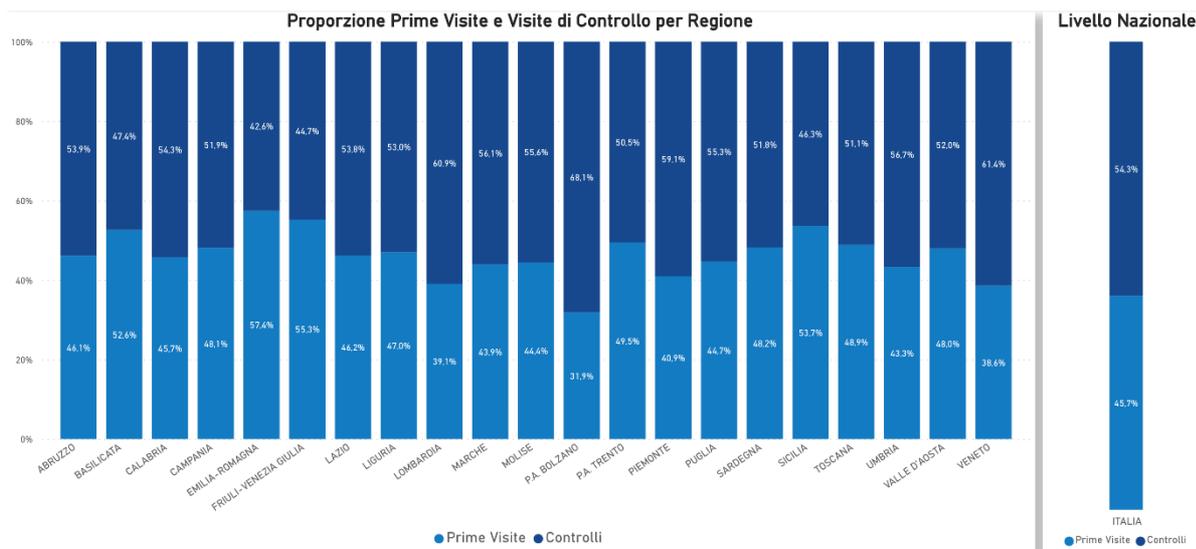
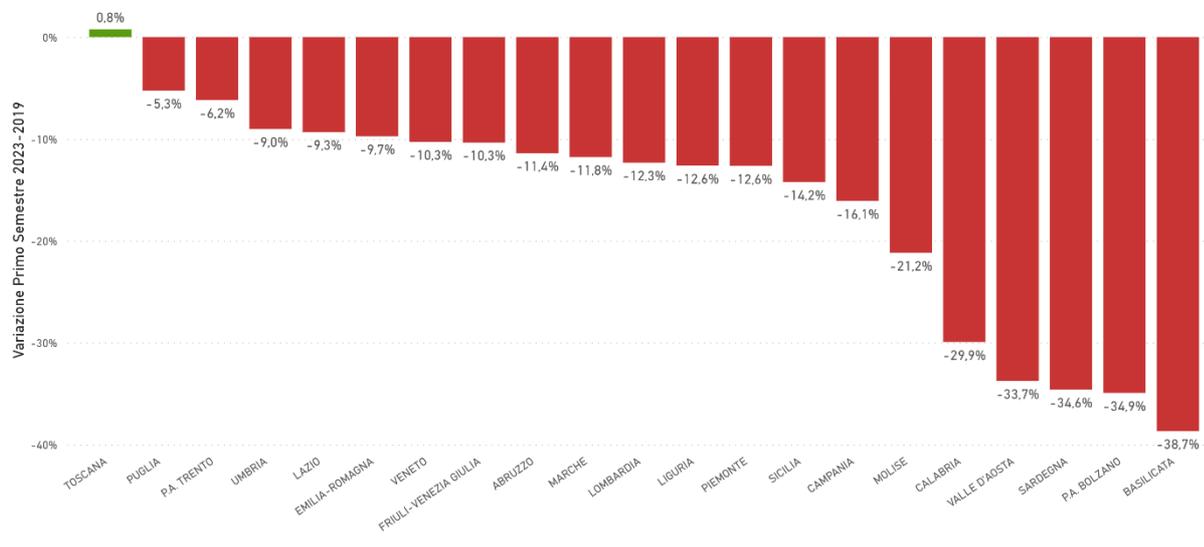


Figura 2 Variazione percentuale nel numero di visite di controllo erogate dal Ssn tra primo semestre 2022 e primo semestre 2019. Fonte: Agenas.



Purtroppo mancano informazioni su come vengono gestiti nel Ssn i percorsi di presa in carico e quindi se siano gestiti senza il coinvolgimento prescrittivo del medico di fiducia, se facciano parte di percorsi strutturati a tipo day service o PDTA e se rispettino i tempi adeguati alla condizione clinica.

Il timore è che senza regole e verifiche adeguate il sistema della presa in carico finisca con l'essere sacrificato in favore della apertura del maggior numero possibile di posti e di agende utile per la riduzione "costi quel che costi" della lista di attesa per le prime prestazioni, quelle oggetto di monitoraggio, quelle che finiscono sui giornali o che sollecitano l'interesse di Milena Gabanelli.

Questo orientamento è testimoniato ad esempio dagli obiettivi dati dalle Regioni alle Aziende, vedi [quelli 2023 delle Marche](#) che in tema di liste di attesa includono solo le percentuali di prestazioni con classe di priorità B e D incluse nel PNGLA che rispettano il tempo di attesa previsto dal Piano (le visite oculistiche, ortopedica e cardiologica più mammografia, TAC torace, ecocolordoppler tronchi sovraaortici, ecografia ostetrico ginecologica e RMN colonna vertebrale). Per inciso il valore da raggiungere è il 90%.

In assenza di percorsi strutturati e monitorati di presa in carico a livello ambulatoriale il rischio è che le prestazioni che vi andrebbero incluse finiscano per gravare sulle agende delle prestazioni di primo accesso e sul lavoro dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, o addirittura per gravare sulle tasche dei cittadini o le attività dei Pronto Soccorso.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119788



L'ondata liberista sui sistemi Beveridge

Gavino Maciocco

L'impatto delle riforme liberiste in tre differenti contesti regionali europei basati sul modello Beveridge: macroregione scandinava, macroregione mediterranea e macroregione britannica. Contesti diversi e conseguenze molto diverse. Con un finale a sorpresa che riguarda la sanità inglese. Il libro di Guido Giarelli e Mike Saks.

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" dal nome dell'economista inglese che progettò l'istituzione del National Health Service. 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) (1).

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 (2).

Come descritto nel bel libro di Guido Giarelli e Mike Saks "National Health Services of Western Europe", anche i servizi sanitari europei che si sono ispirati al modello Beveridge sono stati in diversa misura influenzati, in certi casi perfino travolti, dalle riforme liberiste innescate dalla "rivoluzione conservatrice".

Un modello che "was radically questioned by the new political rhetoric of deregulation, privatization, the efficiency of the free market and rolling back the frontiers of the state" ("è stato radicalmente messo in discussione dalla nuova retorica politica della deregolamentazione, della privatizzazione, dell'efficienza del libero mercato e della riduzione del ruolo dello stato"). La retorica neo-liberista in sanità – secondo Giarelli e Saks – si può riassumere in quattro parole d'ordine: marketisation, managerialism, empowerment of the consumer and welfare pluralism.

- **Al primo posto il Mercato**, ovvero spazio al settore privato e alla competizione per imporre nell'organizzazione sanitaria il modello aziendale, e il suo lessico manageriale. Mercato a ogni costo, e se non c'è una vera competizione per l'assenza di un consistente settore privato (come avvenne nella riforma Thatcher del 1991) si crea un "mercato interno" all'interno del sistema pubblico. L'importante è creare una separazione, uno split, tra purchasers (i committenti, chi acquista i servizi) e providers (i produttori dei servizi) e avere a disposizione un sistema contabile delle prestazioni semplificato (i DRGs), che eviti lungaggini burocratiche e contenziosi.
- **Il Managerialismo è quindi la diretta conseguenza della Mercatizzazione.** Si tratta di instaurare una nuova gerarchia all'interno dell'organizzazione soppiantando i sanitari nel governo e nella direzione con la figura del manager, equivalente all'amministratore delegato delle aziende: la figura adatta a presidiare l'efficienza, piuttosto che l'efficacia. La nuova "bibbia" si chiama New Public Management (NPM): un approccio che si concentra sull'applicazione dei principi e delle pratiche di gestione del settore privato per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle organizzazioni del settore pubblico. L'NPM – nato dalla convinzione che le burocrazie governative tradizionali fossero lente, inefficienti e prive di responsabilità – punta a introdurre strategie e metodi di gestione orientati al mercato per rendere i servizi pubblici più reattivi, economicamente vantaggiosi e orientati al cliente.
- **Poi c'è l'immane enfasi sull'empowerment of the consumer:** l'attenzione si focalizza sulle preferenze del cliente (per lo più indotte dal mercato) piuttosto che sui bisogni sanitari e sociali della popolazione.

- **Infine il pluralismo del welfare.** Nella logica liberista non è ammissibile una situazione di monopolio assicurativo da parte dello Stato, come avviene nel modello Beveridge dove l'universalismo si basa sulla presenza di unico assicuratore pubblico (single payer) alimentato dalla fiscalità generale. L' "welfare pluralistico" pretende che la competizione debba avvenire non solo tra produttori di servizi ma anche tra gli assicuratori (multiple payers). E dove c'è un assicuratore unico – il marchio di fabbrica dei modelli Beveridge –, questo deve essere indebolito a tal punto (vedi voce "tagli alla spesa pubblica") da consentire la nascita di altri assicuratori, privati, scelti da una clientela disposta a pagare per ottenere servizi più comodi e tempestivi.

Giarelli e Saks analizzano gli effetti dell'ondata neoliberista sui sistemi sanitari con modello Beveridge – basati cioè su Servizi sanitari nazionali – in tre differenti contesti regionali europei: 1. La macroregione scandinava, 2. La macroregione mediterranea e 3. La macroregione britannica.

1. La macroregione scandinava.

Tra i paesi scandinavi la Svezia è stata la prima ad adottare forme di New public management all'interno del sistema sanitario. Alla fine degli anni 80 fu adottato lo split tra purchasers (le regioni) e providers (gli ospedali) e furono introdotti i DRGs. Ma è una stagione che è durata abbastanza poco: agli inizi del 2000 il sistema DRGs fu abbandonato per tornare al tradizionale finanziamento degli ospedali basato sul "budget globale".

La Svezia negli anni è rimasta fedele al suo sistema multilivello: Stato (governo e programmazione centrale del sistema), 21 Regioni (gestione dei servizi sanitari ospedalieri e di cure primarie, incentrate sui Primary Care Centre – PCC, dove lavorano medici di famiglia, infermieri, ostetriche e fisioterapisti) e 290 municipalità (gestione della long-term care e dell'assistenza socio-sanitaria agli anziani). Tuttavia qualche variazione significativa in direzione del settore privato c'è stata soprattutto nell'area di Stoccolma e in particolare nel settore delle cure primarie, dove circa il 40% dei PCC sono in mano a privati, convenzionati con la regione (il 68% a Stoccolma). Nel settore ospedaliero sui 100 ospedali presenti, solo 10 sono privati (concentrati prevalentemente a Stoccolma). C'è stata anche una tendenza all'aumento delle assicurazioni private (per lo più integrative-aziendali) che attualmente interessano il 6,5% della popolazione (ma solo lo 0,5% della spesa sanitaria totale).

Complessivamente i paesi scandinavi sono stati solo sfiorati dall'ondata neoliberista: non solo in Svezia il sistema sanitario è saldamente in mano al potere pubblico e la spesa sanitaria privata è tra le più basse al mondo, tra il 15-16% della spesa sanitaria totale (vedi Tabella 1).

Tabella 1. Spesa sanitaria pubblica e privata (pro-capite, in \$PPP) nei paesi delle 3 Macroregioni. Anno 2022.

	Spesa Pubblica	Spesa Privata	Spesa Totale	%privata/totale
Norvegia	6.711,4	1.186,7	7.898,1	15,0
Svezia	5.524,9	912,8	6.437,7	16,5
Danimarca	5.324,1	955,7	6.278,8	15,2
Regno Unito	4.479,0	1.013,7	5.492,7	18,4
Spagna	3.142,4	1.319,1	4.461,5	29,5
Italia	3.254,6	1.036,1	4.290,7	24,1
Portogallo	2.640,5	1.521,6	4.162,1	36,5
Grecia	1.785,4	1.229,8	3.015,2	40,7

2. La macroregione mediterranea

Italia, Portogallo, Grecia e Spagna hanno adottato il modello Beveridge rispettivamente negli anni 1978, 1979, 1983 e 1986, seguendo però diverse modalità di riforma. In Italia e Spagna la transizione dal precedente modello Bismarck (basato sulle Assicurazioni sociali obbligatorie, Casse mutue basate sull'appartenenza occupazionale) al modello Beveridge è stata completa, mentre ciò non è avvenuto per Grecia e Portogallo dove – pur con l'avvento di un Servizio sanitario nazionale finanziato con la fiscalità generale – continuavano a esistere in forma limitata (Portogallo) o dominante (Grecia) le "vecchie" casse mutue. Tutto ciò avrà degli effetti quando questi quattro paesi di troveranno ad affrontare la crisi del secondo decennio degli anni 2000. Ma gli effetti delle riforme liberiste si era già fatte sentire in precedenza. In Italia, ad esempio, nella legge 502/92 che – col ministro De Lorenzo – introdusse l'aziendalizzazione nel sistema sanitario si trovano ben riconoscibili i quattro sopra-citati attributi della retorica neoliberista in sanità. Non fosse stato per il cambio del governo dovuto anche all'emergere di episodi di corruzione (che coinvolsero lo stesso De Lorenzo) la voce "welfare pluralisme" si sarebbe tradotta in Italia con la ri-nascita delle casse mutue, in via sperimentale alternative al SSN (art. 9 della L. 502). **Ci volle il governo Ciampi, ministro della salute Garavaglia, per depennare il contenuto del famigerato articolo 9.** Ciò comportò l'approvazione di una nuova legge di Riordino, la 517 del 1993.

Ma l'ondata liberista si abbatté violentemente sui sistemi Beveridge mediterranei con la crisi economica globale del 2008-2009. La recessione mise in ginocchio i quattro paesi già fiaccati dalla sfavorevole competizione globale e anche per questo fortemente indebitati. La ricetta confezionata dalle istituzioni internazionali (Banca centrale europea, Fondo monetario internazionale, Unione Europea) per affrontare la crisi fu molto simile a quella adottata due decenni prima dalla Banca Mondiale nei confronti dei paesi in via di sviluppo: politiche di austerità, riduzione della spesa pubblica, tagli alla sanità e all'istruzione, privatizzazione dei beni pubblici. **I costi della ricetta – come prevedibile – sono stati altissimi per la tenuta di sistemi sulla carta universalistici:** i blocchi nell'assunzione del personale, la conseguente riduzione dell'offerta sanitaria pubblica e l'aumento dei ticket hanno provocato il crescente ricorso a un sempre più dilagante settore sanitario privato, anche in campo assicurativo (con conseguente crescita della componente privata della spesa sanitaria, Tab. 1).

3. La macroregione britannica.

L'attacco al National Health Service (NHS) – il prototipo di sistema sanitario universalistico, ideato da William Beveridge nel 1942 e introdotto nel Regno Unito nel 1948 – inizia alla fine degli anni ottanta del secolo scorso. Nel 1987 Margaret Thatcher, premier dei conservatori, chiede a un gruppo d'esperti, guidato dal consulente USA Alain Enthoven (teorico della managed care), di confezionare per il Regno Unito un modello di sanità simile a quello americano. **Ma la proposta non decolla per l'ostilità dello stesso partito conservatore:** un sondaggio tra gli elettori Tory rileva che il 70% non vuole rinunciare al NHS e non accetta lo smantellamento del sistema di welfare che esso garantisce. **M. Thatcher non rinuncia tuttavia all'idea di riformare nel sistema sanitario britannico iniettandovi sostanziose dosi di aziendalismo e di mercato.** La riforma, del 1991, si scontra con la durissima opposizione di tutto il mondo sanitario e costerà al partito conservatore la perdita delle elezioni nel 1997. **Ma le idee della Signora Thatcher troveranno una qualche continuità col governo laburista di Tony Blair e si affermeranno decisamente quando il partito conservatore tornerà al potere nel 2010 ed emanerà nel 2012 una radicale legge di riforma sanitaria (Health and Social Care Act) dove ben poco rimane del modello originario di NHS.** La riforma infatti smantella l'intera infrastruttura pubblica del NHS, sia in termini di governo (vengono abolite le strutture equivalenti alle nostre ASL) che di programmazione. **Tutto il sistema dell'offerta dei servizi viene privatizzato e regolato dai meccanismi di mercato (leggi qui, qui, qui).** Rimane in piedi il finanziamento pubblico del NHS, quindi in linea di principio dovrebbe essere garantita la gratuità dei servizi, ma a causa delle crescenti liste di attesa è sempre più frequente il ricorso al settore privato a pagamento, e anche a forme di assicurazione privata (a cui si affidano oltre 8 milioni di cittadini, il 13% della popolazione) Vedi [L'anima smarrita del NHS](#).

L'introduzione di queste riforme ha avuto effetti distruttivi sull'unitarietà del NHS. Infatti tre delle quattro nazioni del Regno Unito – Scozia, Galles e Irlanda del Nord – in virtù della loro autonomia decisero di non applicarle, rifiutando i radicali meccanismi di mercato che a quel punto valsero solo per l'Inghilterra. **La ricetta scozzese è, ad esempio, in piena controtendenza rispetto alla riforma inglese:** allo split tra purchasers e providers, alla competizione di tutti contro tutti e all'inevitabile frammentazione del sistema si risponde con sistemi regionali integrati, basati sulla collaborazione tra i vari elementi del sistema. Le parole d'ordine sono: partnership, co-ownership, mutuality, con un occhio di riguardo nei confronti del settore sociale e del volontariato (integration of health and social care).

Ma c'è un finale a sorpresa. Dal Mercato all'Integrazione socio-sanitaria.

La sanità inglese è uscita a pezzi dall'esperienza del COVID 19 non solo a causa della pessima gestione della pandemia, ma anche per la deriva mercantile della sua organizzazione che metteva in secondo piano i bisogni sanitari della popolazione. Così, inaspettatamente, il governo conservatore nel 2022 emana una nuova riforma "Health and Care Act", che appare chiaramente ispirata da quella scozzese.

Infatti il suo obiettivo è "to establish a [legislative framework](#) that supports collaboration and partnership-working to integrate services for patients. Among a wide range of other measures, the Act also includes targeted changes to public health, social care and the oversight of quality and safety" ("fornire una cornice che favorisca la collaborazione e il lavoro di partenariato per integrare i servizi per i pazienti. Tra la varia gamma di altre misure, la legge prevede anche modifiche mirate alla sanità pubblica, all'assistenza sociale e al controllo della qualità e della sicurezza"). (leggi [KingsFund](#)).

La misura più significativa è la ricostituzione dell'infrastruttura pubblica di governo della sanità con l'istituzione di [42 Integrated Care Systems \(ICS\)](#), partenariati locali che riuniscono le organizzazioni sanitarie e assistenziali per sviluppare piani condivisi e servizi socio-sanitari integrati (Figura 1).

Figura 1. Integrated Care Systems in England. (Fonte NHS England).



<https://www.saluteinternazionale.info/2024/01/londata-liberista-sui-sistemi-beveridge/>

quotidianosanita.it

La “banalità” della aziendalizzazione/governance

Bruno Agnetti, Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di Comunità Solidale Parma ODV

16 GEN - Gentile Direttore,

la riflessione vorrebbe concentrarsi sul tema degli esiti che possono derivare da processi decisionali assunti ideologicamente e con una scarsa consapevolezza relativa alle conseguenze nel medio/lungo periodo. Pare questa oggi la condizione del SSN: quella di dover considerare appunto le conseguenze. Alcuni dati di fatto relativi al fenomeno di causa/effetto in sanità (aziendalizzazione, organizzazione manageriale, governance ...), sembrano incontrovertibili e vengono reiterati come fossero miti inconfutabili. Le recenti normative definite “riforme” (es.: DM77 e imminente ACN) non apportano nessuna sostanziale innovazione. Paradossalmente sembrano amplificare le contraddizioni e le differenziazioni.

Un grande malessere serpeggia quindi all'interno di una organizzazione dedicata, istituzionalmente, al benessere e il disagio condiziona soprattutto l'operatività dei professionisti e la fiducia degli utenti. Il sospetto è che, per qualche ragione, sia stato smarrito il quadro generale (complessità) a causa di una frenesia orientata al raggiungimento di obiettivi soprattutto economicistici (linearità).

È malinconico e anche noioso reiterare sempre i soliti esempi appartenenti alla galleria delle profezie fallimentari auto avverantesi: le Case della Comunità generatrici di una babele di disparità assistenziali e professionali; gli ospedali di comunità (OSCO) tutt'altro che di comunità; i cacofonici CAU forse causa di ulteriori desertificazioni enigmatiche dei servizi territoriali. Eppure le recenti esperienze avrebbero dovuto suggerire la necessità di abbandonare completamente modalità organizzative frettolose up-down che continuano a coinvolgere professionisti e utenti immancabilmente ex-post.

Per troppo tempo si è assistito al paradosso di vedere il Servizio Sanitario Nazionale o il territorio o la medicina generale di base ostaggio di un Sistema Sanitario Nazionale e Regionale ossessivamente amministrato (con risultati pessimi).

Non sarebbe una cattiva idea se nascesse l'ambizione da parte dei vertici istituzionali del SSN, pur a normativa corrente, di cercare comunque di avviare un comitato di salute pubblica, molto contenuto nel

numero dei componenti, che possa elaborare una proposta culturale contenente alcuni elementi fondamentali a supporto di una reale riforma sanitaria coerente al contesto sociale. Così come è basilare individuare un nuovo baricentro assistenziale territoriale basato sulle piccole comunità o sui consorzi o sulle storiche USL e, contemporaneamente, dovrebbe essere attivato un programma di deregulation delle Aziende AUSL.

Tutto ciò potrebbe apparire semplicemente velleitario. Dipende dai paradigmi di riferimento concepiti (quarta riforma, possibilità...).

Recentemente per il tema dell'Intelligenza artificiale e per le reti generative sono stati coinvolti, in tempi brevi, studiosi a prova di curriculum sia in istituzioni nazionali che europee. Sarebbe altrettanto auspicabile che le "pietre angolari" di una rinnovata cultura sanitaria della complessità possano coinvolgere ed appassionare operatori del settore che siano anche ferrati in filosofia della scienza e della medicina e studiosi dell'organizzazione sanitaria. Come una "road map" ben calendarizzata potrebbe apparire essenziale, così dovrebbe esserlo anche il dibattito pubblico.

In generale si può affermare che le distanze culturali e sociali tra le persone e gli attuali decisori siano gigantesche. In un contesto simile è comprensibile che nei cittadini possa crescere l'ansia a causa di una profonda incertezza culturale e psicologica nei confronti della "galassia salute". La conseguenza è che le persone sono così portate a chiedere tutto. Non si tratta, solo, di una educazione sanitaria carente ma la percezione è che venga a mancare un supporto percepito come ontologico, essenziale per l'essere o per la vita.

A livello professionale le finte riforme recentemente pubblicate (a tutti gli effetti controriforme), propagandano, in modo unilaterale, la ricetta perfetta per una organizzazione assistenziale che tende al consumismo amministrativo sanitario lineare, performante. L'efficienza e l'efficacia sono gli storici idoli economicistici. La misurazione non può essere considerata l'obiettivo fondamentale per la promozione della salute (sistema complesso). La linearità fideistica rende l'assistenza territoriale di base standardizzata, anonima e il mmg uno schiavo "inumano tecnologico" (Sennet R. 2009).

Il consumismo istituzionalizzato enfatizza e strumentalizza anche la salute (spesso identificata dalle persone come guarigione o completa risoluzione dei problemi). La relazione di cura tenta invece di ricercare, insieme, la più percorribile omeostasi qualitativa per quel momento pur riconoscendo di operare in un universo di incertezza e imprevedibilità

I sanitari territoriali lamentano (basterebbe ascoltarli) che le loro attività siano costantemente esposte agli effetti, a volte perversi, dovuti ai cambiamenti burocratici/organizzativi/gestionali imposti dalla classe dirigente aziendale nella quale non si riconoscono. Tuttavia questi professionisti riescono ancora a fare la differenza quando si confrontano liberamente tra di loro, con i pazienti, con le loro famiglie e con le comunità. Il futuro è strettamente collegato alla cultura che può nascere in questa area "periferica" dimenticata dal sistema verticistico e dalla sanità amministrata.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119500

quotidianosanita.it

Sì alle riforme ma senza distruggere l'articolo 32 della Costituzione

Ivan Cavicchi

15 GEN -

Gentile direttore,

l'altro giorno Alessio D'Amato responsabile welfare di Azione commentando l'ultimo [rapporto](#) dell'Ocse sulla sanità ci ha detto che "non dobbiamo perdere tempo" che serve fare una "grande riforma" ([QS 12 gennaio 2024](#))

[Roberto Polillo e Mara Tognetti](#) ci dicono più o meno la stessa cosa cioè che "non c'è più tempo disponibile" e che per la sanità serve un "piano straordinario quinquennale" come quelli che si usavano nella defunta unione sovietica.

Tutti hanno fretta, ma a parità di questioni, uno vuole una riforma e uno un piano quinquennale. Ma tra riforma e piano quinquennale temo vi sia una gran bella differenza. O no?

D'Amato vuole una "grande riforma" ma non ci dice cosa è per lui una "riforma" e soprattutto cosa, questa riforma, dovrebbe riformare. Cioè quali gli scopi. Conosciamo però i 10 punti di Azione e sappiamo che Azione è una sostenitrice convinta della seconda e della terza ma forse anche della quarta gamba Ma privatizzare meglio, se questa è la riforma, per noi non è una riforma ma una controriforma.

Polillo e Tognetti ci propongono, anche loro come Azione 10 punti ma per pianificare l'invarianza dal momento che a parte un po' di razionalizzazione alla fine, della baracca, non cambia sostanzialmente niente. Pensate che ci propongono di cambiare le aziende con le aziende, il rapporto pubblico/privato con il rapporto pubblico/privato, la seconda gamba con la seconda gamba il territorio con il territorio e così via.

La cosa è davvero curiosa perché costoro senza alcun imbarazzo ad ogni piè sospinto ci ricordano che sono dei "rivoluzionari" (anche se non si capisce a quale titolo ritengono di esserlo) e che il loro piano quinquennale è la "rivoluzione possibile" che però alla fine a ben vedere non è nulla di più che la scoperta dell'acqua calda. Quindi invarianza pianificata.

La cosa che però accomuna D'Amato e Polillo/Tognetti ripeto è la "fretta" entrambi, giustamente, siccome le cose vanno male non vogliono perdere tempo, vogliono fare presto. È la fretta di chi arriva come si dice "dopo i fuochi" di chi non vede per tempo la tranvata che ti sta arrivando addosso quindi di chi essendo normalmente miope e privo di lungimiranza politica è sempre in ritardo.

Non bisogna essere incornati per accorgersi che esiste il toro specie se il toro è grosso come un palazzo e se è da 40 anni che ci gira dentro casa.

Nel piano quinquennale di Polillo/Tognetti, la questione che pone l'Ocse della sostenibilità anche se strategica, cioè la questione del toro, non è neanche accennata. Cioè non esiste. E questo la dice lunga sull'attualità del loro piano quinquennale.

L'Ocse oggi perfettamente in linea con i suoi precedenti report insiste nel dirci che siamo sull'orlo del baratro e rimette al centro del suo ragionamento, la questione della sostenibilità, e che definisce come un problema di pura compatibilità economica tra economia spesa pubblica e spesa sanitaria fino a proporci diverse "opzioni" (esattamente 4) tutte pensate per trovare il modo di ridurre comunque la spesa sanitaria pubblica perché l'economia va male e quindi bisogna trovare una quadra. Modo che l'Ocse chiama "resilienza". Essere resilienti per l'Ocse significa essere compatibili

La mia impressione è che L'Ocse vorrebbe in teoria cambiare paradigma ma non riesce a liberarsi del paradigma di cui sembra essere prigioniera per cui alla fine resta fondamentalmente un paradigma neoliberista tutto giocato sulla compatibilità finanziarie e quindi sul rapporto intercambiabile privato pubblico. Vuole cambiare paradigma ma non ci dice quale sia il paradigma alternativo.

L'Ocse ormai di report sulla sanità ne ha fatti diversi e tutti, da anni, ci descrivono dei processi in corso ad esiti infausti cioè ci descrive un conflitto insanabile tra economia e sanità, per l'appunto una incompatibilità, da arginare e contenere in qualche modo.

Nell'ultimo report quello al quale si riferisce D'Amato si parla di "crack" in quello precedente di "shock" (QS 25 febbraio 2023) ma in tutte e due e in quelli ancora precedenti l'Ocse continua a proporci la linea classica neoliberista della compatibilità: cioè trovate il modo di adattarvi ai problemi dell'economia. Fate resilienza cioè riadattatevi.

Non ci dice come riformare e quale riforma fare ci ridice però che inevitabilmente bisogna ridefinire il rapporto privato pubblico.

In questo ultimo report l'Ocse dice con grande chiarezza che "senza risorse pubbliche aggiuntive disponibili per la sanità, una maggiore spesa sanitaria verrà automaticamente spostata al settore privato".

Quindi anche per l'Ocse alla fine la "grande marchetta" resta sia il problema che la soluzione.

Ecco signori questa roba che l'Ocse chiama "resilienza" e "sostenibilità" non è in nessun modo una novità.

Da sempre esiste il conflitto tra economia e sanità e il problema della resilienza e della sostenibilità. Le mutue a causa di questo conflitto sono crollate. In nome della sostenibilità sono state fatte le peggiori controriforme del paese. Le aziende sono state fatte per risolvere i problemi di sostenibilità. La seconda e la terza gamba anche. E in nome della sostenibilità probabilmente se l'Ocse ha ragione, come temo, a parlare di crack, perderemo anche la nostra sanità pubblica.

Ricordatevi le tesi temerarie della Bindi e della Dirindin sulla "non autosufficienza" del sistema pubblico (QS 23 gennaio 2023) e sul ruolo del privato che proprio loro hanno sdoganato proprio per assicurare in modo neoliberista la sostenibilità del sistema.

Neoliberisti di sinistra che sotto l'egida dell'Ulivo per ragioni di sostenibilità hanno mandato in vacca l'art 32. La cosa più preziosa. Oggi l'Ocse ritorna a battere sul problema e ci dice che "sistemi sanitari sono a rischio crack. e che senza un cambio di paradigma essi saranno insostenibili". E che per l'Italia nei prossimi anni si vedranno i sorci verdi.

Il "cambio di paradigma" di cui parla l'Ocse noi con l'appoggio di questo giornale, l'abbiamo proposto con la "quarta riforma" ben 8 anni fa quando l'Ocse non parlava di Crack e di Shock. Non finirò mai di ringraziare Cesare Fassari per il suo aiuto leale e convinto e per la sua amicizia.

Molto prima quindi dei rapporti allarmati dell'Ocse, proponemmo quello che oggi propone l'Ocse e cioè una riforma di paradigma ma, attenzione e qui che viene il bello, una riforma non per non cambiare niente, come ci propone il piano quinquennale, ma per rispondere ai problemi di sostenibilità che in Italia esistono da anni e sui quali in Italia si sono fatte solo delle controriforme del cavolo. Controriforme che ne D'Amato ne Polillo Tognetti ci pare di capire vogliono mettere in discussione. Il piano quinquennale è infatti chiaramente a controriforme invariate.

La "quarta riforma" in sintesi non è altro che una proposta di riforma dell'idea di sostenibilità neoliberista la stessa che ci ha portati alla rovina. Cioè la stessa che ci propone oggi l'Ocse. Cioè essa è una profonda critica alla strategia della compatibilità e il cui scopo è risolvere una volta per tutte il conflitto ancora mai risolto tra

economia e sanità. La “quarta riforma” diversamente dall’Ocse propone di risolvere questo conflitto senza ammazzare ancora una volta l’art 32 della Costituzione.

Avete ragione, bisogna sbrigarsi, fare presto, ma di grazia mi spiegate, ad art 32 invariante, questo cavolo di conflitto come intendete risolverlo? Perché senza art. 32 son tutti bravi a fare sostenibilità. Cioè a fare i neoliberisti. Basta fottere i diritti e i conti pubblici tornano. Ma esiste o no una strada diversa da quella indicata dall’Ocse che non sia necessariamente neoliberista? Cioè un paradigma alternativo?

La “quarta riforma” dice, sì, esiste, è possibile si può fare, anzi si deve fare, ma per farlo essa dice bisogna riformare per davvero non per finta.

Ma oggi, di questi tempi, a parte la “quarta riforma” snobbata dai finti riformatori, dove cavolo lo troviamo un pensiero riformatore?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119460



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

La finanziarizzazione della sanità negli Stati Uniti

Joseph Dov Bruch, Victor Roy, e Colleen M. Grogan

11 gennaio 2024

N Engl J Med 2024; 390:178-182

DOI: 10.1056/NEJMms2308188

ai timori iniziali di un fiorente complesso medico-industriale ¹ alle critiche più recenti dell’avidità delle multinazionali nel campo della medicina, ² gli osservatori criticano da tempo le motivazioni del profitto insite nel sistema sanitario statunitense. Mentre gran parte dell’attenzione si è concentrata sulle influenze aziendali nel settore sanitario, una dinamica critica è rimasta in gran parte oscurata: la finanziarizzazione. Come definita da scienziati sociali e storici, la finanziarizzazione si riferisce alla crescente influenza dei mercati finanziari, delle motivazioni, delle istituzioni e delle élite nella nostra economia e società. ³ Questa dinamica comprende la crescente influenza degli attori finanziari – tra cui banche commerciali e di investimento, società di private equity (PE), società di venture capital e altri tipi di investitori – e uno spostamento delle attività di entità non legate al settore finanziario dal commercio e la produzione di merci verso nuovi canali e manovre finanziarie. ⁴

Riteniamo che le discussioni sulla politica sanitaria riguardanti qualità, equità e costi debbano fare i conti con l’influenza emergente del settore finanziario all’interno del sistema sanitario statunitense. Per fare ciò, dobbiamo prima distinguere la finanziarizzazione dalla corporatizzazione e dalla privatizzazione, tracciare il rifacimento del panorama sanitario statunitense da parte del settore finanziario e documentare il ruolo della politica pubblica nell’incoraggiare questi cambiamenti.

Dagli anni ’80, le analisi dei mercati sanitari si sono concentrate sulla “corporatizzazione” ^{1,5} – il ruolo crescente delle grandi organizzazioni che sfruttano il potere di mercato per massimizzare i profitti. ⁶ L’aziendalizzazione dell’assistenza sanitaria è la conseguenza sia dell’integrazione orizzontale (ad esempio, le catene ospedaliere che acquisiscono ospedali più piccoli) che dell’integrazione verticale (ad esempio, dei sistemi sanitari che acquistano studi medici) tra entità sia a scopo di lucro che senza scopo di lucro. La “privatizzazione”, d’altro canto, si riferisce allo status di proprietà delle imprese e descrive il ruolo crescente degli attori del settore privato nella fornitura di risorse sanitarie, come la crescente importanza delle compagnie di assicurazione private nel programma Medicare nell’ambito di Medicare Advantage. ⁷

La “finanziarizzazione” si basa, ma si allontana anche da, questi processi precedenti e meglio studiati che riguardano l’assistenza sanitaria. Implica la trasformazione di enti sanitari pubblici, privati e aziendali in beni vendibili e scambiabili da cui il settore finanziario può accumulare capitale. ⁸ La finanziarizzazione coglie le nuove forme di proprietà e controllo del settore finanziario nel sistema sanitario statunitense, così come le richieste dei mercati finanziari per la crescita dei profitti a breve termine e la distribuzione di questa crescita ad attori finanziari esterni alle entità sanitarie e famiglie statunitensi.

L’aumento della finanziarizzazione nel settore sanitario può essere ricondotto ai cambiamenti a livello economico avvenuti negli anni ’70 e ’80. Una serie di cambiamenti normativi e politici hanno consentito agli attori finanziari di rendere il sistema sanitario statunitense una parte fondamentale delle loro strategie di crescita. Allo stesso tempo, gli enti sanitari hanno iniziato sempre più a operare secondo il “primato degli azionisti”, una strategia di governance aziendale che dà priorità agli interessi degli azionisti rispetto ad altri potenziali stakeholder, come i lavoratori o le comunità locali. ^{9,10}

Modelli mutevoli di proprietà e accumulazione

Una delle caratteristiche più importanti della finanziarizzazione nel settore sanitario è il crescente numero di enti sanitari acquisiti direttamente da attori finanziari. Ad esempio, negli ultimi dieci anni, le aziende PE hanno completato più di 8.000 transazioni che coinvolgono enti sanitari, per un valore combinato stimato di quasi 1 trilione di dollari. ¹¹ Sfruttando il capitale degli investitori istituzionali (ad esempio, piani pensionistici statali), le aziende di PE acquisiscono completamente ospedali, case di cura, studi medici, cliniche di dialisi, operatori di hospice e una serie di altri operatori sanitari in rapida velocità. ¹² Legando queste società sanitarie acquisite con grandi quantità di debito, le aziende PE si impegnano quindi in rapidi turnaround di compravendita per realizzare un profitto per i loro partner. ¹³ I fondi comuni di investimento immobiliare (REIT) forniscono un altro esempio; questi attori finanziari acquisiscono proprietà sanitarie e affittano gli immobili alle strutture sanitarie (vale a dire, sale-lease back). ¹⁴ Oggi, i REIT possiedono una quota crescente del patrimonio immobiliare sanitario statunitense, tra cui ospedali, strutture residenziali per anziani, edifici per uffici medici e strutture infermieristiche specializzate. ¹⁵

Oltre alla proprietà diretta, la finanziarizzazione può assumere la forma di controllo indiretto da parte di attori finanziari che acquisiscono azioni di un ente sanitario, spesso mediante investimenti nella fase iniziale o attraverso il mercato azionario. Ad esempio, i venture capitalist finanziano le start-up del settore sanitario in cambio di capitale iniziale. ¹⁶ L'importo raccolto dai fondi di venture capital nel settore sanitario è cresciuto di quasi un fattore otto nel corso di un decennio, raggiungendo i 28,3 miliardi di dollari nel 2021. ¹⁷ Anche altri attori finanziari, come fondi pensione, fondi comuni di investimento e hedge fund, sono diventati fortemente intrecciato con il sistema sanitario. In effetti, l'assistenza sanitaria è diventata uno degli obiettivi settoriali più comuni per gli hedge fund. ¹⁸

Dagli ospedali alle carte di credito mediche

Con la crescente proprietà e controllo del settore finanziario sull'assistenza sanitaria, entità come ospedali, compagnie assicurative e aziende farmaceutiche si comportano sempre più come società finanziarie. I sistemi ospedalieri statunitensi offrono un esempio. In risposta all'incertezza sui rimborsi e reso possibile dalla deregolamentazione antitrust del governo negli anni '80, gli ospedali iniziarono a perseguire fusioni e acquisizioni per aumentare il potere di mercato, perseguendo allo stesso tempo ricavi non operativi lanciando armi di investimento. ¹⁹ Sebbene questi strumenti di investimento siano diventati parte integrante delle strategie finanziarie di molti ospedali, possono esporre gli ospedali alle fluttuazioni dei mercati finanziari. Una recente analisi ha mostrato che un calo del 164% dei margini di profitto per i più grandi ospedali no-profit tra il 2021 e il 2022 era attribuibile alle perdite sugli investimenti, non alle spese sanitarie. ²⁰ In parte, gli ospedali no-profit si concentrano sulla costruzione di riserve finanziarie con i loro rami di investimento e i flussi di entrate dei pazienti perché sono preoccupati di mantenere forti rating creditizi, che aumentano il loro accesso al mercato obbligazionario municipale. Queste obbligazioni vengono spesso acquistate da investitori finanziari e forniscono capitale per la costruzione e lo sviluppo di ospedali. ²¹ Data questa dipendenza strutturale dal settore finanziario, il management ospedaliero ha seguito l'esempio: finanza e affari sono oggi gli ambiti professionali più comuni per i membri dei consigli di amministrazione degli ospedali statunitensi di alto livello. ²²

Anche gli enti sanitari quotati in borsa, come gli assicuratori sanitari e le aziende farmaceutiche, sono diventati sempre più finanziarizzati, perseguendo la crescita attraverso aumenti di prezzo, fusioni e acquisizioni e distribuendo il capitale accumulato agli attori del mercato finanziario, il tutto per massimizzare il valore per gli azionisti. ²³ Uno dei principali veicoli per la distribuzione di questo capitale è stato il riacquisto di azioni proprie (noto anche come riacquisto di azioni proprie), una manovra finanziaria il cui utilizzo si è accelerato negli ultimi due decenni, in base alla quale le società riacquistano le proprie azioni per aumentare il valore di quelle rimanenti. ²⁴ Con quasi 70 miliardi di dollari di profitti nel solo 2022 – riflettendo un aumento di quasi il 300% in un decennio – lo scorso anno le sette maggiori compagnie di assicurazione sanitaria hanno stanziato 26,2 miliardi di dollari per i riacquisti azionari. ²⁵ Allo stesso modo, un'analisi delle aziende farmaceutiche nell'S&P 500 ha rilevato che tra il 2012 e il 2022, il settore ha speso 87 miliardi di dollari in più in riacquisti e dividendi agli azionisti che in ricerca e sviluppo. ²⁶

Mentre gli enti sanitari corrono per generare crescita per gli attori finanziari e gli azionisti, i pazienti si trovano ad affrontare costi più elevati sotto forma di spese vive e aumento dei premi. ^{27,28} Per finanziare queste spese, gli studi medici e gli ospedali collaborano sempre più con istituti finanziari per commercializzare carte di credito mediche e prestiti rateali con tassi di interesse differiti elevati. Tra il 2018 e il 2020, questi prodotti finanziari sono stati utilizzati per pagare 17 milioni di acquisti medici, per un totale di quasi 23 miliardi di dollari di spese sanitarie. ²⁹ Il credito al consumo per l'assistenza medica rafforza ulteriormente il settore finanziario nella fornitura di assistenza sanitaria, attirando le principali banche e società di private equity verso quello che è diventato un business multimiliardario. ³⁰

Il ruolo dello Stato

La finanziarizzazione è dipesa non solo dagli attori privati ma anche dall'incoraggiamento attivo del governo federale in almeno tre modi: deregolamentazione del capitale e assenza di supervisione, finanziamento pubblico affidabile dei servizi sanitari per la fornitura privata e creazione di un sistema sanitario costoso e frammentato. sistema di cura. In

primo luogo, i mercati finanziari furono deregolamentati dalla politica federale negli anni '70 e '80; ad esempio, le modifiche legali hanno consentito ai fondi pensione di utilizzare il proprio capitale in investimenti ad alto rischio e hanno consentito il riacquisto di azioni proprie da parte di società quotate in borsa. ^{19,26} Allo stesso tempo, il Congresso ha rimosso i controlli sul flusso di credito, consentendo ai consumatori e alle imprese di accedere a più credito e allo stesso tempo attirando capitali stranieri nell'economia statunitense. ³¹ Ulteriori modifiche implementate entro il 2000, inclusa l'esclusione dalla regolamentazione di strumenti finanziari complessi come i credit default swap, hanno consentito al settore finanziario di spostare ingenti quantità di capitale in veicoli di investimento privati come PE e hedge fund. ¹⁹ In assenza di un'effettiva trasparenza o di un controllo governativo su questi attori, ogni anno per più di un decennio è stato raccolto più capitale nei mercati privati che in quelli pubblici – una dinamica incoraggiata dal trattamento fiscale federale favorevole alle plusvalenze. ³² Gli attori finanziari più forti, a loro volta, hanno aumentato il loro coinvolgimento nell'assistenza sanitaria statunitense.

In secondo luogo, il consistente finanziamento pubblico del sistema sanitario statunitense – che rappresenta il 60% della spesa sanitaria nazionale – fornisce un flusso di entrate costante, affidabile e interessante per le aziende private e gli attori finanziari che investono in esse. ²¹ Ci sono numerosi casi in cui il capitale fluisce verso attori finanziari, comprese le organizzazioni Medicare Advantage, le case di cura, gli operatori di hospice e altre entità che sono spesso finanziate in gran parte con dollari pubblici ma possedute da attori finanziari. ^{33,34}

In terzo luogo, attraverso una miriade di decisioni di politica pubblica assunte nel lungo periodo, gli Stati Uniti hanno creato un sistema sanitario estremamente costoso, frammentato e ineguale in cui i pazienti devono fare affidamento sui mercati finanziari per ottenere capitali. Le politiche che hanno limitato le reti di sicurezza sociale o impedito l'espansione di Medicaid, ad esempio, hanno contribuito a un'impennata del debito medico e alla dipendenza dalle carte di credito mediche. ^{35,36}

Confrontarsi con la finanziarizzazione e le sue implicazioni

I sostenitori della finanza privata sottolineano la sostanziale mobilitazione di capitale, resa possibile da nuovi mercati e attori finanziari, che può essere impiegato per creare valore per la salute, sia finanziando l'innovazione biomedica sia sostenendo l'implementazione di nuovi modelli di cura. ³⁷ Tuttavia, un'analisi della finanza contemporanea deve anche confrontarsi con il processo che il defunto economista sanitario Uwe Reinhardt descrisse come "trasferimento di valore" nell'assistenza sanitaria – un fenomeno in cui il valore viene "tolto ad alcuni membri della società e incanalato verso i proprietari dei servizi sanitari". capitale." ³⁸ Reinhardt ha riconosciuto i costi considerevoli sostenuti dalle famiglie e dal governo statunitense in quasi tutti i settori del settore sanitario. In definitiva, la crescente presa del settore finanziario sul sistema sanitario solleva una domanda pressante: il Paese sta ottenendo un buon accordo?

Rispondere a questa domanda richiederà una nuova ondata di ricerca e inchiesta pubblica incentrata sulla finanziarizzazione. Al fine di migliorare la regolamentazione e il controllo dei consumatori, i decisori possono attuare politiche che aumentino la trasparenza dell'attività finanziaria e la proprietà dell'assistenza sanitaria. ³⁹ Inoltre, le agenzie federali e le organizzazioni filantropiche possono guidare iniziative focalizzate sulla produzione di prove sugli effetti degli attori finanziari nel nostro sistema sanitario, magari espandendo la ricerca emergente sull'EP e i suoi effetti sulla salute. ¹² Infine, il settore finanziario è parte integrante di quasi tutti gli ambiti della vita americana. Ricercatori e politici dovranno quindi andare oltre i confini dell'assistenza sanitaria per affrontare pienamente l'influenza del settore finanziario sulla salute della popolazione. Ad esempio, il capitale finanziario modella la geografia dello sviluppo delle imprese e delle infrastrutture, il successo delle economie locali, la distribuzione del credito e del debito delle famiglie e, quindi, l'accesso alla maggior parte delle risorse legate alla salute, come alloggio, cibo e istruzione. Sebbene rimangano poco studiate, le disuguaglianze endemiche e prodotte dal settore finanziario – come l'accesso ineguale ai servizi finanziari – possono generare disuguaglianze sanitarie. ⁴⁰⁻⁴³

Intraprendere questi passi, tra gli altri, è fondamentale se riconosciamo il settore finanziario per quello che è diventato: un determinante strutturale della salute.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms2308188?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX189646Q7tB0k9nCmvHI4iQ%2FPuS6wPoyGUPqa04PS%2BdD7qUckF6FzKdly61iq5cKC2wmaZ9J1LX%2F41Yd9Zdnxhe9z%2FipcTQTbxbJvXvW5zgnMRngXYkPkIEX6vVpo9aWvYIAKR%2B%2B3Dw6QCkIshexknQImKjAX%2Brg70MINx84b%2FaoY7Z4bnqYx%2BGt7tkuCrZaVkaEHNXZYxQ%3D%3D&id=NEJM+eToc%2C+January+11%2C+2024+DM2316305_NEJM_Non_Subscriber&bid=203733151

Gaza. Prevenire un genocidio

The Lancet. Alix Faddoul, Geordan Shannon, Khudejha Asghar, Yamina Boukari, James Smith, Amy Neilson

“Gli aspetti sanitari della violenza in Palestina. Un appello per prevenire un genocidio” (1)

Prima dell’escalation di violenza di ottobre, l’effetto dell’assedio israeliano di Gaza era già stato descritto come un “genocidio al rallentatore” (slow-motion genocide) ¹.

Dal 7 ottobre 2023, Gaza e la Cisgiordania sono state oggetto di una sempre più intensa violenza da parte dell’esercito e dei coloni israeliani, innescata dagli attacchi di Hamas in Israele.

Di conseguenza, studiosi del diritto internazionale, organizzazioni per i diritti umani ed esperti delle Nazioni Unite hanno sottolineato il rischio per Israele di commettere un genocidio, hanno richiesto indagini e hanno invitato la comunità internazionale a prevenire il genocidio contro il popolo palestinese².

Basandosi su ciò, evidenziamo le dimensioni sanitarie della violenza derivante dall’assedio in corso e dagli attacchi contro i palestinesi.

Collochiamo questa violenza in relazione alla definizione di genocidio come descritta nell’articolo 2 della Convenzione sul genocidio, concentrandoci su elementi fisici tra cui uccidere, causare gravi danni fisici o mentali, creare condizioni di pericolo di vita, evitare le nascite e trasferire forzatamente i bambini³. In poco più di 9 settimane, più di 18.205 palestinesi sono stati uccisi a Gaza, insieme a 265 persone uccise in Cisgiordania⁴.

Spazi considerati protetti come ospedali e scuole non sono stati risparmiati⁵. Più di 49.500 persone sono rimaste ferite, molte delle quali sono a grave rischio di disabilità a lungo termine o di morte⁵.

È già noto che la ripetuta esposizione a conflitti e violenze, inclusa l’esperienza della demolizione di case, combinata con l’assedio israeliano di Gaza dal 2007, è associata ad alti livelli di disagio psicologico tra i palestinesi⁶.

L’esposizione alla violenza, gli sfollamenti di massa in corso (con quasi 1,9 milioni di sfollati interni) e la distruzione o il danneggiamento del 60% delle abitazioni di Gaza possono potenzialmente esacerbare i problemi di salute mentale⁴.

Sono state prese di mira anche le infrastrutture di sostentamento vitale, compresi i panifici e gli impianti idrici, mettendo l’intera popolazione di Gaza a rischio di insicurezza alimentare, disidratazione e malattie trasmesse con l’acqua^{2,8}.

Le strutture sanitarie di Gaza sono state prese continuamente di mira e ogni attacco costituisce potenzialmente un crimine di guerra e rappresenta una minaccia duratura alla vitalità del sistema sanitario⁹. I danni inflitti agli ospedali, insieme alla carenza di personale e di forniture, ostacolano l’assistenza sanitaria per tutti, comprese le circa 50.000 donne incinte².

Gli effetti sulla salute di tutti palestinesi, bambini, donne, uomini, anziani, persone con disabilità ed emarginate sono immensi. La continua violenza israeliana unita alla mancanza di un accesso umanitario immediato e indipendente aggraverà la morbosità e la mortalità a causa del peggioramento dei problemi sanitari come la malnutrizione acuta, la diffusione di malattie infettive, le difficoltà durante la gravidanza e il parto, la progressione delle malattie non trasmissibili e i problemi di salute mentale¹⁰.

Come professionisti umanitari e della sanità pubblica, affermiamo con assoluta convinzione che il grave rischio di genocidio contro il popolo palestinese merita un’azione immediata – anche se tardiva –.

In conformità con l’articolo 8 della Convenzione sul genocidio, esortiamo tutte le parti firmatarie della Convenzione a imporre un cessate il fuoco immediato e prolungato e ad agire per ridurre la minaccia di un’ulteriore violenza israeliana. Questa azione è indispensabile per prevenire atti di genocidio. Chiediamo inoltre a tutte le parti di garantire che tutti i palestinesi possano realizzare pienamente il loro diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza personale, in quanto protetto dal diritto internazionale e riportato nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/01/gaza-prevenire-un-genocidio/>



PATIENT EXPERIENCE

Obiettivo fiducia: perché l'esperienza del paziente è strategica

Si sta sviluppando un nuovo Ecosistema Salute che comprende tutti gli attori del processo, da quelli "tradizionali" (professionisti sanitari, Istituzioni, aziende Pharma/Medtech, Assicurazioni) ai nuovi e dirompenti (startup, BigTech, aziende alimentari, Wellness, finanziarie). Denominatori comuni: le opportunità offerte dall'innovazione tecnologica e di servizio per rendere sempre più centrale la patient experience

Publicato il 27 Lug 2023

Alfredo Pascali, Health Marketing Manager, Mentor & Advisor for Open Innovation, Founder & Chairman NEX Health

Fabio Fioravanti, NEX Health

Un dibattito costante e variegato si riflette, a livello di opinione pubblica e specializzata, sulle opportunità derivanti dalle evoluzioni di **digitale** e **innovazione** (speriamo alimentate dalle straordinarie **risorse del PNRR**) anche per centrare l'obiettivo del miglioramento del nostro **Ecosistema Salute** e del SSN. Si spazia dalle istituzioni alla ricerca scientifica, dal management alle tecnologie abilitanti.

Indice degli argomenti

- **Esperienza del paziente e fiducia: una visione più strategica**
- **Il nuovo Ecosistema Salute**
- **La salute di precisione**
- **Umanesimo digitale integrato ed esperienza del paziente**
- **Nuovi attori, centralità ed esperienza del paziente**
- **La gestione dell'esperienza del paziente per la fiducia**
- **Marketing sanitario: cosa deve essere oggi**
- **Organizzazioni sanitarie: le domande da farsi per abbracciare il cambiamento**
- **Esperienza del paziente: il digitale è un'opportunità abilitante**

Esperienza del paziente e fiducia: una visione più strategica

E' opportuno ampliare il punto di vista, cercando una visione più strategica, focus che va rafforzato in un dibattito aperto: abbiamo realmente messo al centro (lo sappiamo, termine abusato ma oggi debole nel concreto) l'obiettivo del miglioramento della **fiducia** delle persone tramite la gestione **relazionale** che punti alla migliore **esperienza** possibile del cittadino e del paziente?

Per rispondere alla domanda è necessario avvalersi e riflettere sulle contaminazioni culturali e metodologiche tra la scienza medica, le tecnologie dell'informazione e comunicazione (ICT), il marketing e la progettazione in Sanità. Una sfida da raccogliere per costruire un ecosistema sanitario davvero **efficace** ed **efficiente**, in cui tutti gli attori (vecchi e nuovi) siano chiamati a collaborare per un obiettivo comune: soddisfare al meglio il **bisogno** del paziente di mantenere o migliorare la sua salute e il suo benessere nel percorso personale (anche digitale) di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il nuovo Ecosistema Salute

Ecco i **5 concetti chiave** che descrivono lo scenario fin qui delineato:

- sviluppare la **salute di precisione** in ottica **One Health**: è il primo passo verso la personalizzazione
- messa a terra dell'**umanesimo digitale** ma "**integrato**" con altri fattori critici di successo che lo rendano pervasivo nell'organizzazione
- approfondire la convergenza dei nuovi attori della nostra filiera, tutti focalizzati sulla **centralità** e sull'esperienza del paziente
- necessità di co-progettare e misurare le attività con un approccio di **Value-Based Healthcare** (VBH) e di **Service Design**
- realizzare un cambio del mindset di tutti gli operatori e, quindi, ripartire dalla mappa del processo relazionale tra il paziente e tutti gli stakeholder coinvolti nello specifico percorso.

I 5 concetti chiave del nuovo Ecosistema Salute

La salute di precisione

La prevenzione e la medicina di precisione, coniugate allo sviluppo della **visione olistica One Health**, richiedono di soddisfare almeno quattro criteri in relazione all'approccio. Esso deve essere:

- personalizzato
- predittivo
- preventivo
- partecipativo.

In altre parole, la medicina moderna sta recuperando quello che è sempre stato il classico agire dei professionisti sanitari, cioè portare in campo le competenze tecniche a fronte di uno specifico caso clinico individuale, approccio oggi potenziato enormemente dalle nuove tecnologie biomediche e digitali, per dare risposte personalizzate alle richieste di salute delle singole persone.

Ogni attore operante in questo Ecosistema deve comprendere i termini dei nuovi sviluppi nell'ambito della Medicina e valutarne l'impatto sulla **strategia** e sull'**organizzazione**.

In caso contrario, si rischia di sbagliare l'impostazione e, soprattutto, di non cogliere, anche in fase gestionale, le opportunità derivanti dalla relazione "1to1" con il paziente. Il rischio è creare **confusione** al paziente stesso tra le risposte mirate (cliniche) e altre più generiche (di servizio nel pre/post prestazione).

Umanesimo digitale integrato ed esperienza del paziente

L'umanesimo digitale è un altro punto da tenere ben presente.

Il digitale sarà protagonista del futuro della Sanità (pandemia docet, purtroppo) come, ad esempio, spiega **Roberto Ascione**, esperto di Digital Health e autore del libro "Il futuro della salute". Il digitale certamente ma "a patto che **la medicina del futuro sia centrata sul paziente**, indipendentemente dall'erogatore di cura.

Il digitale sarà proprio lo strumento che conetterà molto meglio **l'ospedale con il territorio** e con il paziente, perché proprio tramite il digitale, tutti i sistemi interagiranno per dare il miglior tipo di accesso alla cura allo specifico paziente".

Inoltre, anche in Italia tutto ciò è in costante movimento (in attesa dell'accelerazione **PNRR**). Quindi, **lo scopo della tecnologia è migliorare la vita dell'uomo e non essere fine a se stessa o assoggettata a obiettivi manipolatori**.

I progetti realmente innovativi devono integrare almeno quattro fattori critici di successo:

- spazi
- relazioni
- processi
- tecnologie.

La trasformazione digitale si deve portare verso una visione dell'umanesimo digitale "integrato", in primis perché l'esperienza è continua tra il fisico e il digitale.

Se i quattro elementi non vanno insieme, prima o poi emerge un problema di sincronia o coerenza.

Nuovi attori, centralità ed esperienza del paziente

Il sistema allargato è una visione fondamentale del contesto perché oggi i più grandi finanziatori di Digital Health e di startup tematiche nel mondo sono le **Big Tech**, oltre alla finanza.

Tanti attori che non erano direttamente presenti nell'Ecosistema Salute, come anche aziende **alimentari, wellness, digitali** ed altri, stanno entrando con forza e capacità comunicative molto più efficaci degli attori tradizionali.

Cosa hanno in comune?

Fondamentalmente, tutti guardano ai **bisogni di salute** del cittadino e all'esperienza del paziente, creando un rapporto sempre più **vicino e personalizzato** (anche se non sempre accade) tra la persona utente, i professionisti della Sanità e i servizi/prodotti delle aziende stesse.

Parlano lingue diverse, con logiche diverse e con investimenti diversi, ma spesso tutto viene tenuto insieme dai nuovi strumenti digitali e dalla **centralità del paziente**.

La gestione dell'esperienza del paziente per la fiducia

Se questo scenario evolutivo viene condiviso, pare evidente che co-progettare e misurare le attività con un approccio **Value Based Healthcare** – quindi non solo sulla base dei costi e ricavi ma anche su indicatori di valore (anche di risultato e qualitativi) e di **Service Design** – è un passo necessario per adattarsi in modo dinamico e rispondere a queste sfide, partendo dall'**esperienza del paziente** e dal suo punto vista.

Per centrare l'obiettivo, bisogna identificare analiticamente il **processo relazionale** che implementi la **fiducia** del paziente nel rapporto con i suoi sanitari (fiducia tra le più rilevanti per le persone). Centrali la **notorietà** e la **reputazione** al fine di concretizzare l'**esperienza** di un processo di prevenzione e cura in grado di generare soddisfazione.

In fondo, il paziente affida la sua vita (nella dimensione salute e benessere) agli operatori sanitari!

Mappa del processo relazionale tra paziente e stakeholder

Per mettere insieme tutto ciò, urge un necessario cambio del **mindset** di tutti gli operatori, ripartendo dalla mappa del processo relazionale, nell'immagine qui sopra, tra il paziente e tutti gli stakeholder coinvolti nello specifico percorso.

Marketing sanitario: cosa deve essere oggi

Sulla messa a terra di questa sfida, il **marketing e la comunicazione** sono chiamati ad evolvere secondo un nuovo approccio strategico di contenuti "**science & data driven**" e relazionale, **personale e omnicanale**, quindi abilitato da tecnologie specifiche (MarTech, **CRM** ed altre) e supportato dal Service Design e dall'**Open Innovation**.

Le **parole chiave** sono:

- gestione della fiducia del paziente
- competizione allargata nell'Ecosistema
- ampliamento delle Reti sanitarie
- offerta personalizzata di servizi e contenuti info/edu
- continua innovazione di servizio
- miglior valore per paziente e organizzazione.

I concetti chiave che devono ispirare il moderno marketing sanitario

Organizzazioni sanitarie: le domande da farsi per abbracciare il cambiamento

Emerge con evidenza che, nel nuovo Ecosistema Salute, l'esperienza del paziente è **strategica** per centrare l'obiettivo della massima **fiducia** possibile.

Ma sorgono nelle conclusioni alcune domande aperte:

- Le organizzazioni dell'Ecosistema Salute sono realmente orientate alla **Value Based Healthcare** ed a mettere l'esperienza del paziente e la fiducia **utente al centro**?
- Hanno strategie e strumenti di **gestione della relazione utente** efficienti ed efficaci?
- Misurano e migliorano costantemente le loro **performance di marketing**?

Esperienza del paziente: il digitale è un'opportunità abilitante

Il punto determinante sarà cogliere a pieno questa visione per mettere a frutto i progressi della scienza medica in integrazione con nuove tecnologie e approcci manageriali.

Tutto deve ruotare attorno al paziente, alla sua storia clinica e personale. E il digitale, in quest'ambito di trasformazione strategica, si profila come un'opportunità abilitante da non perdere.

In sintesi – anche grazie all'innovazione tecnologica e alla personalizzazione (1to1) delle soluzioni sanitarie – le organizzazioni sanitarie e gli altri nuovi attori devono **prendere atto di questo cambiamento** del contesto scientifico e sociale, **innovando** le modalità di servizio (processi, organizzazione, team, tecnologie) e riprogettando in co-design (con il paziente, il caregiver e tutti gli operatori coinvolti) la modalità di relazionarsi nella propria **community** specifica, sia analogica, sia digitale.

<https://www.healthtech360.it/health-marketing/esperienza-del-paziente/>

Health literacy e diritti umani

Chiara Lorini e Guglielmo Bonaccorsi

“Uno dei punti più importanti è che ora esiste un mandato politico per sviluppare l’alfabetizzazione sanitaria in Europa e oltre. Gli Stati membri del Consiglio d’Europa si sono impegnati a sviluppare un programma di alfabetizzazione sanitaria e sono sicura che questo avrà un forte impatto sociale”.

Il 12 dicembre 2023 a Roma si è svolta la Conferenza “Alfabetizzazione sanitaria e diritti umani – creare fiducia ed equo accesso all’assistenza sanitaria”. L’evento – organizzato dal Consiglio d’Europa in collaborazione con l’Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali d’Italia e con il sostegno del Ministero della Famiglia, della Natalità e delle Pari Opportunità e del Ministero della Salute italiano – ha rappresentato l’occasione per il lancio della “Guida all’alfabetizzazione sanitaria per contribuire alla costruzione della fiducia e all’accesso equo all’assistenza sanitaria”, sviluppata dal Comitato Direttivo per i Diritti Umani nel campo della Biomedicina e della Salute ([CDBIO](#)).

La Guida all’alfabetizzazione sanitaria (1), disponibile in otto lingue diverse (compreso l’italiano), è stata prodotta dal CDBIO nell’ambito del Piano d’azione strategico sui diritti umani e le tecnologie in biomedicina (2020-2025) con il fine di consentire a tutte le persone, comprese quelle in situazioni di vulnerabilità, un più efficace accesso ai servizi sanitari e all’assunzione di decisioni appropriate riguardo alla propria salute. In tale prospettiva, la Guida è stata progettata come ausilio per i decisori, gli operatori e i fornitori di servizi sanitari per l’identificazione dei bisogni degli individui relativamente all’accesso ai servizi e all’assunzione delle relative responsabilità nell’assistenza sanitaria, nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute.

Più volte abbiamo pubblicato post relativi all’alfabetizzazione sanitaria (health literacy), evidenziandone la rilevanza come determinante di salute (leggi [qui](#), [qui](#) e [qui](#)), descrivendo il quadro europeo relativamente al livello raggiunto nelle diverse nazioni e l’impatto che essa può avere nella riprogettazione delle organizzazioni sanitarie. Adesso, si prevede un ulteriore passo in avanti nell’affermazione della health literacy, ovvero se ne afferma l’importanza nel contesto dei diritti umani, con rilevanti implicazioni politiche.

Tale prospettiva nasce e si sviluppa a partire da alcuni fondamentali documenti, tra i quali la Convenzione europea dei diritti dell’uomo, la Carta sociale europea e, in particolare, la Convenzione sui Diritti dell’Uomo e la biomedicina – nota come Convenzione di Oviedo, promulgata nel 1997 (2) – che fornisce un quadro di riferimento per la protezione dei Diritti dell’Uomo e della dignità dell’essere umano nei confronti dell’applicazioni della biologia e della medicina e che stabilisce alcuni principi base sui quali l’alfabetizzazione sanitaria trova ampio terreno culturale e applicativo. Ad esempio, il principio del consenso libero e informato a sottoporsi a un intervento sanitario (articolo 5 della Convenzione di Oviedo) implica la necessità di accedere e comprendere informazioni adeguate sullo scopo e sulla natura dell’intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. In tal senso, l’alfabetizzazione sanitaria (comprensione e accesso alle informazioni, pensiero critico) è strumento e scienza che consente agli individui di valutare benefici e rischi sì da assumere decisioni pienamente informate e consapevoli: quindi, si configura pienamente come mezzo per il perseguimento dei diritti umani.

Più in generale, l’alfabetizzazione sanitaria contribuisce in modo fondamentale alla salvaguardia del principio dell’accesso equo all’assistenza sanitaria, soprattutto per popolazioni vulnerabili.

Sulla stessa linea di pensiero, l’alfabetizzazione sanitaria contribuisce in modo significativo al raggiungimento del terzo Obiettivo di Sviluppo Sostenibile dell’Agenda 2030 delle Nazioni Unite, “Garantire una vita sana e la promozione del benessere per tutti a tutte le età”, perché mezzo per consentire a ogni individuo, attraverso varie forme di comunicazione, politiche, azioni e trasformazioni organizzative, di accedere, comprendere e utilizzare quelle informazioni utili a promuovere e mantenere una buona salute.

Inoltre, essa contribuisce a costruire la fiducia nei sistemi sanitari poiché consente ai cittadini e ai pazienti di affrontare le complessità dei sistemi sanitari, di familiarizzare con conoscenze e metodi di cura, di valutare le informazioni e prendere decisioni in merito ad assistenza e trattamenti.

Per garantire un accesso equo all’assistenza sanitaria, cinque sono le sfide da portare avanti:

- l’accesso a informazioni sanitarie valide;
- l’accesso a cure appropriate;

- la comunicazione tra individui, operatori sanitari e autorità sanitarie;
- la condivisione delle decisioni relative a trattamenti e cure;
- l'accesso agli spazi digitali per comprendere e utilizzare i servizi sanitari.

Rispetto a queste sfide, la vulnerabilità di persone e comunità e, di contro, la capacità di adattamento e autogestione sono determinate e influenzate da un lato dalle competenze e dai bisogni delle persone, dall'altro dall'organizzazione dei servizi sanitari.

Poiché la guida vuole essere un documento con forte risvolto operativo, per ciascuna di queste cinque sfide – che rappresentano traguardi raggiungibili solo attraverso la piena condivisione di obiettivi tra sistemi e utenti sanitari – **vengono descritte alcune Buone Pratiche**, nate da esperienze virtuose condotte in Europa e nel mondo. Tra queste, due nascono da esperienze italiane, realizzate con il contributo determinante del gruppo di ricerca universitario fiorentino sulla health literacy:

- **Alfabetizzazione sanitaria per i caregiver di persone anziane con diversi livelli di dipendenza**, buona pratica per la prima sfida, ovvero l'accesso a informazioni sanitarie valide; a tale fine, la valutazione e l'implementazione dell'alfabetizzazione sanitaria dei caregiver informali (familiari) e formali (collaboratori familiari o badanti) rappresentano azioni prioritarie per il raggiungimento di tale obiettivo;
- **Operatori sanitari che lavorano nelle case di riposo**, buona pratica inerente alla seconda sfida, ovvero l'accesso a cure appropriate, che si realizza mediante la formazione specifica sui temi dell'alfabetizzazione sanitaria individuale e organizzativa di operatori e direttori delle strutture di ricovero di lungodegenza, quali Residenze Sanitarie Assistenziali e simili.

Chiude la guida un capitolo dal titolo “Politica di alfabetizzazione sanitaria, mobilitazione e sviluppo delle capacità”, che si concentra sulle buone pratiche e sulle linee di indirizzo per lo sviluppo di politiche a livello locale, regionale, nazionale e internazionale. Le buone pratiche descritte fanno riferimento a politiche e piani d'azione specifici sulla health literacy, nei quali sono delineati obiettivi, responsabilità, tempi di attuazione e target da raggiungere, oppure a interventi sviluppati per promuovere l'alfabetizzazione sanitaria delle comunità che utilizzano “agenti di cambiamento” (i cosiddetti “campioni di alfabetizzazione sanitaria – health literacy champions”), ovvero sostenitori dei cambiamenti organizzativi che godano del sostegno della leadership.

In questa prospettiva, la guida dedica uno spazio specifico all'alfabetizzazione sanitaria come competenza professionale, e quindi alla necessità di formare gli operatori sanitari sia durante i percorsi accademici, sia nei percorsi post-laurea.

Al di là del contenuto della Guida e della sua presentazione in una giornata dedicata – quella del 12 dicembre scorso – la sua emanazione rappresenta un momento di svolta nel riconoscimento dell'alfabetizzazione sanitaria come una delle priorità per la salute: averla inquadrata negli ambiti di interesse per il Consiglio d'Europa – che, ricordiamo, è la principale organizzazione per la protezione dei diritti umani del continente e che, dalla sua istituzione nel 1949, ha creato nei suoi [46 Stati membri](#) uno spazio giuridico comune che si poggia sulla [Convenzione europea dei diritti dell'uomo](#) (CEDU) – conferisce ad essa un forte riconoscimento politico. Kristine Sørensen, co-organizzatrice della conferenza nonché Presidente della Global Health Literacy Academy e dell'International Health Literacy Association, componente del gruppo di ricercatori che ha introdotto in Europa il concetto di health literacy, ha chiuso l'evento con questa affermazione (3): “One of the most important takeaways is that there is a political mandate now to develop health literacy in Europe and beyond. The Member States of the Council of Europe has been engaged in developing health literacy agenda and I'm very sure it will have a strong social impact.” (“Uno dei punti più importanti è che ora esiste un mandato politico per sviluppare l'alfabetizzazione sanitaria in Europa e oltre.

Gli Stati membri del Consiglio d'Europa si sono impegnati a sviluppare un programma di alfabetizzazione sanitaria e sono sicura che questo avrà un forte impatto sociale”). Tutti noi, ricercatori e operatori di sanità pubblica e di pubblica salute, ci impegneremo affinché tale mandato sia perseguito in ogni nazione europea e oltre.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/01/health-literacy-e-diritti-umani/>

Scenari del Sistema Sanitario Nazionale

Manovra 2024/ le misure per la Sanità in controluce

Stefano Simonetti

Si è dunque concluso l'iter della seconda legge di bilancio della XIX Legislatura con la pubblicazione sul SO della GU n. 303 della legge n. 213 del 30 dicembre 2023, entrata in vigore il 1° gennaio.

Sul piano procedurale sembrava che fossero state superate le anomalie del passato, ma molte difficoltà sopravvenute hanno portato ad un risultato "quasi" uguale a quelli degli anni scorsi.

Accadeva da tempo immemore che il testo del Ddl governativo venisse ridotto a un solo articolo con centinaia di commi perché il Governo, in prossimità della fine dell'anno, era costretto a porre il voto di fiducia per scongiurare il ricorso all'esercizio provvisorio.

E così è stato pure questa volta con il voto sul maxi emendamento al Senato il 22 dicembre e il successivo passaggio blindato e definitivo alla Camera del 29 dicembre, senza peraltro il ricorso al voto di fiducia.

Non è stato quindi possibile superare del tutto la assurda tradizione del passato ed evitare il consueto e, a volte, imbarazzante assalto alla diligenza che, immancabilmente, è avvenuto nelle ultime ore.

Abbiamo quindi una ulteriore legge fatta di un solo articolo: in realtà, la legge 213/2023 consta di 21 articoli ma quelli da 2 a 21 si riferiscono a norme di approvazione dello stato di previsione mentre la "vera" legge è l'art. 1, composto di 561 commi, a occhio la metà di quelli del passato.

Oltretutto, questa tecnica legislativa – se è possibile chiamarla in tal modo – comporta norme molto difficili da leggere, essendo tutte prive di rubrica e sistematicità.

Più o meno sono confermate tutte le disposizioni presenti nel Ddl con la sola eccezione del vecchio art. 33 – quello sulle pensioni – che è stato destrutturato in una modalità ai limiti dell'illeggibilità.

Rispetto al testo uscito dal Consiglio dei ministri del 28 ottobre scorso – commentato su questo sito il 30 ottobre – sono state sostanzialmente confermate le disposizioni riguardanti, in particolare, la sanità e il lavoro pubblico; come già detto, è stata invece molto modificata la norma sulle pensioni. Vediamo il dettaglio precisando che tra parentesi viene indicata la corrispondente norma del Ddl di ottobre.

comma 15 (già art. 5) => norma di natura eccezionale.

Si tratta del cosiddetto taglio del cuneo fiscale, o esonero contributivo per i lavoratori dipendenti pubblici e privati. La circostanza che questa disposizione si applichi anche ai dipendenti pubblici è evidente per via dell'indicazione "rapporti di lavoro dipendente" con la sola espressa esclusione dei "rapporti di lavoro domestico".

È, come detto, una misura provvisoria limitata ai redditi bassi che vale solo per il 2024 e che impiega la quota più consistente della manovra. Tale misura è destinata a finanziare l'esonero che era già previsto negli ultimi due anni e in scadenza a fine 2023.

Il taglio del cuneo contributivo è pari al 6% se la retribuzione imponibile non eccede l'importo mensile di 2.692 euro e al 7% se la stessa retribuzione non eccede l'importo mensile di 1.923 euro. La manovra esclude, inoltre, dal taglio dei contributi il rateo della tredicesima mensilità.

L'intervento dovrebbe garantire ai lavoratori fino a 35.000 euro circa 1.000 euro in più, a cui si vanno ad aggiungere altri 260 euro di taglio Irpef previsto dalla riforma fiscale con il passaggio da quattro a tre aliquote. Nessun vantaggio per i lavoratori con reddito superiore a 35.000 euro annui.

L'esonero parziale dei contributi previdenziali è senz'altro una leva interessante per il potere d'acquisto dei salari: peccato che nelle aziende sanitarie della misura ne beneficino veramente in pochi.

La soglia di 35.000 euro annui è ampiamente superata da tutti i dirigenti ma anche da tutto il personale inquadrato nella Area quarta, cioè in pratica da circa 450.000 lavoratori.

comma 16 (era l'art. 6) = la tematica disciplinata in questo articolo è quella dei benefici fiscali per il welfare aziendale.

La questione è tanto interessante quanto complicatissima ed era stata già stata affrontata su questo sito addirittura il 14 giugno dell'anno scorso.

Continuo a ritenere che la disposizione sia applicabile anche ai pubblici dipendenti e gli interventi del datore di lavoro descritti in questo articolo rientrino pienamente nella fattispecie di cui all'art. 57, comma 1, lettera e), della Preintesa del Ccnl dell'Area Sanità siglata il 28 settembre scorso. Il punto citato – innovativo rispetto alla clausola contrattuale precedente – prevede proprio "altre categorie di beni e servizi che, in base alle vigenti norme fiscali, non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente".

comma 18 (era l'art. 7) = viene ridotta l'aliquota sostitutiva sui premi di produttività entro il limite complessivo di 3.000 € annui.

La norma, in ogni caso, va applicata solo nel privato e non anche nel pubblico, per il chiaro disposto del comma 186 della legge citata, e così è sempre stato. Resta completamente ignorata la promessa di detassazione dell'accessorio che è divenuta ormai una beffa

comma 27 (già art. 10, comma 1) => vengono stanziati sul Bilancio dello Stato per il triennio contrattuale 2022-2024 (solo per il personale statale) altri 3 miliardi per il 2024 e altri 5 miliardi per il 2025 per i rinnovi contrattuali.

Tuttavia, i tre miliardi indicati sono indistinti ed è quindi impossibile comprendere la suddivisione tra i comparti e le aree.

Quello che sembra chiaro è che l'importo si riferisce sia al personale contrattualizzato che a quello in regime di diritto pubblico e che, ovviamente, tutte le cifre sono al lordo, per cui occorre togliere circa il 37%. Dei tre miliardi stanziati un buon terzo rientrerà in possesso dell'erario sotto forma di Irpef.

comma 28 (già art. 10, comma 2) => si fa riferimento alla cosiddetta supertredicesima che dovrà essere erogata – come anticipazione e non a fondo perduto – nel 2024 da parte delle amministrazioni che non l'hanno pagata a dicembre 2023.

Si tratta dell'anticipazione già percepita (la vecchia indennità di vacanza contrattuale) incrementata 6,7 volte il suo valore

comma 29 (era l'art. 10, comma 3) => dispone che per il personale dipendente da altre pubbliche amministrazioni – tra le quali tutto il Ssn - gli incrementi degli stanziamenti per rinnovi contrattuali avvengono sulla base degli stessi criteri di cui al comma 27.

A proposito di "criteri", nella prima stesura si precisava "con le modalità e nella misura in cui" ma ora si dice semplicisticamente "sulla base dei criteri", locuzione che, se parliamo di risorse finanziarie, non vuol dire francamente nulla.

comma 30 (già art. 10, comma 4) => le disposizioni del comma 29 e, soprattutto, i finanziamenti ricomprendono anche gli aumenti per il personale convenzionato (Mmg, Pls, specialisti ambulatoriali)

comma 31 (già art. 10, comma 5) => gli oneri sempre di cui al comma 29 comprendono anche i riconoscimenti finalizzati a valorizzare la specificità medico-veterinaria, infermieristica e dell'altro personale ma ci vorrà uno specifico Atto di indirizzo del Comitato di settore per la contrattazione collettiva

commi da 125 a 164 => questa parte costituisce l'emendamento governativo all'ex art. 33 che aveva suscitato tante polemiche. Nel testo definitivo della legge gli interventi sulla previdenza sono ora numerosi ed estremamente complicati.

Le questioni che coinvolgono il personale della Sanità pubblica sono molteplici e la soluzione adottata dal Governo è stata efficacemente commentata da [Claudio Testuzza il 20 dicembre scorso](#) su questo sito. Aggiungo soltanto una valutazione sintetica: la soluzione è a mio avviso incostituzionale, inutilmente persecutoria e controproducente.

Incostituzionale, perché senza motivazioni oggettive discrimina le altre professioni sanitarie rispetto agli infermieri (senza voler citare, peraltro, la dirigenza sanitaria) ma anche perché, in ogni caso, tutta la revisione delle finestre d'uscita per le pensioni anticipate prevede un posticipo della decorrenza dell'assegno che si concretizza in un ennesimo scippo di diritti quesiti ed è in assoluta controtendenza con le chiare e inequivocabili indicazioni della Corte Costituzionale che, con la sentenza n. 130 del 23 giugno 2023 (illegittimità del differimento del Tfr dei dipendenti pubblici), ha già censurato queste manovre; persecutoria, perché si accanisce nei confronti di soggetti che versano in condizioni contrattuali e organiche quasi disperate; controproducente, perché la paura suscitata dal testo del vecchio art. 33 ha già prodotto decine e decine di dimissioni di personale. Se poi si pensa che i problemi delle carenze organiche possano essere risolti trattenendo gli infermieri fino a 70 anni (!), c'è davvero da chiedersi se gli estensori dell'emendamento sappiano di cosa stiamo parlando

comma 217 (già art. 41) => definizione del fondo sanitario nazionale – termini gergali utilizzati per indicare il "livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato" - che per il 2024 dovrebbe essere di circa 134 mld.

Tale importo indistinto dovrà finanziare tutte le attività della sanità prescritte nei commi successivi, ma anche i rinnovi dei Ccnl per il triennio 2022-2024, cioè ben otto diversi e importanti impieghi con le stesse risorse. Rispetto alla norma contenuta nel Ddl, si prevede una futura riduzione del fondo

comma 218 (già art. 42, comma 1) = con le disposizioni sulle prestazioni aggiuntive si stabilisce la prosecuzione del regime per le liste d'attesa fino al 31.12.2026 e l'estensione a tutte le prestazioni del "personale medico" (solo per loro).

Appare molto complesso distinguere sul campo quali siano le prestazioni finalizzate alle liste di attesa (pagabili a tutta la dirigenza) e quelle riservate solo ai medici. La norma appare assolutamente inutile perché l'aumento fino a 100 euro è già previsto dall'art. 89, comma 4, della Preintesa del Ccnl del 28 settembre che evidentemente gli estensori della norma non conoscono.

Ma, a parte questo, è singolare che il comma si chiuda con la prescrizione che "restano ferme le disposizioni vigenti in materia... orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi". Se la settimana lavorativa non può

eccedere come media semestrale le 48 ore (art. 4 del d.lgs. 66/2006) e se è obbligatorio il riposo biologico giornaliero di 11 ore (art. 4), ci si chiede quando possano essere svolte le prestazioni aggiuntive.

comma 219 (già art. 42, comma 2) => le prestazioni aggiuntive del personale del comparto possono essere portate a 60 euro, anche se non si comprende chi le autorizzi ("può essere aumentata"). Riguardo alle prestazioni aggiuntive del comparto ho scritto infinite volte che si tratta di un istituto giuridico "fantasma" in quanto privo di una disposizione legislativa univoca e chiara sulla natura e caratteristiche di queste prestazioni.

In tal senso, sarebbe interessante verificare se gli estensori della norma – ma anche tutti gli utilizzatori sul campo – siano in grado di indicare quali siano esattamente "le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive"

comma 220 (già art. 42, comma 3) => autorizzazione alla spesa di 200 e 80 ml di € per le finalità dei commi precedenti

comma 221 (già art. 42, comma 4) => gli stanziamenti di cui al comma 220 sono a valere sul fabbisogno standard, quindi non sono incrementi ulteriori

comma 222 (già art. 42, comma 5) => disposizioni sul blocco dell'intramoenia in caso di non rispetto del Piano delle liste di attesa

comma 223 (già art. 43) => aumento dell'8,5% del tetto per la spesa farmaceutica (+ 0,2%) e diminuzione del tetto di quella convenzionata territoriale (- 0,2%) che diventa pari al 6,8% del fondo sanitario

commi da 224 a 231 (già art. 44) => norme sulla ridefinizione della spesa farmaceutica.

Il risultato più evidente di questa operazione sarà un maggiore utilizzo del canale convenzionato rispetto al canale della distribuzione diretta (dd) o per conto (dpc). Cambierà anche il sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime Ssn.

Vengono infine sostituite le agevolazioni attuali a favore delle farmacie rurali

comma 232 (già art. 45) => possibilità di coinvolgere il privato accreditato nel Piano delle liste di attesa nel limite dello 0,4% del fondo sanitario pari a circa 536 mln

comma 233 (già art. 46) => si rivedono i tetti per la spesa da privato accreditato (ricoveri e specialistica ambulatoriale) che sarà pari alla spesa consuntivata nel 2011 incrementata dell'1% nel 2024, del 3% nel 2025 e del 4% nel 2026

comma 234 (già art. 47) => si mantiene anche per il 2024 la quota premiale sulle risorse ordinarie per il finanziamento del Ssn

comma 235 (già art. 48) => quota di 50 ml di € per il 2024 vincolata all'aggiornamento dei Lea

comma 236 => viene prorogato fino al 31.12.2025 l'incremento della valorizzazione tariffaria dell'attività dell'Ismett di Palermo (norma non presente nel Ddl)

comma da 237 a 243 (già art. 49) => norme sulla quota di compartecipazione alla spesa per i transfrontalieri. Vedi in proposito l'articolo specifico pubblicato sul sito lo [scorso 3 novembre](#)

comma 244 (già art. 50) => per l'attuazione del Pnrr e della revisione dell'assistenza territoriale, incremento di 250 ml per il 2025 per la spesa del personale dipendente (nulla per il 2024).

Norma a mio avviso di puro effetto-annuncio e nessuna concretezza, basterebbe soltanto segnalare che per realizzare tutti gli interventi della Missione 6 del Piano serviranno almeno 36.000 nuovi infermieri, a tacere delle altre professionalità.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-01-08/manovra-2024-misure-la-sanita-controluce-085525.php?uid=AFwC5BHC&cmpid=nlqf>

Perché un piano quinquennale per salvare il SSN

Roberto Polillo, Mara Tognetti

La proposta di un piano quinquennale per salvare il SSN non è la nostalgia di quanto realizzato in URSS a partire dagli anni '20 sotto la guida del Gosplan. La nostra idea nasce da una serie di constatazioni: il possibile default del SSN anche per le regioni virtuose, come testimoniato dall' assessore Donini in una recente intervista su QS

17 GEN -

Le [critiche](#) ricevute un'occasione per chiarire il nostro pensiero e anche per spiegare perché serve un tempo tecnico né troppo breve né troppo lungo per rimodulare rilanciandolo il SSN.

La proposta di un piano quinquennale per salvare il SSN non è la nostalgia di quanto realizzato in URSS a partire dagli anni '20 sotto la guida del Gosplan.

La nostra idea nasce da una serie di constatazioni: il possibile default del SSN anche per le regioni virtuose, come testimoniato dall' assessore Donini in una recente intervista su QS;

la carenza di personale che va ormai oltre i perniciosi blocchi delle assunzioni, prova ne sia che nell' ultimo anno 6000 operatori sanitari hanno lasciato il nostro paese, dopo essere stati formati a spese del contribuente italiano, e che diversi ospedali del nord sono a rischio chiusura perché gli infermieri scelgono di lavorare nella vicina Svizzera a stipendio doppio come transfrontalieri, uscendo dai ruoli del SSR.

Una tendenza confermata dalla scarsissima partecipazione ai concorsi pubblici da parte di medici emergentisti e medici di base per una evidente disaffezione al lavoro pubblico e a questo contesto organizzativo.

Infine "last but not the least" la spesa sanitaria a diretto carico del cittadino o intermediata da fondi assicurativi che ha raggiunto la cifra monstre di oltre 30 miliardi di euro, portandoci ai primi posti di demerito della classifica europea.

Il quadro appare dunque nella sua drammatica evidenza e da qui la proposta di piano quinquennale che mira a cambiare, in un lasso di tempo breve, questa deriva dalle conseguenze imprevedibili modificando radicalmente, checché se ne dica, le cause che hanno portato a tale disastro.

I punti del piano e la loro articolazione nel contesto sanitario:

1) Il livello delle relazioni istituzionali

È indispensabile rafforzare lo spirito di leale collaborazione tra i diversi livelli istituzionali a partire dalla messa a disposizione da parte dello Stato di un adeguato finanziamento attraverso l'implementazione di coraggiose politiche fiscali.

È ormai evidente infatti come per rilanciare il SSN serva un extra-finanziamento di 5 miliardi annui per un quinquennio. A questo si deve aggiungere poi il varo di un semplice articolo di legge che ponga un limite invalicabile al sottofinanziamento vincolando il fondo sanitario all' andamento del PIL. In linea con noi la principale organizzazione sindacale la CGIL e, nella già citata intervista, l'assessore Donini che ha parlato della necessità di un incremento di 4 miliardi annui per uno stesso periodo.

La gestione di tali risorse tuttavia va sottratta al MES, come avviene attualmente, con l'approvazione di un semplice comma dello stesso articolo di legge che metta il fondo sanitario a carico del bilancio del Ministero della salute, rendendo impossibile, come spesso avvenuto, un suo ridimensionamento o scippo in corso d'opera.

Qualsiasi tentativo di rafforzare il già assillante neo centralissimo regionale va rigettato con forza, respingendo senza cedimenti il disegno di autonomia differenziata e la concessione di ulteriori poteri alle Regioni.

Esiste poi un altrettanto forte distorsione da correggere immediatamente nonostante nessuno ne parli, e riguardante i rapporti tra la Regione e gli enti territoriali. Il Comune infatti, causa anche l'abolizione delle Province, non ha alcun potere di indirizzo e verifica sulla programmazione regionale.

Un piano quinquennale deve prevedere la riscrittura di tali rapporti, trasformando i Comuni singoli e associati in effettivi interlocutori in campo socio-sanitario, specie nella condizione attuale di grande transizione epidemiologica con la prevalenza di malattie croniche a lungo corso.

Un provvedimento che dovrebbe aprire anche la porta dalla partecipazione dei cittadini e utenti alle scelte pubbliche.

2) Il livello organizzativo e degli erogatori di prestazioni

L'esperienza accumulata nel tempo e le best practice disponibili ci dicono che un miglioramento del sistema di cura passa attraverso la presa in carico del cittadino e il suo inserimento in uno specifico protocollo diagnostico terapeutico.

Per realizzare questo è indispensabile passare da una pianificazione per volumi a una pianificazione per relazioni intendendo con questo ultimo termine l'implementazione delle reti cliniche.

Se, in altre parole, posso stimare la prevalenza di una determinata patologia e il teorico assorbimento di risorse assistenziali a questa connessa, posso anche immaginare il tipo di servizi di cui ho bisogno e la loro intensità distributiva nell'ambito del territorio di riferimento.

È questo un procedimento possibile analizzando i dati disponibili o adottando una razionalità di tipo incrementale che programma, verifica e riprogramma per avvicinarsi all'ottimo assistenziale.

In questo approccio gli erogatori vengono interconnessi attivamente tra loro e gerarchizzati in funzione del setting assistenziale che sono in grado di garantire. Il paziente viene inserito nel protocollo e le sue necessità assistenziali vengono gestite e governate dal punto di primo accesso.

Nelle reti cliniche il privato, che ormai è parte integrante del nostro SSN deve trovare una collocazione facendosi carico dell'insieme delle attività date in convenzione, ivi comprese ovviamente quelle meno remunerative. Il privato dunque eroga servizi di cui la rete necessita o ne è priva e accetta le stesse regole del pubblico erogatore.

Pretendere di eliminare con un colpo solo il privato è pura demagogia; una boutade e un atteggiamento sconsiderato che non tiene in nessun conto le centinaia di migliaia di lavoratori del settore che perderebbero ogni fonte di sostentamento, ma cosa più importante senza sottovalutare l'apporto che tale settore dà e può dare ad un sistema pubblico, anche a garanzia di un pluralismo necessario quando si risponde a un bene collettivo e senza volere qui richiamare il nuovo slogan della sostenibilità.

Nella rete trovano collocazione i medici di base singoli e associati nelle case di comunità a cui spetta la funzione di prendere in carico il paziente, di assisterlo in rapporto alle proprie capacità e, in caso di necessità, di affidarlo ai nodi della rete sulla base di protocolli condivisi ex ante e valutati ex post.

Anche qui le parole chiave sono integrazione, contaminazione, condivisione e veicolazione delle informazioni e dei risultati.

3) il livello della gestione della risorsa umana e dell'ecologia delle relazioni professionali

La fuga dagli ospedali di cui abbiamo parlato all'inizio sono il segno evidente che l'ambiente di lavoro da contesto di crescita professionale si è trasformato in luogo di sofferenza fisica, psichica, organizzativa.

Anche in questo caso diversi i fattori causali: il sovraccarico lavorativo per la riduzione scriteriata degli organici, il contenzioso legale e i rapporti più difficili con pazienti incattiviti dalle lunghe attese, la perdita di status e di potere contrattuale, l'autoritarismo di un management aziendale totalmente autoreferenziale.

Il nostro piano strategico quinquennale si fa carico di tutto questo introducendo una gestione partecipata dell'azienda che perde il suo aspetto privatistico nel momento in cui una pluralità di soggetti organizzati in un consiglio di sorveglianza ne delinea le attività ne definisce le strategie e soprattutto ne valuta annualmente i risultati in termini di corretta gestione e di outcomes di salute ottenuti.

Una trasformazione radicale dell'attuale azienda che, di questa, conserva soltanto il nome.

Nell'azienda che proponiamo noi, la partecipazione dei lavoratori e dei cittadini diventa uno degli asset strategici per generare un contesto ecologicamente orientato alle relazioni e alla creazione di network in grado di dare attuazione alle scelte pubbliche attraverso gli strumenti della consultazione e della concertazione.

4) i soggetti del cambiamento.

Il cambiamento marcia sulle gambe delle persone in carne e ossa e su una buona organizzazione che crede nella capacità di autogenerazione della risorsa professionale, nonché su strategie di medio e lungo periodo.

La nostra idea è che solo chi pratica e conosce il lavoro professionale è in grado di incrementare la qualità del suo prodotto, adottando ovviamente gli strumenti che la medicina delle evidenze, le best practice e l'approccio Real Life fornisce come supporto e base metodologica.

I professionisti devono diventare centrali nei fatti e non a parole e questo si ottiene da un lato omogeneizzando tra loro i diversi contratti di lavoro in un unico contenitore normativo ricomprendente pubblico, privato e accreditato che li collochi su uno stesso piano operativo con pari diritti e doveri; dall'altro istituendo un ruolo "specifico" per tali professionisti a cui si riconosce una funzione insostituibile e a cui deve corrispondere uno status non disallineato rispetto alla responsabilità sociale rivestita.

Un valore nella promozione della qualità che deve essere attribuito anche alle associazioni dei pazienti per il contributo che possano apportare sia come testimoni del "vissuto" dei pazienti e sia come conoscitori interessati delle reali difficoltà che i pazienti incontrano nel percorso di cura.

Anche qui non semplice certificazione del disagio ma esperienza vissuta sulla propria pelle per ottenere il cambiamento.

5) il ruolo della politica

La drammatica condizione in cui versa il nostro SSN non può continuare a lasciare indifferente la classe politica. Né è sufficiente gridare al lupo quando si è fuori dalla stanza dei bottoni e appellarsi alle ristrettezze e economiche e alle compatibilità finanziarie quando in quella stanza si è entrati.

Questo gioco sconsiderato condotto dalla politica tutta negli ultimi decenni è la causa principale della disaffezione dei cittadini che si ritirano nel privato rifiutando la partecipazione attiva e l'espressione del voto.

Il piano quinquennale da noi proposto rompe con questo schema e richiama le forze politiche, in primis quelle delle opposizioni, a dichiarare le proprie intenzioni assumendo dei precisi impegni.

Un impegno che assume come centrale le problematiche finanziarie ma che va ben oltre il mero aspetto economico per affrontare quei nodi strutturali che limitano e condizionano la capacità dei diversi soggetti istituzionali di svolgere in ruolo attivo nella divisione sociale del lavoro sanitario.

È stata una grande conquista acquisire la consapevolezza che il "politico" ha comunque una sua "autonomia" che riesce ad andare oltre i meri interessi, seppur legittimi, di rappresentanza.

Un aspetto nell'assunzione di decisioni politiche erga omnes e orientate al bene collettivo verso cui i politici, oggi, di fronte al disastro del SSN, dovrebbero avere la lungimiranza di non sottrarsi.

Conclusioni

Continuiamo a dibattere e a confrontarci ma le urgenze di rivisitazione e rilancio del SSN sono ormai così urgenti che richiedono prese di posizione e azioni immediate, sia da parte di tecnici, esperti, associazioni, ecc ma innanzitutto da parte dei politici e dei decisori pubblici ai diversi livelli di governo a partire dal Ministro della salute giù giù fino ai Sindaci e ai cittadini oppure facendo il percorso contrario, ma nessuno può continuare a far finta che altre siano le priorità.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119525

quotidianosanita.it

Serve un "Piano straordinario quinquennale di rilancio del Servizio sanitario nazionale"

Roberto Polillo e Mara Tognetti

Non possiamo più perdere tempo, la salute del cittadino è alla base di un buon funzionamento del Paese, ma anche della ricchezza presente e futura del nostro Paese, a partire dalle nuove generazioni. La salute è un bene collettivo che non ha e non deve avere appartenenze politiche e tanto meno ideologiche. Non investire sulla salute e quindi su un Ssn rivisitato e rilanciato significa non avere a cuore il bene della collettività e della Nazione.

10 GEN -

Per salvare il nostro SSN non c'è più tempo disponibile. I danni accumulati negli ultimi due decenni impongono un cambio di paradigma. Una rivoluzione possibile solo con il varo di un "Piano straordinario quinquennale di rilancio del SSN" sottoscritto da forze politiche, operatori e intellettuali e da tutti coloro che hanno a cuore la sanità pubblica del nostro paese.

La deriva duale del nostro SSN

Dell' originale SSN, nato dopo lunghe battaglie condotte nelle fabbriche e nei quartieri da operai, studenti e cittadini, non è rimasto ormai più niente. Basta pensare alla presenza del privato il cui ruolo doveva essere di tipo "sussidiario" rispetto all' offerta pubblica e che invece oggi è talmente strutturato da avere portato a un sistema duale.

Il servizio sanitario degli alto-locati nel "campo" sociale descritto da Bourdieu che ricorrono a strutture di facile accesso, private o convenzionate che siano, tramite polizze assicurative, pagamento diretto out of pocket o segnalazione grazie al network di relazioni di cui dispongono.

Il servizio sanitario dei "diversamente eguali" che accedono a fatica nelle strutture pubbliche, sopportando attese estenuanti in pronto soccorso drammaticamente affollati, perché non hanno capitale sociale o finanziario disponibile.

Sistema unico quello ambulatoriale dove ormai, salvo eccezioni, l'accesso avviene prevalentemente out of pocket o tramite polizze assicurative nella miriade di strutture "convenzionate" proliferate come funghi.

Il grande silenzio della politica di questi giorni

Tutti i mass media, in forma più o meno estesa, hanno ricordato in questi giorni il 45 anno di vita del SSN, così come i diversi "soggetti esperti", mettendo in evidenza i punti forti e deboli dell'ormai defunto SSN istituito dalla L.833/78.

Tale ricorrenza è stata invece ignorata dai decisori pubblici e dai politici, fatta eccezione per la messa in atto da parte della maggioranza di governo di un ulteriore riduzione delle risorse finanziarie a reale disposizione del SSN. Questo è avvenuto infatti con la legge finanziaria, recentemente approvata, dove i 3 miliardi di aumento, tanto magnificati dal Governo, nei fatti coprono soltanto rinnovi contrattuali, sovra costi energetici e poco altro, lasciando inalterata la perdita di potere d' acquisto dei lavoratori per i quali servirebbero somme dieci volte maggiori. Di fatto il rapporto finanziamento/PIL resta inchiodato a un misero 6 e decimali% come se la pandemia da COVID 19, che ancora popola le nostre distese senza sevizzi, non ci avesse insegnato nulla.

Un futuro sempre più incerto

Una situazione di grande sofferenza che, in mancanza di chiare e coraggiose scelte politiche, è destinata a complicarsi ulteriormente. Si deve infatti ricordare che il nuovo patto di stabilità, siglato in ambito EU, comporterà per il 2024 una riduzione del deficit tra gli 8 e i 13 miliardi a cui vanno sommati altri 10-18 miliardi per rifinanziare tutti gli sgravi varati nell' ultimo anno.

Un' avvitamento delle reali disponibilità di cassa che impedirà qualsiasi investimento in sanità a meno che non si rompano i tabù fiscali che caratterizzano il governo in carica, puntando invece al recupero del mare magno della soluzione/evasione fiscale e concentrando sulla sanità tutte le risorse disponibili.

Continuare a difendere la bontà del nostro SSN adeguandolo alle nuove e vecchie necessità

Nonostante tutto, poiché noi continuiamo a sostenere la bontà del SSN pur con una rivisitazione e un suo rilancio, riteniamo importante fare il punto sugli elementi di forza alla base del nostro modello sanitario, e sugli insegnamenti e i principi tutt' ora validi.

Subito dopo entreremo nel merito di quali aspetti invece debbono essere ripensati e realizzati con il varo di un Piano straordinario quinquennale di rilancio del SSN nella speranza che i nostri ragionamenti siano forieri di decisioni concrete e non più procrastinabili.

Punti di forza del SSN

Il nostro SSN mantiene inalterati principi, visioni e modelli organizzativi che conservano una loro indiscussa validità e che meritano di essere richiamati:

- Dalla cura alla prevenzione. Il passaggio dalla cura della malattia quale unico segno fisico della sofferenza dell'individuo, alla tutela e promozione della salute, fisica e psichica sia dell'individuo che della collettività. Quindi azioni e interventi non solo di tipo riparativo bensì anche promozionali, salutogenico diremmo oggi e senza differenze fra i cittadini;

- Copertura universale dei bisogni di salute indipendentemente dalla categoria professionale di appartenenza secondo un principio di equità di accesso e di uguaglianza di trattamento;

- Decentramento degli interventi con un ruolo centrale del territorio, nelle sue specificità ma anche nelle sue potenzialità, dei servizi territoriali più vicini ai cittadini e ai loro bisogni, guidati da interventi di tipo globale, secondo un principio di uniformità territoriale locale e nazionale;

- Una programmazione integrata fra i diversi livelli di governo con una precisa e puntuale distribuzione dei compiti (programmazione e indirizzo a livello centrale; programmatorio a livello regionale; erogativo a livello locale) con azioni integrate di controllo e valutazione, utili per la programmazione successiva;

- Integrazione socio sanitaria dei servizi e degli interventi a partire da quelli locali ma non solo;

- Finanziamento fondato sulla fiscalità generale in funzione della capacità reddituale degli individui; e quindi pur essendo tutti i cittadini uguali di fronte ad un bisogno di salute, essi partecipano in solido al finanziamento del SSN in funzione della loro capacità reddituale;

- Partecipazione dei cittadini, come occasione di messa a punto ottimale dei servizi e delle prestazioni ma anche di crescita della literacy sanitaria degli individui e quindi di un accesso corretto al sistema dei servizi.

Innovare in funzione delle trasformazioni della società

Oltre a quelli citati molti altri sono gli aspetti innovativi introdotti con l'istituzione del SSN.

Alla loro base modelli culturali innovativi proprio in relazione alle grandi trasformazioni culturali, economiche, demografiche di quel periodo. Un approccio che ovviamente è valido anche oggi e che pertanto deve spingere verso una revisione del SSN che tenga conto dei cambiamenti sociali ed economici intervenuti a partire dagli ultimi decenni.

Ovviamente dobbiamo partire dalla consapevolezza del fatto che attualmente la fase storica in cui viviamo è caratterizzata da una forte transizione demografica, epidemiologica, e tecnologica, con uscite repentine e altrettanto repentine ricadute in fasi di crisi economiche ma anche epidemiologiche. Tale instabilità del campo istituzionale necessita conseguentemente di un SSN forte, finanziato, condiviso, partecipato sia nella sua funzione erogativa che programmatica.

Una logica integrata di tipo One Health

Un SSN che deve basarsi su azioni preventive e di promozione della salute, in una logica di one Health. In cui i servizi territoriali, che si chiamino case di comunità, di prossimità o altro non importa, tornino ad essere il punto centrale degli interventi e di presa in carico delle persone. Luoghi e ambiti in cui si dà primato alla salute individuale e collettiva e in cui l'integrazione socio- sanitaria ne costituisce le basi.

È dunque il territorio con le sue specificità e le sue potenzialità e non il differenzialismo regionale che deve tornare ad essere il punto centrale del sistema. In questo contesto si fa prevenzione e promozione della salute. E qui che i cittadini interagiscono e accedono alle prestazioni continuative di salute. E da qui che essi sono orientati e accompagnati se necessario verso servizi specialistici.

È sempre nel contesto territoriale che gli operatori sociali e sanitari garantiscono la continuità della cura. Ed è qui che la partecipazione dei cittadini all'organizzazione e al funzionamento dei servizi costituisce un elemento di forza oltre che di orientamento.

I dati epidemiologici ci indicano questa strada, senza voler richiamare la sindemia da COVID-19 e ciò che ci ha insegnato ma che prontamente abbiamo dimenticato

Un finanziamento basato sulla fiscalità generale e sulla fedeltà contributiva

Il meccanismo di finanziamento previsto a suo tempo funziona, ovviamente sconta il solito problema di chi paga le tasse, di come e quante delle risorse introiettate, sono utilizzate per la sanità pubblica e quanto per la sanità privata o accreditata.

Quel che è certo è che è necessario un forte finanziamento straordinario per recuperare il terreno perduto in questo ambito e per ricoprire gli organici del personale nonché per prevedere nuove assunzioni di vecchie e nuove professioni in linea con il nuovo quadro nosologico e con la risorsa AI (Intelligenza Artificiale).

In tale ambito è indispensabile una lotta senza quartiere all'evasione, oggi attestata intorno agli 83 miliardi di euro (dati 2021).

Programmazione integrata e lotta alle disuguaglianze

Anche la programmazione integrata costituisce un principio tutt'ora valido; ciò che è necessario è ridefinire la relazione fra Stato, Conferenza Stato Regioni Città metropolitane, alla luce anche di nuovi LEA e di una rivisitazione del loro funzionamento.

I dati e la letteratura mostrano chiaramente come le disuguaglianze di salute siano aumentate anche in relazione a "presunte autonomie delle Regioni" che non solo hanno fatto male a se stesse ma anche ai cittadini (si vedano gli esiti delle pratiche adottate in fase di sindemia da COVID 19).

È del tutto evidente infatti che il tema delle disuguaglianze di salute sarà sempre più centrale anche in relazione al crescente quadro di impoverimento di diverse fasce di popolazione causa disoccupazione, bassi salari, lavoro precario, lavoro povero e riduzione delle tutele sociali. Impoverimento che come sappiamo ha forti impatti negativi sulla salute a partire dai bambini.

Competenze professionali e partecipazione

Infine le competenze e la partecipazione dei cittadini costituisce un altro elemento di forza che va rilanciato sia per calibrare al meglio le prestazioni onde continuare ad avere interventi fuori taglia, ma anche per valorizzare le potenzialità di salute che gli individui hanno.

Il Piano straordinario quinquennale di rilancio del SSN

In precedenti interventi abbiamo più volte avanzato proposte articolate su come intervenire per adeguare il nostro SSN al mutato quadro epidemio-nodologico del Paese. Oggi riteniamo che per salvare il nostro SSN sia indispensabile varare un piano quinquennale di rilancio impostato sui seguenti principi e azioni di cambiamento.

- 1) adeguamento del finanziamento del SSN attraverso il reperimento di risorse pari a 5 miliardi per 5 anni.
- 2) valorizzazione del territorio e della territorialità delle prestazioni per garantire la presa in carico del paziente e la continuità dell'intervento e per ridurre un sovraccarico improprio dei servizi e delle strutture specialistiche a partire dagli Ospedali.
- 3) incremento degli organici nel territorio come anche negli ospedali, inserimento di nuove figure professionali (ciò comporta ragionare sul numero programmato della formazione, sui feudi formativi, sulle aspirazioni e sulle carriere del personale nonché sulla modalità di governance e di valorizzazione delle competenze, ecc) e definizione di un nuovo quadro normativo contrattuale unico per tutto il personale, con contratto-lavoro per tutti gli specializzandi a partire dal 1° anno di specialità.
Il SSN costituisce l'azienda più importante del Paese come numero di dipendenti e il Ministro Schillaci non dovrebbe mai dimenticarselo quando si siede al consesso con altri Ministri.
- 4) rilancio della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro per il contrasto degli infortuni e delle malattie sul lavoro e della promozione della salute fin dal concepimento in una logica salutogenica e di One Health.
- 5) riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera con la istituzione di un sistema generalizzato di reti cliniche. La creazione della rete con punti di accesso di 1° e 2° livello è il modo in cui la presa in carico del paziente garantisce il suo inserimento in protocolli diagnostico terapeutici adeguati alle necessità assistenziali. Nell'ambito delle reti viene poi ridefinito il contributo che il privato può fornire ai fini della reale esigibilità dei LEA.
- 6) programmazione, rendicontazione e valutazione integrata fra i diversi livelli di governo basato sul principio della leale collaborazione e la valorizzazione delle diverse istanze a partire dagli enti locali, i più prossimi ai cittadini e i meno dotati di poteri di indirizzo, verifica e valutazione.
- 7) continuità degli interventi anche per ridurre le disuguaglianze di salute e le differenze con il varo di programmi orientati alla adozione di corretti stili di vita e alla facilitazione all'accesso ai servizi nell'ambito di una medicina dell'iniziativa proattiva.
- 8) rivisitazione come anticipato del rapporto pubblico privato, in un sistema che è fondamentalmente pubblico nelle linee di indirizzo ma che si avvale e collabora con tutti gli attori della salute indipendentemente dalla loro natura. Quanto il secondo pilastro rappresenta una risorsa e quanto invece diventa ostacolo per il corretto funzionamento del SSN.
- 9) adeguamento rivisitazione e implementazione dei LEA anche nel loro funzionamento e nella loro applicabilità in una società in forte trasformazione, ma anche dei ticket e delle detrazioni fiscali
- 10) superamento del modello aziendalistico con la trasformazione delle aziende sanitarie in aziende con consiglio di sorveglianza plurale e redistribuzione dei poteri di indirizzo, programmazione e valutazione in un modello bottom up che valorizza le capacità di innovazione del personale sanitario e socio sanitario.

Conclusioni

Non possiamo più perdere tempo, la salute del cittadino è alla base di un buon funzionamento del Paese, ma anche della ricchezza presente e futura del nostro Paese, a partire dalle nuove generazioni. La salute è un bene collettivo che non ha e non deve avere appartenenze politiche e tanto meno ideologiche. Non investire sulla salute e quindi su un SSN rivisitato e rilanciato significa non avere a cuore il bene della collettività e della Nazione.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119383

quotidianosanita.it

Personale sanitario e assistenziale.

“Attuare il nuovo quadro d’azione 2023-2030 per migliorare le condizioni di lavoro”. L’invito ai Governi dell’Oms/Europa

Sono cinque le azioni chiave che i paesi possono intraprendere per migliorare la formazione e gli stipendi e attrarre nuove generazioni indicate nel Quadro d’azione sulla forza lavoro. “Il momento di agire è adesso. Dobbiamo porre fine all’attuale crisi degli operatori sanitari in Europa” ha detto Zapata, capo dell’Unità del personale sanitario e dell’erogazione dei servizi, Oms/Europa

29 GEN -

“Dobbiamo investire di più nel personale sanitario, migliorare la formazione e gli stipendi e attrarre nuove generazioni. Il momento di agire è adesso. Dobbiamo porre fine all’attuale crisi degli operatori sanitari in Europa”.

È quanto ha dichiarato **Tomas Zapata**, capo dell'Unità del personale sanitario e dell'erogazione dei servizi, Oms/Europa in occasione dell'evento "Migliori condizioni di lavoro per gli operatori sanitari nell'Unione europea (UE)", organizzato nei giorni scorsi presso il Parlamento europeo a Bruxelles.

Un incontro - al quale hanno partecipato i rappresentanti dell'Oms/Europa, dei sindacati europei e nazionali e delle organizzazioni del personale sanitario - voluto per evidenziare le difficili condizioni di lavoro che gli operatori sanitari nell'UE si trovano ad affrontare ed anche per esplorare le soluzioni da attuare.

Ma l'evento è stato anche l'occasione per focalizzare l'attenzione e incoraggiare l'attuazione del nuovo "Quadro d'azione sulla forza lavoro sanitaria e assistenziale nella regione europea dell'Oms 2023-2030". "Con tutti i Paesi della più ampia regione europea dell'Oms che lottano per trattenere e reclutare un numero sufficiente di operatori sanitari e assistenziali con il giusto mix di competenze per soddisfare le crescenti e mutevoli esigenze dei pazienti, il Quadro è uno strumento pratico per aiutare gli stati a sistemare la forza lavoro sanitaria crisi", sottolinea una nota.

Le 5 azioni chiave. Il Quadro, adottato da tutti i 53 Stati membri della Regione durante la 73a sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'Oms nell'ottobre 2023, prevede 5 azioni chiave che i Paesi possono intraprendere:

1. **Trattenere e reclutare.** Include azioni politiche per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari e assistenziali, compresa la riduzione dei carichi di lavoro pesanti e degli orari di lavoro eccessivi, fornendo maggiore flessibilità negli accordi contrattuali e garantendo un'equa remunerazione. Queste azioni contribuiranno a migliorare la salute mentale e il benessere degli operatori sanitari e ad aumentare l'attrattiva dei lavori sanitari, anche nelle zone rurali, per gli operatori sanitari esistenti e per le nuove generazioni di giovani studenti.
2. **Costruire l'offerta.** Significa modernizzare l'educazione e la formazione sanitaria, compresa la creazione di competenze sanitarie digitali per creare una forza lavoro sanitaria adatta allo scopo per le richieste e le esigenze dei servizi sanitari presenti e futuri.
3. **Ottimizza le prestazioni.** Include misure per aumentare l'efficienza del numero limitato di operatori sanitari disponibili nel sistema sanitario. Si tratta di una riconfigurazione innovativa dei servizi sanitari, utilizzando le tecnologie sanitarie digitali e ridefinendo i team e il mix di competenze in modo che le azioni che svolgono aggiungano valore.
4. **Pianificazione.** La pianificazione del personale sanitario è essenziale per anticipare le esigenze future del sistema sanitario e per intraprendere azioni per soddisfarle ora. Il rafforzamento della capacità delle unità delle risorse umane per la salute (HRH) e il miglioramento dei sistemi informativi HRH possono contribuire a questo.
5. **Investire.** Ciò comporta l'aumento degli investimenti pubblici e l'ottimizzazione dell'uso dei fondi, sostenendo allo stesso tempo la necessità economica e sociale di investire nella forza lavoro sanitaria e assistenziale.

"I relatori e i partecipanti hanno sottolineato come il miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori sanitari sia solo un pezzo del puzzle per risolvere la crisi del personale sanitario. Investendo e prendendosi cura di coloro che si prendono cura di noi, tutti ne traggono beneficio – ha commentato Zapata – l'Oms/Europa promuoverà ulteriormente il Quadro nei prossimi mesi, con l'intenzione di intraprendere azioni per risolvere la crisi del personale sanitario entro il 2030".

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=119799

La grande crisi del SSN (1)

Marco Geddes da Filicaia

Da oltre un decennio il nostro Servizio sanitario nazionale è sfiancato da un'opera di logoramento che ha provocato una crisi senza precedenti nel settore del personale sanitario. In questo articolo (e in quello successivo) vengono descritti i meccanismi che sono entrati in gioco nel provocare la "grande crisi": dal blocco delle assunzioni alla mancata programmazione della formazione dei medici, dalla decrescita dei salari di medici e infermieri alla fuga all'estero dei professionisti.

Il lungo assedio al SSN, metafora che ben illustra la situazione in atto da oltre un decennio^[i], si sta realizzando da tempo con una specifica strategia. Un assedio è finalizzato a conquistare la città, con la fame e con la sete, tramite l'interruzione della fornitura di acqua e di alimenti. Nel caso specifico non si è trattato solo di interrompere il finanziamento del SSN, poiché non ci si cura con la cartamoneta, ma di interrompere miratamente la fornitura di quanto indispensabile e acquisibile con i finanziamenti. **Non si è interrotto o ridotto l'acquisto di attrezzature sanitarie**, anch'esse rilevanti per il funzionamento delle attività. Il nostro paese ha una abbondanza di tecnologie (Tc, Rm, Pet, Sale ibride, Robot chirurgici ecc.), come si evidenzia dal confronto con altri paesi europei; una risorsa spesso non ben distribuita e non pienamente utilizzata^[ii]. **Non si è trattato di carenza di farmaci**; non possiamo certo affermare che abbiamo una scarsità di tale risorsa a livello nazionale. In Italia il calendario vaccinale offre una larga copertura e alcuni ambiti territoriali o tipologia di vaccinazione sono caratterizzati da ridotta aderenza non certo per mancanza di vaccini; viene garantita la gratuità di farmaci di costo elevatissimo e la ampia disponibilità di antibiotici si associa piuttosto a un improprio ed eccessivo utilizzo, non certo a una scarsità di tale risorsa.

L'assedio ha pertanto progressivamente ridotto, e spesso interrotto il rifornimento di cibo e acqua, cioè del capitale umano: medici e infermieri.

La crisi del personale sanitario è un problema comune a molti paesi europei. Hans Kluge, direttore dal WHO Europa, in occasione della 73° sessione del Comitato regionale ha definito la carenza di personale sanitario e assistenziale, una "crisi tremenda", una vera e propria "bomba a orologeria"^[iii]. Una bomba la cui intensità è, per l'Italia, assai più rilevante e la tempistica della esplosione ormai prossima; un ordigno per il quale non si intravedono approssimarsi artificieri per disinnescarlo.

La crisi del personale sanitario si inserisce infatti in uno scenario nazionale che risulta complesso sotto più profili.

- **Il primo fattore è rappresentato dall'andamento demografico** che non appare roseo, poiché la percentuale di popolazione di età 0 – 14 risulta fra i più bassi (12,9%) e pertanto la popolazione in età lavorativa, al netto della migrazione, si ridurrà ulteriormente fino a raggiungere, nel 2030, l'indice di dipendenza degli anziani più elevato fra i paesi europei.
- **Il secondo fattore consiste nella riduzione della presenza statale** in molti settori produttivi e di servizio, con un rapporto di dipendenti pubblici/popolazione pari a 5,5 x 100 abitanti (Germania 6.1, Spagna 7.3, UK 8.1, Francia 8.3). Un salasso attuato negli anni che ha colpito la Scuola, l'Università, gli Enti locali, i Centri di ricerca pubblica, i Musei statali, le Biblioteche, le Sovrintendenze e Servizi sociali e, in misura rilevante, il Servizio sanitario nazionale.
- **L'ulteriore, terzo fattore, riguarda la decrescita dei salari.** Il salario medio annuale, nel corso dell'ultimo trentennio (1990 – 2020) è diminuito in Italia del 2.9%. Unico paese europeo con il segno negativo, mentre si è assistito in Europa a una crescita generalizzata: Spagna + 6.2, Portogallo + 13.7, Austria + 24.9, Grecia + 30.5, Francia: + 31.1, Germania: + 33.7, Danimarca: + 38.7, Svezia + 63.0.

Questo insieme di problematiche avrebbe doverosamente suggerito una pianificazione del capitale umano (o forza lavoro, per usare un termine più brutale) della sanità particolarmente accurato, lungimirante e per un ampio arco temporale, in considerazione dell'alta qualificazione della forza lavoro occupata in quest'ambito, dell'onere rilevante per la formazione, stimato, per un medico per qualificarsi a fini occupazionali, intorno ai 200.000 €, nonché della rilevanza costituzionale del diritto alla salute che, attraverso il servizio sanitario, si concretizza.

Infine l'esperienza pandemica avrebbe dovuto svelare, anche a chi non l'avesse inteso precedentemente, la rilevanza di un adeguato servizio sanitario pubblico, e quindi imporre congrue riforme e i necessari finanziamenti, tenuto conto, come ha scritto la Commissione istituita dal WHO Europa e presieduta dal Senatore Mario Monti, che "... la pandemia ha rivelato che investimenti sanitari inadeguati, soprattutto nei sistemi sanitari pubblici, possono costituire di per sé una fonte di rischio macro-critico, non solo per il Paese in questione, ma per il mondo"^[iv].

I due maggiori comparti di personale del SSN sono rappresentati da 102.491 medici, con età media 50,9 anni, che rappresentano il 22.9% del personale (51,2% donne) e da 264.768 unità di personale infermieristico, che rappresentano il 59.2% della forza lavoro, con una età media del 46,9 (77,8% donne).

I medici in Italia non sono pochi rispetto alla popolazione (4.0 x 1.000 abitanti) in linea con la media europea (EU 27). Un confronto con la media di quattro paesi per più aspetti "prossimi" evidenzia un numero di medici per 1.000 abitanti in Italia del 4,06, a fronte di una media di 3,58 di Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna; in numeri assoluti in Italia + 28.981 medici. Il risultato tuttavia cambia se il rapporto viene effettuato rispetto alla popolazione over 75; in tal caso mancano in Italia 17.189 medici[[v](#)].

Situazione in realtà assai più critica per gli infermieri. La media europea di infermieri rispetto alla popolazione è di 8.3 x 1.000 abitanti, mentre in Italia ci si attesta a 6.3! Ciò comporta che la ratio infermieri/medici è bassissima: Italia 1.6; EU 2.2. Se utilizziamo il confronto fatto con i quattro paesi sopra individuati (Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna) mancano in Italia 237.282 infermieri; se il confronto viene attuato rispetto alla popolazione over 75 (criterio assai rilevante specie per il personale infermieristico) mancano all'Italia 350.074 unità di personale!

La decimazione di medici e infermieri ha, consapevolmente o inconsapevolmente (in termini giuridici si direbbe: dolosamente o colpevolmente) utilizzato più strumenti.

Il blocco delle assunzioni

Il blocco delle assunzioni è stato attuato tramite i tetti di spesa per il personale del Ssn introdotti nel 2005 con la legge 266/2005 (Governo Berlusconi III, Ministro della sanità Storace); solo parzialmente rivisti nel 2019 e ancora soggetti a limiti di spesa, vedi Tabella 1.

TETTI DI SPESA PER IL PERSONALE – NORMATIVA

L. 266/2005, art. 1, cc 198-200. Gli enti del Ssn (oltre che Regioni e Comuni) adottano le misure necessarie a garantire che le spese di personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per gli anni 2006, 2007 e 2008 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1%

L. 296/2006, art. 1, c 565. Il livello massimo della spesa per il personale del Ssn è esteso agli anni 2007, 2008 e 2009 e deve essere non superiore a quello del 2004 diminuito dell'1,4%.

L. 191/2009, art. 2, cc. 71, 72 e 73. Estensione del tetto di spesa agli anni 2010, 2011 e 2012 solo per il Ssn (e non anche per Regioni e Comuni).

L. 190/2011 di conversione del DL 98/2011, art. 17, c. 3. Estensione fino al 2020 delle disposizioni di cui alla L. 191/2009. Congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale.

L. 135/2012 di conversione del DL. 95/2012, art. 21, c. 21. Le disposizioni di cui alla L. 191/2009 si applicano agli anni 2013- 2014-2015.

L. 60/2019 di conversione del DL 35/2019, art. 11 c.1 e 3. Decreto Calabria. Prima parziale revisione, per gli anni 2019, 2020, 2021, del livello massimo della spesa che non deve superare quella del 2018 (o, se superiore, a quella di cui alla L. 191/2009) incrementata, a livello regionale, di un importo pari al 5% dell'aumento del Fondo sanitario. Dal 2021 l'incremento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale.

La legge prevede inoltre che "Le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del presente decreto."

L. 157/2019 di conversione del DL 124/2019, art. 45. Conferma, per il triennio 2019-2021, i limiti massimi di spesa rapportati a quelli del 2018 ma prevede un aumento annuale, a livello regionale, del 10% dell'incremento del Fondo sanitario.

L. 160/2019 Prosecuzione del servizio dei dirigenti medici del SSN oltre il limite del 65° anno di età.

L. 21/2021 di conversione del DL 183/2020, art 4, c. 4. Sposta dal 2021 al 2022 il vincolo dell'adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN di cui alla L 60/2019.

L. 234/2021 art 1, c. 274 e c. 293. Autorizza, per il potenziamento dell'assistenza territoriale, la spesa massima di personale dipendente, anche in deroga ai vincoli vigenti, di 90,9 mln per il 2022, 150,1 mln per il 2023, 328,3 mln per il 2024, 591,5 mln per il 2025 e 1.015,3 mln a decorrere dal 2026, a valere sul finanziamento del Ssn. Autorizza un'indennità accessoria al personale del pronto soccorso nei limiti di 90 milioni a decorrere dal 2022, a valere sul finanziamento del Ssn.

L. 56/2023 di conversione del DL 34/2023, art. 11, c. 1. Incrementa la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il 2023 e incrementa il finanziamento del Ssn di 170 milioni.

D LdB 2024 Per il potenziamento dell'assistenza territoriale, sempre in deroga e a valere sul finanziamento del Ssn, la spesa massima di cui alla legge 234/2021 è incrementata di 250 mln per il 2025 e di 350 mln a decorrere dal 2026. (art. 50). Estende a tutto il 2026 l'incremento delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive per il personale medico e del comparto e incrementa il finanziamento di 280 milioni (art. 42).

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/01/la-grande-crisi-del-ssn-1/>



La grande crisi del SSN (2)

Marco Geddes da Filicaia

Da oltre un decennio il nostro Servizio sanitario nazionale è sfiancato da un'opera di logoramento che ha provocato una crisi senza precedenti nel settore del personale sanitario. In questo articolo (e in quello [precedente](#)) vengono descritti i meccanismi che sono entrati in gioco nel provocare la "grande crisi": dal blocco delle assunzioni alla mancata programmazione della formazione dei medici, dalla decrescita dei salari di medici e infermieri alla fuga all'estero dei professionisti.

La decimazione di medici e infermieri ha, consapevolmente o inconsapevolmente (in termini giuridici si direbbe: dolosamente o colpevolmente) utilizzato più strumenti.

Il blocco delle assunzioni

Il blocco delle assunzioni è stato attuato tramite i tetti di spesa per il personale del Ssn introdotti nel 2005 con la legge 266/2005 (Governo Berlusconi III, Ministro della sanità Storace); solo parzialmente rivisti nel 2019 e ancora soggetti a limiti di spesa^[1].

La mancata programmazione della formazione dei medici.

Gli accessi disponibili per anno accademico non hanno tenuto in alcun conto la prevista uscita dal SSN, per gli effetti delle norme pensionistiche e dell'età dei medici.

Così nel 2007 – 2009 erano disponibili solo 7.500 posti (a fronte dei 16.904 attuali) e alcuni successivi picchi di iscrizione sono stati solo conseguenza di sentenze del Tar nel 2014 – 2015.

Il numero di laureati in medicina crescerà solo quando la curva pensionistica (attualmente lasciano il SSN circa 6.000 medici l'anno) si dimezzerà. A fonte di questa situazione circola la sciocca proposta di liberalizzare l'accesso alle facoltà mediche!

L'imbutto delle scuole di specializzazione

Questo "imbutto" rappresenta il vero problema attuale, con la creazione di "medici grigi" fra quali pescare per gettonisti.

I contratti di formazione specialistica hanno avuto un andamento sostanzialmente piatto per oltre un decennio, con un incremento dal 2015 al 2018 (da 6.500 a 8.920). La situazione attuale appare contrassegnata inoltre da una grave crisi: a fronte di 16.165 borse di studio messe a bando dal Ministero dell'Università e dalle Regioni, il 38% (6.125) sono andate deserte. Tale desertificazione colpisce in particolare settori strategici: Medicina di comunità e cure primarie (92% non assegnati), Microbiologia e virologia (89%), Radioterapia (87%), Medicina d'urgenza (76%), Medicina di comunità e cure primarie (92%), Microbiologia e virologia (89%), Malattie infettive e tropicali (56%), Anestesia e rianimazione (53%). Questa "Caporetto" presenta ulteriori elementi di criticità: in alcune grandi Università, quali La Sapienza di Roma e il San Raffaele di Milano, tutti i contratti di Medicina d'Urgenza sono andati deserti, mentre l'Università di Siena non ha avuto nessuna richiesta per accedere alla scuola di specializzazione di Chirurgia generale e di Chirurgia toracica. Nessun laureato in medicina ha fatto richiesta di accedere alla scuola di specializzazione in Medicina nucleare nelle tre università di Milano: Statale, Humanitas e Bicocca.

Nei settori in cui la libera professione e le attività ambulatoriali sono prevalenti, vi è invece una richiesta di borse di studio che tende a saturare l'offerta: ad esempio per Dermatologia (non assegnate 1%) cardiologia (4%) Chirurgia plastica (4%) Oftalmologia (6%)^[2]. Le ragioni di tale fuga dalle specializzazioni viene evidenziata da più rilevazioni o interviste. "I medici specializzandi – dichiarano vari giovani colleghi – sono mal pagati, sfruttati e costretti a pagare affitti altissimi". L'assenza di una politica della casa, la patologica diffusione di B&B con rilevanti aumenti degli affitti, specie in città sedi di importanti Università, la trasformazione di edifici pubblici e privati in alberghi o Student hotel, finalizzati ad accogliere studenti stranieri per periodi limitati e con costi elevati o trasformati in alberghi di lusso, sono una barriera all'accesso a scuole di specializzazione della durata di 4- 5 anni. In una indagine effettuata in Toscana il 30% dei giovani medici dichiara che il tutor non è presente durante la formazione e il 57% che lavora oltre l'orario previsto^[3]. Peraltro l'Osservatorio nazionale della formazione specialistica, a cui talora si rivolgono le segnalazioni degli studenti^[4], non sembra poter svolgere una adeguata azione di indirizzo.

Infine l'utilizzo degli specializzandi nel solo, o nell'assoluto prevalente ambito universitario, talora per sostituire di fatto i professionisti incardinati e la non istituzione di *learning hospital*, con diritti e doveri analoghi ai dirigenti medici è un ulteriore motivo di questa disaffezione. "Il punto di caduta – dichiara la vice presidente dei Giovani medici – è la ristrutturazione della specializzazione come formazione – lavoro, in una rete di ospedali radicata ed estesa sul territorio e non più strettamente connessa all'ateneo... e una maggiore retribuzione, perché la nostra borsa è ferma al 1999: netti 1.650 euro per i primi due anni e 1.715 euro dal terzo anno"^[5].

La crisi della professione infermieristica

Criticità rilevanti emergono anche riguardo alla formazione del personale infermieristico. Il trend nei corsi di laurea in infermieristica evidenzia una contrazione dei posti disponibili fino al 2019, con un incremento (stimato per gli ultimi 4 anni) di laureati. Tuttavia negli ultimi tre anni sono calate le domande di accesso che, in alcuni atenei, non raggiungono nemmeno il numero dei posti a bando. Nel 2023 la riduzione media delle domande è del 10% rispetto al precedente anno accademico, con un rapporto minimo domande/posti mai registrato: Nord – 12,6%, Centro – 15%, Sud – 5,7%^[6].

La decrescita dei salari di medici e infermieri

Nell'ambito complessivo della decrescita dei salari, che ha interessato il nostro paese dal 1990 ad oggi, anche quello dei medici e infermieri ha avuto una riduzione rispetto al potere di acquisto, cosicché ad oggi i salari medi di medici e infermieri sono assai più bassi di molti paesi europei e ulteriore causa di un fenomeno migratorio. Il confronto con i salari di altri paesi è complesso ed effettuato dall'OCSE tenendo conto del potere di acquisto. In base a tale criterio lo stipendio dei medici italiani a 105 mila dollari lordi, a fronte dell'Olanda: 192 mila, Germania: 188 mila, Irlanda: 169 mila, Regno Unito: 155 mila, Danimarca: 150 mila, Ungheria: 118 mila. Spagna e

Francia sono praticamente nella nostra situazione, con 107 mila e 105 mila (ma il dato è del 2020). Il dato italiano presenta tuttavia due elementi di distorsione: tali cifre riguardano professionisti di età diversa, cosicché lo stipendio del medico inglese, di 50mila dollari maggiore rispetto a quello italiano, riguarda una persona di età media 35 anni, mentre in Italia è attribuito a un cinquantacinquenne. Infine si tratta di stipendi lordi e la pressione fiscale, su persone dipendenti e su tale fascia di reddito, è più elevata in Italia rispetto agli altri paesi.

Gli stipendi dei medici sono stati tenuti bassi, e progressivamente ridotti con tre meccanismi: un ridotto incremento nei rinnovi contrattuali che non ha tenuto conto dell'inflazione e del potere di acquisto; una dilazione nella sottoscrizione e conseguente messa in atto degli accordi (in ottobre 2023 è stato sottoscritto l'accordo 2019 – 2021) e infine un meccanismo più subdolo: la riduzione delle carriere. In dieci anni i posti di Direttore di Struttura complessa si sono ridotti del 31,5% e quelli di Struttura semplice del 44%. Tale contrazione, giustificata talora da una necessaria riorganizzazione, è stata più diffusamente applicata al fine di ridurre le spese del personale, poiché il passaggio a funzioni diverse comportava un incremento stipendiale. Pertanto, mentre una maggiore funzionalità e coordinamento si sarebbe potuto trovare con una diversa organizzazione, con la creazione di dipartimenti funzionali, anche interaziendali (fra Policlinici e Aziende Ospedaliere Universitarie e le Aziende territoriali), anche la fine di un adeguato utilizzo di spazi e attrezzature, si è preferito ridurre le progressioni di carriera e così, oltre tutto, demotivare il personale.

Analoga situazione per il personale infermieristico, con una retribuzione annua lorda di 34.875 €, a fronte di una media EU di 43.348. In Olanda 62.237, Germania 54.155, Danimarca 57.474, Spagna 49.979, Irlanda 49.366, Regno Unito 42.366, Francia 39.787. A ciò si aggiungono elementi specifici, quali mansioni di livello professionalmente più basso rispetto ad altri paesi e un sistema complessivo di welfare debole (abitazioni, asili nido, trasporti); un aspetto che pesa maggiormente su un personale in larga prevalenza, per oltre due terzi, femminile.

La fuga dei professionisti

Questa situazione determina una fuga dei professionisti, medici e infermieri, sia verso il privato che all'estero. I dati disponibili sono frammentari e mancano in particolare informazioni sul passaggio da pubblico a privato. Complessivamente (estero e privato) si stima una "migrazione" di 2.700 medici nel 2021, 4.000 nel 2022 e 5.000 nel 2023^[7] e di 18.000 infermieri nel triennio 2019 – 2021.

La migrazione di sanitari ha preso, recentemente, anche altre diverse. Si segnala il piano dell'Arabia Saudita, che mira ad assumere 44mila medici e 88mila infermieri entro il 2030.

L'Agenzia AGI dichiara che da Maggio 2022 a Ottobre 2023 si sono trasferiti in Arabia Saudita 1650 professionisti sanitari italiani (ovviamente non è specificato che fossero dipendenti del SSN), di cui 800 medici, 600 infermieri e 250 osteopati e fisioterapisti^[8].

Il trasferimento in altri paesi non sarebbe di per se un fenomeno negativo qualora indice di un interscambio di professionisti e di esperienze. Il problema italiano è che non si tratta di interscambio, ma di un percorso a senso unico, poiché mentre in Inghilterra sono presenti il 30,3% di medici con formazione in altri paesi, fenomeno favorito ovviamente da internazionalizzazione della lingua anglosassone; percentuali elevate si riscontrano anche in Germania (13,1%) e in Francia (11,6%) e la media Ocse è del 17,9%. In Italia invece i medici formati all'estero rappresentano solo lo 0,9%.

Cosa è possibile fare?

Nel breve periodo necessitano interventi tampone, con stabilizzazione delle assunzioni temporanee, incremento della retribuzione delle borse di studio per gli specializzandi, migliori condizioni di lavoro inserendo gli specializzandi nella rete ospedaliera, facilitazioni per sedi disagiate e per attività sanitarie meno attrattive.

La formazione di infermieri e, in particolare, di medici, comporta tempi lunghi e quindi un impegno continuo, un confronto con i sindacati, i giovani medici, i professionisti, gli esperti, per un piano decennale, "un piano solido ed efficace per garantire di avere il numero giusto di persone, con le giuste competenze e il giusto supporto per essere in grado di fornire il tipo di assistenza di cui le persone hanno bisogno"^[9], che riguardi la formazione, i livelli stipendiali e le assunzioni nel SSN vincolando l'incremento di finanziamento, che le Regioni (Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Piemonte) chiedono, allineando la spesa sanitaria al 7,5% del Pil nel giro di un quinquennio, a questi obiettivi e non disperdendolo in acquisto di servizi dal privato e altre forme di esternalizzazione.

quotidianosanita.it

“Servono risorse ma anche riforme. Contro la fuga del personale, il Governo deve fare presto”. Intervista ad Antonio Magi

di L.C.

Non solo risorse. Il rilancio del Ssn, per il presidente dell'Ordine dei medici di Roma e segretario del Sumai-Assoprof, deve passare attraverso riforme che puntino alla sostenibilità e all'efficienza, all'accessibilità delle cure e alla qualità dell'assistenza. Prioritarie le politiche per il personale. “I vecchi Governi hanno affossato il Ssn. Questo Governo deve dimostrare con i fatti quello che dice”. E sul Lazio di Rocca: “Molte scelte sinora approvate mancano del nostro contributo, che avrebbe certamente dato un valore aggiunto”.

29 GEN -

*“La pandemia ha messo a dura prova il sistema evidenziandone i punti di forza e le vulnerabilità” e oggi “appare sempre più necessario bilanciare i costi e le risorse disponibili con l'offerta di servizi di alta qualità”. A dirlo è il presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Roma e segretario generale del Sumai-Assoprof, **Antonio Magi**, che in questa lunga intervista a Quotidiano Sanità, fa un'analisi dei punti deboli del nostro sistema e dei cambiamenti che servirebbero per rilanciare il sistema sanitario, a livello nazionale ma anche nella Regione Lazio. “La salute è una priorità per le persone e per il paese e dovrebbe essere trattata come tale rifinanziandola in modo adeguato”.*

Presidente Magi, come valuta la situazione attuale del Ssn?

La situazione attuale del Servizio Sanitario Nazionale a mio avviso richiede una valutazione su diversi aspetti, tra cui l'efficienza del servizio, l'accessibilità delle cure, la qualità dell'assistenza sanitaria, l'impatto della pandemia da COVID-19, le riforme o i cambiamenti recenti e quelli attualmente in itinere necessari per dare applicazione al PNRR.

Il SSN italiano era noto per fornire un'assistenza sanitaria universale e relativamente efficiente sebbene ci fossero sfide significative come le disparità regionali nella qualità dell'assistenza, la sostenibilità finanziaria a lungo termine, le liste d'attesa e il sovraffollamento negli ospedali e nei Pronto Soccorso. La pandemia ha messo a dura prova il sistema evidenziandone i punti di forza e le vulnerabilità.

Nello specifico quali sono per i punti chiave da considerare?

In primis l'accessibilità delle Cure: il SSN italiano è progettato per garantire l'accesso universale alle cure ma le liste d'attesa e la difficoltà di accesso, in tutte le regioni, evidenzia la difficoltà ad offrire risposte di cura nei tempi e nei modi giusti da parte del SSN

Poi c'è la qualità dell'Assistenza. Generalmente nonostante gli organici depauperati di medici e infermieri la qualità dell'assistenza sanitaria resta ancora alta ma ovviamente varia significativamente tra le regioni del nord e del sud.

Inoltre, la pandemia ha messo in luce la resilienza e l'efficienza di alcune parti del sistema, le sfide relative alla risposta della domanda di salute del territorio e la capacità di ricezione ospedaliera oltre alla distribuzione delle risorse economiche e di personale.

Poi c'è la questione dell'innovazione e degli investimenti. La capacità del SSN di adottare nuove tecnologie e pratiche innovative è essenziale per la sua evoluzione e sostenibilità. Oggi abbiamo le risorse del PNRR per mettere a terra tutto questo ma mancano infrastrutture e personale sanitario pronto al loro utilizzo.

Non da ultimo la sostenibilità finanziaria. Anche le questioni relative al finanziamento del SSN sono cruciali. Con il defianziamento del FSN in questi ultimi 15 anni vi è il rischio concreto di non poterci più permettere il SSN come lo conosciamo ed infatti già vediamo i primi pezzi che cascano.

Appare sempre più necessario, pertanto, bilanciare i costi e le risorse disponibili con l'offerta di servizi di alta qualità. La salute è una priorità per le persone e per il paese e dovrebbe essere trattata come tale rifinanziandola in modo adeguato

Ma per fare tutto ciò servono anche le riforme...

Eventuali riforme o cambiamenti politici possono avere un impatto significativo sul funzionamento e l'efficacia del SSN. I vecchi governi politici e tecnici hanno sinora affossato il SSN. Questo governo deve

dimostrare con i fatti quello che dice iniziando dal personale che oggi è il meno remunerato in Europa ad eccezione di Grecia e Portogallo. Se davvero vogliamo mantenere in vita un Sistema efficiente dobbiamo portare le retribuzioni a livello degli altri paesi Ue.

Attrezzature tecnologia sono adeguatamente finanziati dal PNRR che ha messo sul campo fondi sufficienti mancano risorse per il personale a cui deve pensar l'attuale Governo. Ma deve fare presto perché siamo in ritardo e stiamo perdendo professionisti della salute. Siamo il primo paese europeo per emigrazione di medici ed infermieri nel resto del mondo.

Pensa che le misure contenute nell'ultima Legge di Bilancio possano ridurre il problema delle liste d'attesa e rilanciare la professione?

No, e le spiego perché. Questo Governo, trovandosi in grave difficoltà, ha fatto quello che ha potuto stanziando, in valore assoluto, sicuramente più risorse del passato in assenza di pandemia. È inoltre vero che gran parte di queste risorse servono per coprire il rinnovo dei contratti che erano ancora fermi al triennio 2019-2021 e mancano ancora quelli del triennio 2022-2024 con incrementi fortemente insufficienti a mantenere il personale sanitario nel SSN.

Sono state stanziati risorse aggiuntive per abbattere le liste d'attesa ma solo per parte del personale sanitario ed in orario aggiuntivo così, in carenza di organico e in presenza di burnout del personale medico ed infermieristico, come già accaduto già in passato, queste risorse aggiuntive non serviranno allo scopo rimanendo in gran parte inutilizzate.

Purtroppo, non sono stati previsti fondi per incrementare le ore degli specialisti ambulatoriali interni portandoli da una media di 25 ore settimanali a 38 ore settimanali, proprio a quei professionisti che potrebbero, per la peculiarità del loro lavoro, ridurre fortemente le liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali. Quindi la risposta alla sua domanda è un no secco.

Pochi mesi fa ha scritto un libro in cui numeri alla mano analizza gli scenari futuri della professione. Che quadro ne emerge e che cosa bisogna fare?

Sì, a ottobre nel corso del 55 Congresso del Sumai Assoprof ho presentato il libro "[Medici 2023-2030 quale futuro: pubblico o privato? I numeri](#)". Il volume è una ricognizione statistica per quanto riguarda la professione medica in genere da cui emerge che in realtà, in numeri assoluti, oggi, vi sono in Italia 413.631 medici pari a 7,03 per 1.000 abitanti. Dopo la Svezia è quindi l'Italia il Paese europeo con il più alto rapporto medici per 1.000 abitanti. Se andiamo a distinguere medici attivi ed i medici pensionati vediamo che i primi sono 342.967 pari a 5,83 medici attivi per 1.000 abitanti mentre i medici pensionati sono 70.664 pari cioè a 1,20 medici pensionati per 1.000 abitanti.

Nel SSN oggi operano 188.113 medici attivi pari a 3,20 medici per 1.000 abitanti mentre 154.854 medici attivi non operano nel SSN pari cioè a 2,63 medici per 1.000 abitanti.

Tra i medici pensionati 42.433 medici operano nel privato anche convenzionato pari a 0,72 medici per 1.000 abitanti e 28.231 medici pensionati non esercitano più la professione pari cioè a 0,48 medici per 1.000 abitanti. Nel SSN lavorano 123.826 medici specialisti pari 59,45% di cui: 102.491 medici dirigenti, 14.424 specialisti ambulatoriali convenzionati interni e 6.921 pediatri convenzionati di libera scelta.

Nel SSN lavorano 64.287 medici non specialisti pari al 31,31% la cui: la maggioranza è in possesso del titolo regionale di formazione specifica di cui 39.270 Medici di Assistenza Primaria, 21.011 come medici della Continuità Assistenziale, 2.684 nell'Emergenza Territoriale e 1.322 nella Medicina dei Servizi. Lavorano al di fuori del SSN tra attivi e pensionati 84.469 medici specialisti pari allo 40,55% 141.039 non specialisti pari al 68,69%.

Questi operano all'estero e nel privato sia come libero-professionisti che come dipendenti. Di questi 188.113 medici di cui 123.826 specialisti e 64.287 non specialisti. Quindi appare chiaro che in Italia mancano specialisti e specialmente in alcune branche come Medicina e Chirurgia d'urgenza, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Radiologia ma cosa assai più grave è che considerando le attuali curve di pensionamento in uscita e tutti i nuovi specialisti diplomati in entrata nel SSN si prevede nel 2025 un ammanco di 43.268 rispetto al numero stimato come ottimale del modello ponderato, sempre che occupassimo tutti i neo-specialisti e un ammanco di 64.552 rispetto al modello ponderato, senza considerare il turnover con i neo-specialisti.

C'è anche un problema di anzianità del personale...

È un altro dato preoccupante perché guardando le varie fasce d'età dei medici Italiani appare chiaro che entro il 31 dicembre 2025 avremo circa la metà dei medici attualmente operanti nel SSN per raggiunto limite di età considerando anche le attuali dimissioni anticipate volontarie. Uno scenario preoccupante se non interveniamo sulle politiche del personale urgentemente e con decisione.

I giovani medici decidono di abbandonare il nostro paese andando a lavorare all'estero. Dal 2019 al 2021 dei 21.397 medici andati all'estero 14.341 sono specialisti che hanno lasciato il nostro paese per andare a lavorarci stabilmente.

Non sono ovviamente conteggiati quelli che sono andati all'estero per motivi di studio.

Nel triennio 2019-2021 sono andati all'estero 7.132 medici e solo nel 2021 sono andati all'estero circa 4.000 medici tra specialisti e non specialisti.

Sempre secondo l'OCSE prima del triennio 2019-2021, dal 2000 al 2018, l'emigrazione all'estero è andata via via aumentando, specie negli anni successivi al blocco dei contratti e del turn over, con 5.771 medici all'anno tra specialisti e non specialisti che hanno lasciato il nostro Paese.

Nel 2022 i medici sono andati a lavorare stabilmente all'estero sono nuovamente aumentati, poco al di sotto dei 5.000 professionisti. I dati dimostrano che bisogna intervenire subito, nel SSN sulle retribuzioni dei medici e non solo e sulle condizioni di lavoro, depenalizzando l'atto medico, avendo protezione assicurativa certa, senza atti violenti nei loro confronti e cominciando a ragionare che l'attuale medicina è di genere femminile infatti già entro i 54 anni vi è già inversione di genere con più medici di genere femminile che maschile. È necessario trattenere i nostri medici in Italia se vogliamo salvare il nostro SSN.

In vista dell'attuazione del Pnrr e del Dm 77 come va organizzata la sanità sul territorio?

La sanità territoriale dovrebbe essere organizzata in maniera differente. Dovrebbero sparire i silos che dividono (medici medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, psicologi, infermieri, tecnici di radiologia, tecnici della riabilitazione) e nascere le vere equipe di professionisti che mettono a disposizione le loro specifiche competenze per soddisfare il bisogno di salute delle persone.

L'ospedale dovrebbe fare l'ospedale gestendo le acuzie e le cronicità, semplici e complesse, che necessitano di ricovero.

Il territorio dovrebbe essere organizzato come l'ospedale ma senza posti letto, per gestire acuzie e cronicità che possono essere trattate dalle equipe territoriali sia ambulatorialmente che a domicilio. Utilizzare i centri accreditati e convenzionati esterni per soddisfare la necessità di consulenza specialistica di tipo esclusivamente prestazionale.

Insomma, come prevede il DM 77, una medicina territoriali di prossimità che sia però in stretto contatto anche con i bisogni del sociale della popolazione aggiungendo alle equipe anche la presenza degli assistenti sociali e del volontariato.

Recentemente è stata sottoscritta con Sisac l'ipotesi di accordo della nuova convenzione per la specialistica ambulatoriale. Quali sono le principali novità?

Come specialistica ambulatoriale convenzionata interna abbiamo firmato il preaccordo in attesa di sottoscrivere con la medicina generale e la SISAC un ulteriore articolo comune nei rispettivi accordi e che metta in evidenza il rapporto tra le AFT delle varie categorie convenzionate del territorio.

Il nuovo ACN oltre al rinnovo della parte economica 2019-2021 con gli arretrati e la vacanza contrattuale ha posto i paletti normativi per l'applicazione della riforma del DM 77 in applicazione del PNRR e quindi delle Case di Comunità Hub e Spoke e degli Ospedali di comunità.

Ovviamente vi sono anche dei miglioramenti ed una semplificazione delle norme per essere meglio e correttamente interpretate dai funzionari addetti all'applicazione degli Acn delle Regioni e delle Aziende Ospedaliere ove operano gli specialisti convenzionati interni.

Nel Milleproroghe è stato presentato un emendamento che introduce lo scudo penale per i medici pensa sia la soluzione al problema?

Sicuramente è l'inizio per arrivare a una norma legislativa che permetta ai medici di lavorare senza l'incubo di una denuncia penale esattamente come succede per i magistrati quando devono esercitare la loro attività sia inquirente che giudicante.

La depenalizzazione dell'atto medico sicuramente sarebbe la soluzione più rapida e chiara. In Parlamento c'è una proposta anche dell'Ordine medici di Roma che ha ipotizzato di mantenere l'azione penale esclusivamente per il dolo e la colpa grave.

L'altro problema è legato alla facilità con cui i medici e il personale sanitario vengono denunciati per malpractice denunce che, lo sappiamo, nel 95% dei casi si risolvono con l'assoluzione del medico da ogni responsabilità penale. Dovrebbero creare il reato di "promozione di causa temeraria".

Una legge giusta deve garantire al cittadino che ha subito un danno di essere risarcito e al medico di lavorare nella massima serenità e concentrato sul paziente senza paura di una possibile causa. Sparirebbe la medicina difensiva che costa allo stato circa 10 miliardi l'anno con il beneficio di ridurre le prescrizioni non appropriate da parte dei colleghi che oggi non hanno altro sistema per difendersi.

Come Presidente dell'Ordine medici di Roma come giudica il primo anno del presidente Rocca e cosa occorre fare per riportare in carreggiata la sanità laziale?

Come Ordine dei Medici abbiamo dato la massima disponibilità e collaborazione al Presidente Francesco Rocca insieme all'Ordine degli Infermieri per creare un tavolo di confronto sui problemi della Sanità Laziale in quanto rappresentanti di fatto dell'85% dei suoi operatori pubblici e privati. Molte delle scelte e

delle delibere sinora approvate però mancano del nostro contributo che avrebbe certamente dato un valore aggiunto ed avrebbe rappresentato le varie criticità che abbiamo evidenziato. Ad esempio, nonostante il PNRR e il DM 77 prevedano una riorganizzazione delle attività territoriali non c'è traccia di attività orientate al potenziamento della sanità territoriale che appare sempre più necessaria per superare le criticità che vediamo quotidianamente nei pronto soccorso e negli ospedali romani e laziali. Riproponiamo al Presidente Rocca l'invito a convocarci e a mettere a terra quanto abbiamo già discusso insieme per aprire una nuova stagione di confronti al fine di trovare assieme soluzioni a tutela dei cittadini Laziali che combattono tutti i giorni con liste d'attesa infinite sia a livello ambulatoriale che ospedaliero.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119790

quotidianosanita.it **Una sanità che vive su piedi di argilla**

Ettore Jorio

È diventata peggio di una slavina, pronta a scivolare nei gironi dell'inferno con tanta povera gente dietro. Coordinata da organismi messi su non perché utili bensì per super retribuire i reggenti alla faccia chi non ha il coraggio di cancellarli dalle mappe dello spreco e della compiacenza distribuita all'ingrosso.

09 GEN -

Ciò che ha scritto il prof. Sabino Cassese sul Corriere della sera è quanto vado dicendo da quasi nove anni: occorre una riforma quater per la sanità, pena la sua progressiva morienza. È già tanto che sia sopravvissuta, aggredita così com'è stata da un privato che non ha lasciato nulla attaccato all'osso, basti pensare ai marchingegni scoperti dalla Corte dei conti del Lazio a sostegno di un extrabudget miliardario indebitamente corrisposto dalle aziende sanitarie laziali e altrettanto indebitamente neutralizzato nel fondo di (prima) dotazione piuttosto che essere preteso in restituzione. È già tanto che abbia ancora aperte le porte di accesso e le corsie a seguito dei maltrattamenti perpetrati nei confronti del personale sanitario, in favore dei quali nessuno (proprio nessuno) ha preteso, per tempo, lo sblocco del numero chiuso per le rispettive lauree.

È già troppo che la periferia, negata dell'assistenza primaria territoriale, abbia ancora abitanti, con una medicina di famiglia che presenta il conto a fine anno dei suoi limiti di assistenza reale e non dei servizi/prestazioni resi. Insomma, è già una esagerazione vantare la perdurante esistenza di un Servizio sanitario nazionale, senza accorgersi che è pieno zeppo di personale amministrativo, in favore del quale abbondano i concorsi perché è strumentale a fare clientele, e povero di operatori sanitari, dei quali in tanti non riconoscibili come giuridicamente tali.

Una sanità così fondata da decenni è una sanità che vive su piedi di argilla. È diventata peggio di una slavina, pronta a scivolare nei gironi dell'inferno con tanta povera gente dietro. Coordinata da organismi messi su non perché utili bensì per super retribuire i reggenti alla faccia chi non ha il coraggio di cancellarli dalle mappe dello spreco e della compiacenza distribuita all'ingrosso. Recitata con incarichi di advising spesi per ammirare i paesaggi e con revisori degni del più tradizionale dei piedistalli sta consumando ciò che resta. Un residuo malconco reso un raro esempio di servizio pubblico morente perché lasciato in mano a manager, per il vero alcuni molto bravi, per la maggior parte con possesso di esperienze e titoli che altrove varrebbero zero e che solo in Italia si ritengono valevoli per dichiarare quelle idoneità attraverso le quali la politica dirige la baracca attraverso i "bendisposti" di turno.

Per non parlare dello stato di manutenzione di strutture pubbliche che neppure a stento meriterebbero l'accreditamento e con il personale che si preferisce da decenni mantenere così com'è, in bilico e quasi alla fame, rispetto a quelli che invece campano, aummm aummm, a mezzo servizio. Per non parlare di quelle logiche che alimentano oggi i medici a gettone, i medici extraeuropei non iscritti all'albo e quelli "considerati dipendenti senza esserlo".

Si sta insomma dando per scontata la persistenza di quelle brutte abitudini consolidate, che sconfinano in reati, che mettono l'utente bisognoso in mani adeguate (forse) di fatto ma non di diritto.

Non si può sopportare una sanità equilibrista, che tenta di mettere la matrisca più grande in quella più piccola. La regola non è quella di distribuire l'accreditamento così come oramai si fa da tempo con la maturità, nel senso di concederla a tutti. Occorre ripristinare rigorosamente ciò che c'è dietro l'accreditamento e tenere in alta considerazione cosa ci sia davanti: il bisogno epidemiologico da soddisfare, quindi la gente, prioritariamente quella più povera praticamente uccisa dalle liste di attesa.

Dunque, rilevazione del fabbisogno, programmazione per soddisfarlo, ripartizione prioritaria nell'offerta pubblica accreditata, definizione dell'accreditamento da destinare a privati erogatori secondo le nuove regole (legge 118/2022), stipulazione dei contratti con gli erogatori scelti mediante procedura agonistiche. Non viceversa.

A parte, necessita pensare alla messa a terra delle case e gli ospedali di comunità, modificando le previsioni, nazionali e regionali, sul distretto. L'impressione che se ne ha, dalla mancata previsione economica del personale necessario nel triennale nella legge di bilancio 2024-2026, che il tutto vada a finire nella gestione privata.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119338

quotidianosanita.it

La fine del glorioso Servizio sanitario nazionale

Gian Massimo Gioria, Responsabile Nazionale Smi - Area convenzionata

Antonio Barillà, Segretario regionale Smi - Piemonte

10 GEN - Gentile Direttore

ogni anno, puntualmente, nel periodo novembre/marzo, si pone il problema dell'affollamento dei DEA: cittadini che sostano per giorni sulle barelle senza alcuna distanza tra gli uni e gli altri, reparti che riducono le attività ordinarie per far posto alle richieste dei pronti soccorsi ecc.

Ogni volta sembra una novità, ma in effetti non lo è.

Ovviamente, in questo periodo, sono tutti alla ricerca dei colpevoli, in primis taluni "tribuni" smemorati e politici incapaci; gli uni, infatti, ignorano le cause di questo grave disagio, gli altri, invece, cercano di nascondere al popolo i loro gravi errori. Tutti, quindi, guardano al momento, ma non alle cause di questo disastro sanitario pre-annunciato.

Le Regioni e le ASL conoscono bene l'annoso problema, ma, anziché agire per tempo, preparando un serio piano per la gestione dell'emergenza influenzale e parainfluenzale (dovrebbe essere fatto a settembre/ottobre), ignorano ciò o, per meglio dire, fanno finta di occuparsene, cercando in extremis rimedi tanto frettolosi quanto inefficaci. Purtroppo, se l'azione politica rimane tale, ogni anno sarà sempre peggio.

Ovviamente, in questo periodo dell'anno, gli ospedali ed i DEA in particolare sono nell'occhio del ciclone, ma non bisogna dimenticare che oltre il 90% dei problemi sanitari della popolazione vengono gestiti sul territorio, in primis dai medici di famiglia.

Detto ciò, cerchiamo di comprendere l'origine di questo ricorrente fenomeno.

Oltre alle azioni tardive e poco efficaci delle ASL e delle Regioni, bisogna individuare cause più profonde che si potrebbero riassumere con la seguente espressione: "La popolazione invecchia e si riduce l'assistenza ospedaliera in termini di posti letto e non solo". Si riportano, a tal fine, alcuni dati molto significativi estrapolati da autorevoli riviste del settore. Nel 1980, gli over 65 erano il 13,1% della popolazione e gli over 80 soltanto il 2,1%; tali percentuali sono aumentate, raggiungendo nel 2002 e nel 2020 rispettivamente il 16% e 21% degli over 65. Oggi tale percentuale è il 24%, di cui il 7,6% sono over 80; in Italia ci sono circa 14 milioni di over 65. Un altro dato che può essere utile per comprendere alcuni fenomeni come ad esempio le lunghe liste d'attesa, l'affollamento negli ospedali e non solo nei DEA, la lunga attesa per interventi e prestazioni sanitarie in generale, è l'andamento dei posti letto. Nel 1980, i posti letto ospedalieri per malati acuti erano 922 ogni 100 mila abitanti; oggi sono 275. Solo dal 2000 ad oggi sono stati tagliati oltre 80.000 posti letto.

Qualcuno dirà: "Ma in Europa si è verificato lo stesso fenomeno?"

Prendiamo ad esempio la Germania:

- Posti letto nel 2000: 911 x 100 mila abitanti (popolazione 82 milioni); nel 2020, 781 x 100 mila abitanti (popolazione 83 milioni)

Al contrario, in Italia:

- Posti letto nel 2000: 470 x 100 mila abitanti (popolazione 57 milioni). Nel 2020, 318 x 100 mila abitanti (popolazione 59 milioni)

La situazione è ancora più grave se consideriamo che la percentuale di over 65 in Italia è la più alta in Europa.

Analizzando questi dati, colpisce un paradosso tutto italiano: la popolazione è invecchiata e sono stati progressivamente ridotti i posti letto, anche rispetto agli altri paesi europei. Qualcuno direbbe: "La sanità al contrario!"

Probabilmente la "lungimiranza" della classe politica italiana degli ultimi 30 anni ha immaginato che invecchiare significasse stare meglio e quindi avere bisogno di meno assistenza sanitaria ospedaliera e non solo.

Di certo la drammatica situazione odierna, sotto gli occhi di tutti, essa è il risultato di scelte quali: riduzione dei posti letto, tagli al personale medico, infermieristico, riduzione di servizi, ricorso sfrenato alle prestazioni da parte di privati, cooperative, ecc.

Questo è ciò che accade in Italia. In Piemonte, la situazione non è molto diversa, sia per quanto riguarda gli ospedali sia per ciò che concerne la sanità territoriale, mancano ad esempio circa 600 medici di famiglia ed altrettanti medici di continuità assistenziale, secondo i parametri dei contratti nazionali. Le cure domiciliari sono carenti di personale infermieristico, si parla infatti di affidare le cure domiciliari alle cooperative.

L'integrazione ospedale territorio, inoltre, non esiste se non negli enunciati.

Il concetto di "grande distribuzione", negli ultimi 20 anni, ha caratterizzato anche la trasformazione/involuzione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso la nascita di "discount della sanità", dove i lavoratori sono precari e sottopagati ed i servizi forniti sono spesso di non eccellente qualità.

Siamo una regione in cui i cittadini girano in lungo ed in largo per il Piemonte per poter usufruire di una prestazione sanitaria, optando per il pagamento, poiché i costi di trasporto sono superiori a quelli della prestazione stessa

Nessuno dei nostri burocrati o politici si è mai posto il problema di pensare: "Ma un anziano (in Piemonte ci sono oltre un milione di over 65) come può spostarsi da Moncalieri a Domodossola, da Chivasso a Cuneo, o da Torino a Novara, per una prestazione? È in grado di andare autonomamente? In alternativa, Chi lo accompagna? Quanto gli costa?".

Tra qualche mese non si parlerà più di pronto soccorso e si ritornerà a parlare di liste d'attesa; "cambia il cantante ma la musica sarà la stessa". Vedremo cittadini in pellegrinaggio per una prestazione sanitaria o peggio pagare un servizio a cui si ha diritto gratuitamente. Medici di famiglia, inondati dalla burocrazia che, oltre a registrare quotidiane lamentele, subiscono le esternazioni talvolta violente dei cittadini. Nel paradosso della sanità italiana, ciò che preoccupa è anche l'inerzia dei cittadini che, sentendosi probabilmente stanchi e impotenti, accettano passivamente, pagando prestazioni che dovrebbero ricevere gratuitamente. Una seria protesta insieme a medici e infermieri che lavorano spesso in condizioni disumane, sotto organico, rinunciando a ferie, riposi, servirebbe forse a scuotere le coscienze di chi ha il potere di cambiare questa situazione.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119391



Quarantacinque anni fa, il SSN.

A cura di Laboss (1)

Nel ricordare il 45° compleanno del nostro Servizio sanitario nazionale, battiamoci in sua difesa. Per contrastare il suo progressivo, ma sempre più rapido, smantellamento sono necessari ingenti finanziamenti pubblici, insieme ad adeguate politiche sanitarie. Il Patto di stabilità recentemente negoziato con l'Europa prevede l'esclusione delle spese militari dal conteggio del debito. La nostra proposta è invertire le priorità: escludere dal Patto le spese sanitarie, invece di quelle militari.

Quarantacinque anni fa, il 23 dicembre 1978 Tina Anselmi, prima donna italiana al ministero della Sanità, appose la firma alla legge n. 833, istitutiva del tanto atteso Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

La nascita del SSN segnò per il paese un grande salto di qualità, a partire dal suo obiettivo principale: il passaggio dalla cura della malattia, concepita per lo più come sofferenza individuale, alla tutela e promozione universale della salute, fisica e psichica, individuale e collettiva. Il nuovo servizio fu caratterizzato da un'impostazione integrata dell'intervento sanitario e di quello sociale, dalla priorità dell'attività di prevenzione, da un'organizzazione decentrata e territoriale, da un approccio capace di investire le questioni legate alle condizioni di lavoro, alla tutela dell'ambiente, al benessere umano complessivo.

I principi con cui nasceva erano radicali. **Universalità di copertura**, non solo ai cittadini italiani ma **a tutti**, senza alcuna discriminazione, era garantito il diritto alle cure. **Equità di accesso e uguaglianza di trattamento; globalità**

e uniformità territoriale delle prestazioni erogate; impiego coordinato delle moderne tecniche di prevenzione, cura e recupero.

E ancora, centralità dell'azione preventiva; decentramento territoriale; unicità di gestione dei servizi da parte delle Unità Sanitarie Locali (Usl), concepite come strumenti di un intervento integrato a tutela della salute che comprendeva molteplici aspetti.

Partecipazione e controllabilità democratica; programmazione dell'offerta dei servizi e della spesa; finanziamento tramite la fiscalità progressiva generale. Nella sua architettura, esso capovolgeva il precedente assetto sanitario, spostando potere e risorse dall'inefficiente edificio delle Casse Mutue e degli enti ereditati dal fascismo, a istituzioni più vicine ai cittadini, con un finanziamento che passava dal vecchio meccanismo assicurativo alla fiscalità progressiva. In questo modo il principio di equità veniva realizzato con un finanziamento che era parte dei meccanismi redistributivi e solidaristici del welfare e con un'erogazione di servizi fondati sui bisogni di salute indipendentemente dai contributi versati e dal reddito.

L'istituzione del SSN fu il risultato del fermento sociale, politico e culturale degli anni Sessanta e Settanta, delle mobilitazioni del movimento operaio e di quello femminista, delle pressioni sindacali e dei partiti della sinistra. Sperimentazione di innovativi servizi socio-sanitari, collettivi, decentrati, universali, pubblici, piena consapevolezza dei nessi che legavano la salute ambientale e l'organizzazione capitalistica del lavoro, ripensamento delle finalità e dei dispositivi della scienza, attuazione della Costituzione furono altresì centrali nella costruzione del Servizio sanitario. Determinante l'impegno per la salute che caratterizzò molte iniziative ed esperienze degli anni Settanta, quale dimensione concreta dell'affermazione dei diritti sociali e di libertà, delle pratiche di partecipazione, dell'elaborazione di nuovi saperi condivisi.

La riforma sanitaria del 1978 va ricordata oggi perché costituì la più importante realizzazione universalista del welfare italiano, segnato ancora da logiche occupazionali, strategie patriarcali, forte frammentazione e approccio categoriale. Furono necessari anni di discussioni, conflitti e sperimentazioni, un'intensa stagione di azione collettiva all'insegna delle istanze di libertà e uguaglianza che in quel decennio trasformarono nel profondo l'assetto del paese.

Ritornare alle origini politiche di questa istituzione "inventata" non è un semplice atto di memoria, bensì una necessità concreta, che nasce dal desiderio e dall'urgenza di riprendere quel percorso, di esserne eredi consapevoli. Siamo di fronte a un lungo, ma sempre più rapido, processo di privatizzazione e dequalificazione della sanità pubblica, a politiche e narrazioni che giorno per giorno puntano a mettere fine a un modello di salute universalistico e democratico, alla forte invadenza di logiche di mercato e profitto, con l'effetto di assistere a un grave aumento delle disuguaglianze sociali e delle disparità territoriali nella salute. Contrastare queste dinamiche può essere uno dei terreni chiave dell'odierno conflitto politico e sociale, per realizzare il diritto di tutte e tutti alla salute e per riaffermare una delle conquiste più importanti del Paese, ottenuta con grandi idee e grandi lotte.

Per ripartire da un primo punto fermo, sono necessarie adeguate politiche sanitarie nel campo del personale, così come strategie di intervento nell'ambito delle cure primarie e della salute mentale. Per far sì che questo sia possibile è più che mai indispensabile ottenere maggiori finanziamenti, ipotizzati nell'incremento della percentuale di spesa sanitaria pubblica al **7,5% del PIL**. Si allineerebbe così l'Italia, sia pure al ribasso, ai principali paesi europei, **con un punto di PIL in più di spesa sanitaria pubblica, equivalente a circa 21 miliardi di euro.**

Il Patto di stabilità recentemente negoziato con l'Europa prevede l'esclusione delle spese militari dal conteggio del debito. La nostra proposta è invertire le priorità: escludere dal Patto le spese sanitarie, invece di quelle militari.

Il post è tratto (e ulteriormente integrato) dall'articolo di Chiara Giorgi "Il compleanno del servizio sanitario nazionale", pubblicato sul Manifesto del giorno 21 dicembre 2023 <https://ilmanifesto.it/il-compleanno-del-servizio-sanitario-nazionale>

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/12/quarantacinque-anni-fa-il-ssn/>

Spesa sanitaria boom. Nel 2022 sfiora i 170 mld di cui 40 mld di out of pocket. Il nuovo rapporto della Ragioneria generale dello Stato

Quotidiano Sanità - <https://www.quotidianosanita.it/>

Abstract

Cresce la spesa per reddito da lavoro dipendente (+2,4%) e la spesa farmaceutica diretta (+10,4%). Stabili i consumi intermedi (+0,3%), lieve crescita per la farmaceutica convenzionata (+1,3%) mentre

cala la spesa per l'assistenza da medicina convenzionata (-1,9%). Continua a salire la spesa per gli acquisti di prestazione dal privato (+1,9). Male i conti delle regioni che vedono aumentare il disavanzo (ante coperture) a 1,4 miliardi.

Prosegue senza sosta l'aumento della spesa sanitaria italiana. Nel 2022 quella pubblica ha toccato quota 129,2 mld cui vanno sommati altri 40 mld di spesa out of pocket per arrivare alla cifra 'monstre' di quasi 170 mld. È quanto emerge dall'ultimo rapporto della Ragioneria generale dello stato sulla spesa sanitaria.

Cresce la spesa per reddito da lavoro dipendente (+2,4%), la spesa farmaceutica diretta (+10,4%). Stabili i consumi intermedi (+0,3%), lieve crescita per la farmaceutica convenzionata (+1,3%) mentre cala la spesa per l'assistenza per la medicina convenzionata (-1,9%). Continua a salire la spesa per gli acquisti di prestazione dal privato (+1,9). Male i conti delle regioni che vedono aumentare il disavanzo (ante coperture) a 1,4 miliardi.

"Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psico-fisico della popolazione costituiscono un risultato importante sotto il profilo del soddisfacimento dei bisogni sanitari – evidenzia il documento - . Inoltre, presenta risvolti positivi anche in termini di contenimento della spesa sociale. Tuttavia, il mantenimento degli standard qualitativi raggiunti rende indispensabile affrontare il tema della sostenibilità dei costi del sistema sanitario pubblico in presenza di livelli di finanziamento condizionati dai vincoli di bilancio e dal rispetto degli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria".

"Ciò richiede – si sottolinea - che si prosegua nell'azione di consolidamento e di rafforzamento delle attività di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del SSN, in coerenza con l'azione svolta negli anni. Negli ultimi venti anni, in particolare, il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di governance, che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito".

"L'esperienza in tale ambito – rimarca la Ragioneria -, ha mostrato che esistono margini di efficientamento e di razionalizzazione del sistema che possono essere utilmente attivati per far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione garantendo la qualità e l'universalità dei servizi erogati".

La spesa sanitaria corrente di CE tra il 2013 e il 2022 è passata da 109.429,4 a 129.271,2 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo dell'1,9%. Il persistente aumento della spesa osservato nel decennio in esame è contraddistinto da un'accelerazione tra il 2020 e il 2021 per via dei maggiori costi connessi con la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Fino al 2019 l'incremento medio annuo è dell'1,1%, mentre nel biennio successivo ha raggiunto il 4,2%.

In particolare, la crescita osservata nel 2020 (+5,4%) risulta essere più consistente di quella riscontrabile nel 2021 (+2,9%), presumibilmente per via dei diversi modelli organizzativi messi in atto dalle regioni per fronteggiare la crisi epidemiologica. Meno accentuato risulta, invece, il tasso di incremento (+1,9%) osservato nell'ultimo anno in ragione dell'attenuarsi degli oneri strettamente legati alle misure emergenziali benché in parte compensati dai citati rincari delle fonti energetiche.

A livello di singola regione, nel 2020 solo il Molise ha mostrato un calo della spesa (-7,2%), principalmente dovuto a iscrizioni contabili presenti nel 2019 registrate a carico del SSR in modo improprio. Per la provincia autonoma di Bolzano è, invece, rinvenibile l'aumento maggiore (+10,7%). Nel 2021 una leggera flessione dei costi si è manifestata in Calabria (-0,7%) e in Emilia Romagna (-0,1%). La crescita più rilevante è associata alla Sardegna (+6%).

Nell'ultima annualità, invece, il decremento è riscontrabile nella provincia autonoma di Bolzano, in Toscana e in Molise visto che le restanti regioni fanno osservare un aumento con un valore massimo per la provincia autonoma di Trento di oltre 9 punti percentuali.

Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.281,1
Valle d'Aosta	271,2	259,6	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	303,9	316,3
Lombardia	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.558,6	21.907,6
Provincia autonoma di Bolzano	1.151,0	1.135,5	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.477,5
Provincia autonoma di Trento	1.150,6	1.152,6	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.429,8
Veneto	8.675,6	8.754,3	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.974,6
Friuli Venezia Giulia	2.468,9	2.374,0	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.809,4
Liguria	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.592,7
Emilia Romagna	8.611,3	8.644,0	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.363,5
Toscana	6.948,1	7.107,2	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.120,0
Umbria	1.645,6	1.629,3	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.943,3
Marche	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.153,8
Lazio	10.621,3	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.739,4	12.052,8
Abruzzo	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.651,1
Molise	696,4	662,2	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	717,1	709,3
Campania	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,1	11.349,1	11.471,1
Puglia	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.231,7
Basilicata	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.131,5	1.147,5
Calabria	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.600,6	3.734,7
Sicilia	8.523,2	8.637,0	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.957,0	10.197,8
Sardegna	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.370,0	3.570,6	3.705,6
ITALIA	109.429,4	110.746,3	111.113,6	112.492,4	114.307,5	115.713,3	116.928,3	123.295,8	126.875,7	129.271,2
Variazione %		1,2%	0,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,1%	5,4%	2,9%	1,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	59.224,0	60.037,1	60.317,4	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,6	69.380,7	70.484,1
Variazione %		1,4%	0,5%	1,1%	2,2%	1,2%	1,1%	6,3%	2,4%	1,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	41.980,1	42.549,4	42.676,3	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.567,5	48.094,2	49.048,5
Variazione %		1,4%	0,3%	1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	4,4%	3,3%	2,0%
Autonomie speciali ^(c)	8.225,3	8.159,8	8.119,8	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.988,7	9.400,7	9.738,6
Variazione %		-0,8%	-0,5%	1,6%	1,0%	1,7%	1,7%	4,2%	4,6%	3,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Per favorire eventuali confronti con gli anni antecedenti al 2012, i dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni al fine di omiare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni precedentemente alla definizione di principi contabili omogenei (DLgs 118/2011).

^(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.

Cresce il disavanzo delle Regioni. Continua a salire il disavanzo delle Regioni (ante coperture ndr.) che nel 2022 si è attestato a 1,414 miliardi. Analizzando i dati emerge come siano ben 17 le Regioni con i conti in rosso e che hanno dovuto mettere mano a risorse proprie per chiudere i bilanci.

Tab. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2013-2022 (valori in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	-37,1	56,8	5,8	8,4	2,1	-8,5	-9,4	48,3	53,5	-27,9
Valle d'Aosta*	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-21,8	-20,5	-22,7	-18,6	-20,7	-40,4
Lombardia	10,2	4,2	21,4	5,9	5,1	6,0	6,3	11,0	6,3	0,3
Provincia autonoma di Bolzano*	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-267,5	-264,0	-237,7	-308,7	-324,6	-309,1
Provincia autonoma di Trento*	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-196,4	-198,5	-194,8	-190,0	-181,3	-238,9
Veneto	4,4	15,7	3,5	13,7	51,9	13,1	13,3	2,2	8,5	7,1
Friuli Venezia Giulia*	-38,4	50,5	5,8	9,8	-52,0	-97,9	-135,0	-10,3	-132,8	-90,7
Liguria	-78,2	-63,7	-98,5	-63,7	-56,1	-51,6	-53,7	-0,0	-36,0	-65,1
Emilia Romagna	0,0	13,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	-99,9
Toscana	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-94,0	-18,0	-12,9	-93,2	-149,6	-76,2
Umbria	4,8	9,5	2,9	2,9	2,8	0,7	0,1	0,0	0,1	0,8
Marche	48,5	62,1	62,0	24,5	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3	0,0
Lazio	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	0,0	-222,3
Abruzzo	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	13,9	-6,8
Molise	-99,4	-60,0	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-60,0	-43,5
Campania	8,8	127,8	49,8	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	12,3	7,9
Puglia	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,9	-148,8
Basilicata	0,0	1,5	-7,7	9,8	4,5	0,3	0,6	4,3	1,7	-9,9
Calabria	-33,9	-65,7	-58,5	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-123,3	26,1	140,4
Sicilia	0,1	0,0	13,7	-0,0	-0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	-39,4
Sardegna*	-380,4	-361,6	-328,4	-325,2	-240,2	-205,7	-168,7	-77,4	-182,2	-152,3
ITALIA	-1.784,7	-927,7	-1.003,9	-923,0	-1.068,6	-1.084,9	-1.044,0	-726,0	-1.097,1	-1.414,7

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

I risultati di esercizio nella tabella sono coerenti con le risultanze (per le regioni a statuto speciale e le province autonome fino all'anno 2021) dell'attività del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello CE consolidato regionale (999).

L'eventuale disavanzo riportato in tabella per le regioni a statuto speciale e le province autonome, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo rinveniente dalla lettura dei CE in quanto l'eventuale eccesso di spesa rispetto alla quota di finanziamento assegnata per l'erogazione dei LEA può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.

* Per tali regioni e province autonome, con riferimento all'anno 2022, il Tavolo per la verifica degli adempimenti procederà al monitoraggio sui dati di consuntivo.

Redditi da lavoro dipendente.

La spesa nel periodo 2013-2022 è aumentata da 35.178,6 a 38.615 milioni di euro, facendo registrare un incremento medio annuo dell'1%. Nell'arco temporale considerato l'andamento dell'aggregato ha presentato una dinamica non monotona.

Fino al 2017, infatti, è contrassegnato da una riduzione, mentre nel quinquennio successivo è contraddistinto da una crescita. La diminuzione nel primo quinquennio è fondamentalmente attribuibile alle politiche di contenimento attuate dalle regioni e alla sospensione dei rinnovi contrattuali intervenuta per il periodo 2010-2015.

L'impatto delle misure di governance relative al personale è valutabile anche sulla scorta dei dati del Conto annuale della RGS. Dal 2013 al 2017 il numero di unità si è, infatti, contratto da oltre 670.200 a poco più di 647.000. Di contro, nei successivi quattro anni i lavoratori dipendenti del settore sanitario sono aumentati costantemente oltrepassando la soglia di 670.500 nel 2021.

Conseguentemente, l'aumento della spesa riscontrato a decorrere dal 2018 è dovuto alla ripresa delle assunzioni, alla sottoscrizione dei contratti per i trienni 2016-2018 e 2019-2021 e alle misure per contrastare il virus SARS-CoV-2. In particolare, nel biennio 2020-2021, periodo di maggiore incidenza dell'emergenza epidemiologica, si sono concretizzati gli incrementi di spesa più rilevanti (+3,6% e 2,6%, rispettivamente).

Anche il 2022 ha evidenziato una significativa espansione della spesa, anche in relazione al perfezionamento del rinnovo del contratto per il personale non dirigente. A livello di singola regione, la diminuzione maggiore di spesa si è manifestata in Molise nel 2020 (-1,7%), nella provincia autonoma di Trento nel 2021 (-1,8%) e in quella di Bolzano nel 2022 (-4,1%). Gli incrementi più elevati sono, invece, osservabili in Valle d'Aosta nel 2020 (+8,4%), nella provincia autonoma di Bolzano nel 2021 (+8,7%) e in quella di Trento nel 2022 (+10,4%). Nell'ambito del costo del personale delle diverse regioni rileva una differente composizione tra personale a tempo indeterminato e quello a tempo determinato, quest'ultimo, atteso in incremento, in relazione ai provvedimenti legislativi emergenziali che ne hanno favorito il ricorso.

Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	2.820,8	2.800,1	2.789,0	2.776,5	2.762,8	2.804,8	2.850,1	2.959,8	3.010,0	3.052,3
Valle d'Aosta	113,2	107,6	113,1	113,8	111,4	113,4	115,6	125,3	124,6	131,8
Lombardia	5.046,9	5.005,0	4.936,0	4.949,0	4.913,0	5.030,8	5.139,2	5.303,6	5.319,5	5.470,3
Provincia autonoma di Bolzano	591,9	551,5	577,3	579,1	599,9	622,9	631,2	673,9	732,2	702,5
Provincia autonoma di Trento	421,4	420,2	418,4	420,5	431,3	435,6	445,9	475,5	467,0	515,7
Veneto	2.723,3	2.739,8	2.738,2	2.728,3	2.696,9	2.752,0	2.824,7	2.953,2	3.028,4	3.119,4
Friuli Venezia Giulia	955,6	942,3	922,8	925,3	929,3	957,7	972,6	989,3	1.004,7	1.039,3
Liguria	1.103,3	1.090,5	1.085,7	1.079,1	1.085,4	1.087,4	1.107,2	1.105,5	1.118,0	1.200,9
Emilia Romagna	2.995,6	2.984,3	2.971,0	2.958,4	2.984,0	3.032,5	3.128,9	3.285,3	3.390,4	3.527,3
Toscana	2.522,8	2.530,9	2.541,6	2.523,2	2.524,0	2.572,6	2.634,6	2.773,9	2.852,5	2.852,2
Umbria	615,3	615,5	614,6	608,6	614,5	629,5	635,5	647,3	644,9	671,7
Marche	994,0	992,2	991,2	988,4	994,1	1.018,9	1.032,8	1.058,9	1.064,0	1.087,9
Lazio	2.837,9	2.756,7	2.723,3	2.687,7	2.646,9	2.651,0	2.682,1	2.862,9	2.985,9	3.073,4
Abruzzo	767,2	758,9	766,6	765,2	755,3	763,6	769,7	790,7	826,9	843,2
Molise	211,9	199,2	194,6	183,4	177,3	175,2	172,8	169,9	170,0	173,3
Campania	2.849,7	2.790,4	2.734,0	2.657,3	2.640,3	2.671,2	2.694,6	2.832,4	2.949,9	3.036,3
Puglia	1.989,7	2.009,1	2.006,5	2.005,8	2.014,1	2.031,4	2.090,5	2.150,4	2.302,5	2.371,7
Basilicata	379,7	380,8	376,9	376,1	374,3	370,6	369,9	375,5	370,6	376,9
Calabria	1.183,7	1.160,9	1.136,7	1.132,8	1.128,9	1.128,3	1.130,5	1.124,3	1.132,0	1.117,3
Sicilia	2.865,3	2.843,1	2.807,6	2.772,9	2.766,3	2.802,3	2.842,3	2.882,9	2.958,5	3.019,9
Sardegna	1.189,1	1.191,3	1.180,6	1.209,9	1.191,9	1.205,1	1.210,8	1.226,3	1.260,7	1.231,8
ITALIA	35.178,6	34.870,2	34.625,8	34.441,3	34.342,0	34.856,6	35.481,7	36.767,1	37.713,3	38.615,0
Variazione %		-0,9%	-0,7%	-0,5%	-0,3%	1,5%	1,8%	3,6%	2,6%	2,4%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19.201,8	19.139,0	19.044,2	18.987,5	18.949,1	19.299,1	19.723,1	20.463,1	20.798,4	21.358,8
Variazione %		-0,3%	-0,5%	-0,3%	-0,2%	1,8%	2,2%	3,8%	1,6%	2,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	12.705,5	12.518,3	12.369,4	12.205,2	12.129,2	12.223,0	12.382,5	12.813,5	13.325,7	13.635,1
Variazione %		-1,5%	-1,2%	-1,3%	-0,6%	0,8%	1,3%	3,5%	4,0%	2,3%
Autonomie speciali ^(c)	3.271,2	3.212,9	3.212,2	3.248,6	3.263,7	3.334,6	3.376,1	3.490,4	3.589,3	3.621,1
Variazione %		-1,8%	0,0%	1,1%	0,5%	2,2%	1,2%	3,4%	2,8%	0,9%

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.

Nel corso degli anni l'incidenza della spesa dei redditi da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa complessiva di CE è contraddistinta da una tendenziale diminuzione passando dal 32,1% del 2013 al 29,9% del 2022. Dinamica sostanzialmente simile è rinvenibile sia per le regioni soggette sia per quelle non soggette ai piani di rientro.

Diversa è la situazione nel caso delle autonomie speciali le quali mostrano un'alternanza di valori crescenti e decrescenti fino al 2019 per poi evidenziare un calo costante nel triennio successivo. Nell'ultima annualità, a livello di singola regione, il peso percentuale più elevato si registra per la provincia autonoma di Bolzano (47,5%) a cui si contrappone il Molise con il tasso più basso (24,4%). Nel 2022 le autonomie speciali hanno mostrato un'incidenza dell'aggregato sulla corrispondente spesa totale (37,2%) maggiore di quella riscontrabile negli altri due cluster.

Farmaceutica diretta.

La spesa nel periodo 2013-2022 è passata da 8.233,5 a 12.853,9 milioni di euro, con un corrispondente incremento medio annuo del 5,1%. Nel decennio in esame l'aggregato ha mostrato una crescita fino al 2018 per poi evidenziare una lieve contrazione (-0,6%) nell'anno successivo, dovuta sostanzialmente all'incasso del pay-back relativo al superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per il periodo 2013-2017 a seguito della risoluzione ope legis dei contenziosi amministrativi con le aziende del settore. Nel 2020 è rinvenibile una crescita del 5,8% presumibilmente per le necessità legate all'emergenza sanitaria da Covid-19. L'aumento risulta comunque attenuato dalla contabilizzazione del pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica per consumi diretti relativo al 2018. Il 2021 ha scontato una nuova contrazione (-3,7%), sostanzialmente per l'introito del pay-back per superamento del tetto di spesa per gli acquisti diretti non solo del 2019, ma anche di una quota di quello riguardante il 2020. L'incremento osservato nel 2022 (+10,4%) è invece mitigato dall'incasso del restante pay-back del 2020 e da una quota di quello riguardante il 2021. A livello regionale, nel 2020 solo il Friuli Venezia Giulia e la Puglia hanno fatto registrare una diminuzione dei costi. La Basilicata ha, invece, mostrato l'incremento maggiore essendo l'unica regione a raggiungere un incremento di 12 punti percentuali. Nel 2021 il calo complessivo della spesa si è riverberato parimenti su quasi tutte le regioni con la contrazione più rilevante in Toscana (-12,4%). Di contro, tra le sei regioni con una crescita dei costi, il Friuli Venezia Giulia ha evidenziato l'incremento maggiore 194 (+17,7%). Nel 2022 solo in Valle d'Aosta, in Friuli Venezia Giulia e in Sicilia si è registrato un decremento.

Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	638,8	673,5	682,5	783,2	802,4	819,6	875,3	915,9	868,3	949,0
Valle d'Aosta	13,9	14,6	18,3	18,0	18,2	18,4	19,2	20,5	19,6	17,6
Lombardia	1.127,4	1.215,0	1.512,8	1.491,5	1.551,7	1.578,1	1.630,0	1.805,7	1.622,8	1.664,5
Provincia autonoma di Bolzano	65,5	68,7	81,0	85,0	87,6	93,0	101,1	106,3	95,2	108,4
Provincia autonoma di Trento	46,3	50,0	57,1	61,7	63,7	68,0	88,9	92,0	87,3	113,9
Veneto	629,4	673,2	737,2	780,6	826,3	839,5	895,3	968,6	942,2	994,6
Friuli Venezia Giulia	195,4	193,7	226,1	243,6	259,5	266,4	273,2	236,6	278,5	273,3
Liguria	232,7	247,4	290,9	316,8	326,2	325,9	321,5	340,9	341,8	379,1
Emilia Romagna	653,0	675,5	754,4	839,9	884,0	912,9	882,9	887,5	934,2	1.014,4
Toscana	617,3	710,2	735,9	819,2	819,7	766,8	762,5	842,2	737,8	894,4
Umbria	144,7	155,1	159,5	195,9	201,3	206,1	205,5	214,2	216,1	229,5
Marche	260,4	272,3	302,9	326,1	338,7	341,7	337,0	348,2	347,7	381,3
Lazio	813,9	852,1	944,4	1.014,5	1.063,2	1.118,1	1.088,1	1.119,2	1.007,2	1.248,5
Abruzzo	179,4	189,8	213,7	240,4	251,3	270,9	276,1	294,7	269,2	341,1
Molise	37,2	42,6	51,7	52,8	56,1	58,2	65,2	66,1	58,7	69,8
Campania	760,1	848,9	1.062,6	1.166,8	1.137,1	1.145,3	1.095,0	1.215,1	1.212,2	1.319,4
Puglia	584,9	618,1	722,6	790,5	851,4	902,8	848,3	838,6	830,8	943,6
Basilicata	84,0	85,6	98,8	108,2	115,7	120,6	107,2	120,1	117,3	122,8
Calabria	284,0	296,4	364,1	375,4	389,8	411,6	400,6	406,2	381,8	480,1
Sicilia	579,3	643,8	783,0	830,1	848,4	879,6	826,4	895,2	910,0	902,4
Sardegna	285,9	307,7	337,5	362,7	360,3	350,5	325,7	358,0	362,5	406,3
ITALIA	8.233,5	8.834,1	10.137,1	10.902,8	11.252,6	11.493,8	11.425,2	12.091,8	11.641,3	12.853,9
Variazione %		7,3%	14,7%	7,6%	3,2%	2,1%	-0,6%	5,8%	-3,7%	10,4%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.387,7	4.707,7	5.274,9	5.661,3	5.866,0	5.911,1	6.017,3	6.443,4	6.128,2	6.629,6
Variazione %		7,3%	12,0%	7,3%	3,6%	0,8%	1,8%	7,1%	-4,9%	8,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3.238,8	3.491,6	4.142,1	4.470,5	4.597,3	4.786,4	4.599,7	4.835,0	4.670,0	5.304,9
Variazione %		7,8%	18,6%	7,9%	2,8%	4,1%	-3,9%	5,1%	-3,4%	13,6%
Autonomie speciali ^(c)	607,0	634,7	720,1	771,0	789,3	796,2	808,2	813,4	843,1	919,4
Variazione %		4,6%	13,5%	7,1%	2,4%	0,9%	1,5%	0,6%	3,7%	9,1%

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.

La maggior parte delle restanti regioni hanno mostrato consistenti tassi di crescita che oltrepassano la soglia del 30% per la provincia autonoma di Trento. La motivazione di tali risultanze è ovviamente condizionata dalle specifiche modalità di contabilizzazione del pay-back messe in atto dalle singole regioni. Per quanto concerne

i tre raggruppamenti considerati, le regioni non in piano di rientro e le autonomie speciali hanno mostrato un aumento medio annuo (+4,7%) nel decennio in esame inferiore a quello riscontrato in Italia.

Di contro, il restante cluster ha manifestato una velocità di crescita superiore che ha oltrepassato i 5 punti percentuali medi annui. Nell'intero orizzonte temporale considerato, le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato lo stesso andamento verificatosi in Italia con una diminuzione nel 2019 e nel 2021 (-3,9% e -3,4%, rispettivamente). Le autonomie speciali hanno fatto registrare un costante incremento della spesa.

Per il terzo cluster la contrazione si è manifestata solo nel 2021 (-4,9%). Il peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una continua crescita fino al 2018. Negli anni successivi si è sostanzialmente stabilizzato intorno a un valore di poco inferiore al 10%, eccezion fatta per il 2021 anno in cui l'incidenza è scesa al 9,2%. Analoga dinamica è rinvenibile solo per le regioni soggette ai piani di rientro¹⁹⁶

A livello di singola regione, nell'ultima annualità l'incidenza dell'aggregato in esame sul totale della spesa varia dai circa 13 punti percentuali della Calabria e dell'Abruzzo al 5,6% della Valle d'Aosta. Nel 2022 le regioni in piano di rientro hanno evidenziato un'incidenza sulla corrispondente spesa complessiva (10,8%) superiore a quella degli altri due cluster (9,4%). La dinamica della spesa dei prodotti farmaceutici è altresì regolamentata da politiche di governance che hanno puntato alla razionalizzazione dell'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche.

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici.

Tra il 2013 e il 2022 la spesa è cresciuta da 21.239,3 a 27.426,9 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2,9%. Eccezion fatta per il 2015, ogni annualità è contraddistinta da un aumento. Il biennio 2020-2021 ha evidenziato l'aumento più rilevante in ragione dei costi incrementali per fronteggiare la pandemia da Covid-19.

La crescita media annua è risultata dell'1,3% fino al 2019, confermando l'efficacia delle misure di contenimento della spesa per beni e servizi disposte normativamente per quel periodo. Nei due anni successivi l'incremento medio annuo ha raggiunto il 9,2%

Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2013-2022
(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	1.639,6	1.625,7	1.624,6	1.600,8	1.654,3	1.622,9	1.706,9	1.875,2	2.079,8	2.034,9
Valle d'Aosta	74,6	70,5	65,7	60,7	62,2	63,7	66,0	71,0	81,1	77,8
Lombardia	3.748,5	4.026,5	3.695,0	3.945,9	4.104,7	4.224,2	4.063,3	4.718,8	4.900,7	4.827,1
Provincia autonoma di Bolzano	184,4	206,9	197,4	211,1	213,4	227,8	243,7	280,5	321,0	325,0
Provincia autonoma di Trento	235,2	234,8	219,6	232,8	234,3	236,5	215,1	244,2	271,0	316,7
Veneto	1.850,2	1.831,6	1.903,6	1.922,9	1.974,8	1.951,7	2.035,0	2.298,3	2.576,7	2.716,5
Friuli Venezia Giulia	601,7	539,6	514,3	529,1	552,7	578,7	604,2	627,5	669,1	643,5
Liguria	644,5	685,8	658,7	652,3	661,9	635,3	644,5	691,4	803,5	771,8
Emilia Romagna	1.811,7	1.836,4	1.847,3	1.875,4	1.962,3	2.009,8	1.987,5	2.497,2	2.165,5	2.306,5
Toscana	1.569,6	1.578,2	1.606,1	1.579,4	1.698,9	1.672,9	1.740,1	1.880,1	2.036,3	1.851,3
Umbria	362,3	363,5	358,0	353,7	372,5	381,8	365,1	393,5	463,1	456,7
Marche	569,0	562,0	542,3	546,0	568,4	542,3	562,6	608,1	663,5	566,1
Lazio	2.003,8	2.080,3	1.981,7	2.003,2	1.886,5	1.900,7	1.880,3	2.076,8	2.170,3	2.241,2
Abruzzo	489,6	528,2	470,6	499,8	511,6	529,8	549,4	590,8	600,3	540,6
Molise	137,1	110,7	91,6	105,9	101,4	102,0	129,2	133,0	144,4	137,4
Campania	1.427,3	1.448,1	1.539,6	1.614,2	1.813,7	1.653,4	1.664,6	1.968,7	2.101,2	2.155,7
Puglia	1.265,5	1.321,1	1.278,4	1.309,2	1.338,5	1.399,6	1.456,1	1.557,4	1.717,5	1.652,4
Basilicata	189,8	195,4	189,6	190,7	214,8	188,0	201,8	193,3	225,5	254,9
Calabria	439,9	491,6	480,8	484,4	469,3	552,0	566,8	618,9	619,1	684,6
Sicilia	1.347,7	1.381,1	1.376,7	1.393,0	1.490,8	1.545,3	1.556,4	1.787,4	1.932,3	2.097,6
Sardegna	647,4	666,0	633,0	615,3	604,6	616,8	693,9	667,0	793,5	768,8
ITALIA	21.239,3	21.784,0	21.274,6	21.725,9	22.491,9	22.635,2	22.932,6	25.779,1	27.335,3	27.426,9
Variazione %		2,6%	-2,3%	2,1%	3,5%	0,6%	1,3%	12,4%	6,0%	0,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	12.385,3	12.705,2	12.425,2	12.667,1	13.212,9	13.229,0	13.307,0	15.155,9	15.914,6	15.785,8
Variazione %		2,6%	-2,2%	1,9%	4,3%	0,1%	0,6%	13,9%	5,0%	-0,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	7.110,8	7.361,0	7.219,4	7.409,7	7.611,9	7.682,8	7.802,7	8.733,1	9.285,0	9.509,4
Variazione %		3,5%	-1,9%	2,6%	2,7%	0,9%	1,6%	11,9%	6,3%	2,4%
Autonomie speciali ^(c)	1.743,2	1.717,8	1.630,1	1.649,1	1.667,1	1.723,5	1.822,9	1.890,1	2.135,7	2.131,8
Variazione %		-1,5%	-5,1%	1,2%	1,1%	3,4%	5,8%	3,7%	13,0%	-0,2%

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.

Nel 2022 la dinamica della spesa si è praticamente stabilizzata evidenziando una crescita di 0,3 punti percentuali, in virtù della decisione di rendere strutturali alcuni degli oneri generatisi durante il periodo emergenziale e dell'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, in parte compensati dall'incasso del pay-back

per i dispositivi medici acquistati tra il 2015 e il 2018. A livello regionale, nel 2020 solo la Basilicata e la Sardegna hanno registrato una decrescita della spesa con un tasso prossimo al 4%.

L'Emilia Romagna ha mostrato, invece, un aumento di oltre 25 punti percentuali, molto superiore rispetto a quello registrato nelle restanti regioni.

Nel 2021 la Sardegna ha presentato l'incremento maggiore (+19%), mentre l'Emilia Romagna è l'unica regione a mostrare una contrazione (-13,3%), probabilmente anche in relazione alla rilevante crescita registrata l'anno prima. Nel 2022 la situazione risulta molto diversificata visto che circa la metà delle regioni mostrano un incremento dei costi, mentre la restante parte una diminuzione. Il tasso di variazione positivo più elevato è riscontrabile nella provincia autonoma di Trento (+16,9%) e quello negativo più consistente è rinvenibile nelle Marche (-14,7%).

Farmaceutica convenzionata.

La spesa dal 2013 al 2022 è passata da 8.616,1 a 7.473,3 milioni di euro, equivalente a una riduzione media annua dell'1,6%. L'aggregato ha evidenziato una continua contrazione fino al 2020. In tale ultima annualità il calo del 3,5% è presumibilmente dovuto al minor ricorso a tale forma di assistenza per via delle restrizioni imposte per fronteggiare il SARS-CoV-2, nonostante la possibilità di ricorso alla ricetta elettronica per la prescrizione dei medicinali.

L'incremento registrato nell'ultimo biennio è probabilmente imputabile alla ripresa del servizio dopo le misure restrittive dovute alla crisi epidemiologica e ai costi connessi con la sperimentale remunerazione delle farmacie. Nel 2020 tutte le regioni hanno evidenziato un decremento, particolarmente accentuato per la provincia autonoma di Bolzano e le Marche (intorno al -11%). Solo la provincia autonoma di Trento ha mostrato un incremento (+1,3%).

Di contro, nel 2021 cinque regioni hanno fatto registrare una spesa inferiore a quella dell'anno precedente (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Sicilia e Sardegna), mentre tutte le rimanenti hanno denotato una crescita che per la provincia autonoma di Bolzano ha oltrepassato il 10%.

Nell'ultima annualità, infine, la Basilicata, l'Umbria, il Lazio, la Sicilia e la Campania hanno osservato un calo, a dispetto di un aumento nelle restanti regioni particolarmente consistente per la provincia autonoma di Trento (+11,6%).

Nel decennio in esame le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato un tasso di decremento medio annuo (-1%) inferiore a quello osservato per l'Italia, mentre per i restanti due cluster si è riscontrato un calo maggiore.

La dinamica dei tassi di variazione annua con riferimento ai tre raggruppamenti di regioni è simile a quella rilevata a livello nazionale. In effetti, la spesa per la farmaceutica convenzionata risulta essere in costante riduzione fino al 2020, indipendentemente dal cluster considerato.

Diversamente da quanto osservato in Italia, per le autonomie speciali anche il 2021 rappresenta un anno di flessione (-0,2%), mentre per gli altri due raggruppamenti si evidenzia una ripresa.

Nel 2022 l'aggregato mostra, invece, una sostanziale stabilità per le regioni in piano di rientro e un aumento negli altri due gruppi di regioni. Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si è ridotto di oltre due punti percentuali tra il 2013 e il 2022 scendendo dal 7,9% al 5,8%.

Nell'intero orizzonte temporale considerato, la contrazione dell'incidenza percentuale sul totale è stata continua, anche con riferimento ai tre raggruppamenti individuati. Nel 2022, a livello regionale, il peso percentuale più consistente è presente in Calabria (+7,2%), mentre quello meno rilevante è riscontrabile nella provincia autonoma di Bolzano (2,8%).

Nell'ultima annualità sono le regioni sottoposte ai piani di rientro a mostrare l'incidenza sulla spesa complessiva più rilevante arrivando al 6,4%, mentre i restanti due cluster si attestano su un livello di poco superiore al 5%.

Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	608,6	595,9	583,0	579,7	538,8	536,8	530,9	501,1	501,8	512,6
Valle d'Aosta	18,7	18,2	16,6	15,5	14,9	14,8	14,6	14,0	13,5	14,1
Lombardia	1.293,2	1.266,9	1.307,1	1.316,5	1.266,1	1.316,9	1.347,3	1.334,8	1.341,7	1.361,9
Provincia autonoma di Bolzano	44,6	46,1	46,2	46,1	43,1	40,3	39,8	35,5	39,3	42,0
Provincia autonoma di Trento	67,7	66,8	61,9	60,6	58,1	58,1	57,6	58,3	59,6	66,5
Veneto	583,2	555,4	542,6	523,7	498,3	482,8	478,7	462,3	463,6	476,0
Friuli Venezia Giulia	189,6	186,5	181,2	166,9	162,1	159,4	155,3	147,5	146,6	146,6
Liguria	236,1	227,2	209,3	194,1	177,4	190,9	184,8	176,3	173,7	174,8
Emilia Romagna	532,9	510,6	496,5	485,4	446,8	459,7	447,7	442,0	459,3	480,1
Toscana	465,5	457,0	450,1	454,8	426,2	420,4	423,5	398,3	417,0	433,2
Umbria	131,1	123,8	127,3	126,7	120,8	122,2	120,6	115,8	116,8	112,9
Marche	239,2	234,8	233,7	243,6	224,3	206,5	203,7	180,9	193,3	197,1
Lazio	900,9	884,3	887,3	860,1	823,4	811,6	807,0	768,1	769,4	768,6
Abruzzo	219,5	223,8	230,9	224,4	214,0	202,7	189,4	180,1	182,2	186,6
Molise	50,2	48,0	45,9	43,0	40,2	39,7	40,4	38,3	38,5	38,8
Campania	860,6	847,3	862,4	829,0	769,2	767,8	761,9	739,2	757,0	751,6
Puglia	668,1	669,5	614,3	624,3	562,8	546,0	541,8	520,7	526,9	536,5
Basilicata	81,0	79,4	81,5	78,3	73,1	78,2	76,2	75,1	80,6	78,0
Calabria	313,5	314,3	305,6	300,5	283,5	276,5	278,3	263,1	268,3	269,5
Sicilia	811,8	737,9	677,1	668,4	616,0	589,1	613,1	610,0	606,8	596,4
Sardegna	300,1	295,9	274,3	258,3	233,3	232,5	236,5	226,0	221,6	229,4
ITALIA	8.616,1	8.389,7	8.234,7	8.099,9	7.592,4	7.552,7	7.549,1	7.287,4	7.377,4	7.473,3
Variazione %	-2,6%	-2,6%	-1,8%	-1,6%	-6,3%	-0,5%	0,0%	-3,5%	1,2%	1,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.170,8	4.051,1	4.031,0	4.002,8	3.771,8	3.814,3	3.813,4	3.686,5	3.747,7	3.826,7
Variazione %		-2,9%	-0,5%	-0,7%	-5,8%	1,1%	0,0%	-3,3%	1,7%	2,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3.824,6	3.725,2	3.623,5	3.549,8	3.309,0	3.233,4	3.231,9	3.119,5	3.149,2	3.148,1
Variazione %		-2,6%	-2,7%	-2,0%	-6,8%	-2,3%	0,0%	-3,5%	0,9%	0,0%
Autonomie speciali ^(c)	620,7	613,5	580,1	547,4	511,6	505,0	503,8	481,3	480,5	498,6
Variazione %		-1,2%	-5,4%	-5,6%	-6,5%	-1,3%	-0,2%	-4,5%	-0,2%	3,8%

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.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa è aumentata dal 2013 al 2022 da 6.617,5 a 6.977,5 milioni di euro, equivalente a una crescita media annua dello 0,6%. Il 2022 è contraddistinto da un calo della spesa derivante dal mancato rinnovo delle convenzioni 2019-2021 e dal minore coinvolgimento di tale tipologia di assistenza sanitaria nel contrasto al Covid-19.

Tab. 1.15: spesa di CE per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	487,0	479,7	480,6	480,5	481,1	477,2	465,2	503,5	516,3	500,6
Valle d'Aosta	16,2	16,1	16,1	15,6	15,5	16,9	15,3	16,1	15,9	15,3
Lombardia	874,3	874,1	861,1	864,4	862,6	869,6	863,4	889,6	909,6	930,4
Provincia autonoma di Bolzano	54,9	55,6	54,5	55,2	57,8	62,8	63,2	66,1	83,4	75,9
Provincia autonoma di Trento	60,1	58,5	60,7	59,4	58,1	58,2	56,7	62,1	59,1	62,6
Veneto	539,2	540,2	543,8	550,4	550,0	546,9	546,1	578,8	595,6	589,9
Friuli Venezia Giulia	128,3	127,3	125,1	131,6	133,0	141,8	133,9	137,3	142,8	149,1
Liguria	160,0	158,8	157,0	155,6	157,4	161,2	152,0	172,8	166,3	157,6
Emilia Romagna	517,3	518,5	522,9	521,3	520,4	517,7	504,2	539,5	536,2	551,6
Toscana	409,8	406,8	412,8	418,3	419,7	419,8	423,9	464,5	467,2	452,2
Umbria	96,1	94,1	94,4	95,1	96,1	96,9	92,2	105,5	103,7	103,9
Marche	173,3	171,1	172,0	170,6	153,4	169,4	169,5	177,6	177,8	164,8
Lazio	608,0	606,6	607,6	609,5	609,7	614,6	615,7	626,1	647,7	642,0
Abruzzo	150,7	155,1	154,9	165,0	162,0	156,3	153,9	158,3	164,3	186,7
Molise	48,8	48,4	47,2	46,6	47,2	47,1	46,9	46,6	48,9	46,6
Campania	643,4	642,7	648,6	649,7	654,9	651,1	650,2	675,6	712,3	688,1
Puglia	523,4	523,6	517,9	522,9	522,3	521,2	523,5	529,0	568,3	527,4
Basilicata	80,2	80,1	79,8	79,5	76,4	79,3	79,4	81,3	84,3	82,8
Calabria	251,9	251,6	250,9	253,7	249,8	248,7	248,3	250,3	259,3	239,8
Sicilia	590,8	598,6	596,3	596,5	598,3	597,1	593,5	625,2	653,1	617,5
Sardegna	203,6	203,7	201,9	197,0	194,0	193,7	187,4	194,2	197,8	192,6
ITALIA	6.617,5	6.611,1	6.605,9	6.638,4	6.619,9	6.647,7	6.584,4	6.899,8	7.109,7	6.977,5
Variazione %		-0,1%	-0,1%	0,5%	-0,3%	0,4%	-1,0%	4,8%	3,0%	-1,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3.337,2	3.323,3	3.324,3	3.335,6	3.317,2	3.338,2	3.295,9	3.512,9	3.557,0	3.533,8
Variazione %		-0,4%	0,0%	0,3%	-0,6%	0,6%	-1,3%	6,6%	1,3%	-0,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	2.817,1	2.826,6	2.823,3	2.844,0	2.844,3	2.836,1	2.832,0	2.911,1	3.053,9	2.948,2
Variazione %		0,3%	-0,1%	0,7%	0,0%	-0,3%	-0,1%	2,8%	4,9%	-3,5%
Autonomie speciali ^(c)	463,2	461,2	458,3	458,8	458,5	473,4	456,5	475,8	498,9	495,5
Variazione %		-0,4%	-0,6%	0,1%	-0,1%	3,3%	-3,6%	4,2%	4,9%	-0,7%

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.

Altre prestazioni sociali in natura da privato.

La spesa è aumentata dal 2013 al 2022 da 22.815,4 a 26.243,2 milioni di euro. La corrispondente crescita media annua è stata dell'1,6%. Tale valore, se confrontato con la dinamica della spesa rinvenibile prima del 2012, risulta essere in sensibile rallentamento in ragione dei provvedimenti di governance del settore introdotti nel tempo.

Ha, ad esempio, contribuito a una più contenuta dinamica dell'aggregato il rafforzamento dell'attività di programmazione regionale in relazione alla definizione dei fabbisogni di prestazioni da erogarsi attraverso operatori privati accreditati, con la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di budget. Inoltre, con diversa velocità, sono stati avviati processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria regionale, specie quella territoriale, peraltro incentivata a partire dal 2020 con i provvedimenti per fronteggiare lo stato emergenziale da Covid-19 e successivamente anche dal PNRR.

La dinamica di costante crescita osservata fino al 2019 viene interrotta nel 2020, anno in cui è rilevabile una diminuzione del 4%, legata ai provvedimenti di sospensione delle attività non urgenti durante le diverse ondate pandemiche. Si ricorda tuttavia che sono state previste misure di ristoro dei costi fissi sostenuti nei periodi di sospensione, oltre che specifiche remunerazioni legate a prestazioni e tariffe per il Covid-19, ove assicurate dalle strutture private accreditate nell'ambito dell'organizzazione regionale dell'emergenza sanitaria.

Nel 2021 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%. 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.

Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	1.535,3	1.499,9	1.500,3	1.489,3	1.517,3	1.601,3	1.629,9	1.553,6	1.645,9	1.662,0
Valle d'Aosta	24,4	22,7	21,8	21,4	20,8	23,1	23,1	20,8	22,4	24,0
Lombardia	5.348,2	5.347,1	5.407,5	5.518,6	5.661,2	5.680,0	5.749,2	5.178,2	5.775,4	5.925,3
Provincia autonoma di Bolzano	152,9	134,8	134,4	146,8	161,1	138,0	113,7	127,7	133,3	141,1
Provincia autonoma di Trento	157,5	160,2	155,7	145,7	155,6	159,4	165,0	160,4	163,8	173,1
Veneto	1.688,2	1.705,8	1.738,2	1.732,5	1.745,3	1.686,8	1.750,7	1.743,6	1.862,2	1.951,4
Friuli Venezia Giulia	301,8	296,3	232,1	240,6	245,9	264,8	275,5	269,6	286,3	308,6
Liguria	375,9	391,3	394,6	395,7	399,4	421,8	432,6	410,3	426,2	429,1
Emilia Romagna	1.339,6	1.385,8	1.432,9	1.412,5	1.416,0	1.502,5	1.514,2	1.481,8	1.586,3	1.582,9
Toscana	838,4	836,4	822,8	843,5	888,8	922,3	943,5	919,6	930,1	932,6
Umbria	188,9	191,2	198,3	201,5	209,5	216,4	219,7	221,3	211,7	205,2
Marche	343,4	359,5	354,6	371,8	391,1	418,0	431,2	430,6	451,9	444,2
Lazio	2.882,3	2.861,2	2.986,8	2.995,9	3.113,4	3.078,8	3.258,7	3.321,3	3.530,8	3.526,6
Abruzzo	371,4	372,9	376,4	370,4	416,9	401,9	424,3	384,7	400,5	413,4
Molise	168,9	174,7	168,0	175,6	177,3	179,7	202,4	180,7	206,9	196,4
Campania	2.332,4	2.370,0	2.341,1	2.376,1	2.490,8	2.625,0	2.653,9	2.557,8	2.707,6	2.732,5
Puglia	1.634,0	1.629,2	1.679,6	1.671,4	1.686,0	1.687,4	1.733,6	1.661,4	1.731,0	1.760,3
Basilicata	164,1	169,2	165,0	155,4	160,9	160,7	161,8	171,9	175,0	167,0
Calabria	605,8	618,1	610,5	641,8	631,6	652,6	662,5	639,6	651,5	730,7
Sicilia	1.886,3	1.918,4	1.953,2	1.974,6	2.051,4	2.203,2	2.208,6	2.153,4	2.372,1	2.431,8
Sardegna	475,6	471,9	470,6	471,2	451,1	447,2	453,5	423,6	481,1	504,9
ITALIA	22.815,4	22.916,9	23.144,5	23.352,5	23.991,4	24.470,9	25.007,8	24.011,9	25.751,8	26.243,2
Variazione %		0,4%	1,0%	0,9%	2,7%	2,0%	2,2%	-4,0%	7,2%	1,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	11.822,1	11.886,3	12.014,3	12.120,9	12.389,4	12.610,0	12.832,8	12.111,0	13.064,7	13.299,8
Variazione %		0,5%	1,1%	0,9%	2,2%	1,8%	1,8%	-5,6%	7,9%	1,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	9.881,1	9.944,6	10.115,6	10.205,9	10.567,5	10.828,5	11.144,1	10.898,8	11.600,3	11.791,7
Variazione %		0,6%	1,7%	0,9%	3,5%	2,5%	2,9%	-2,2%	6,4%	1,6%
Autonomie speciali ^(c)	1.112,2	1.086,0	1.014,6	1.025,7	1.034,5	1.032,5	1.030,8	1.002,1	1.086,8	1.151,8
Variazione %		-2,4%	-6,6%	1,1%	0,9%	-0,2%	-0,2%	-2,8%	8,5%	6,0%

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.

Ticket. La compartecipazione sanitaria per farmaci e specialistica ambulatoriale si è attestata sui 3,1 mld di euro nel 2022, in aumento di 100 mln rispetto al 2021.

Tab. 3.6: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2023 (gen-mag)²²² (valori in miliardi di euro)

Compartecipazione (Farmaceutica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023 gen-mag
					Totale	gen-ago	set-dic			
Ticket	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,1	0,4	0,4	0,2
Differenza col generico	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	0,7	0,4	1,1	1,1	0,5
TOTALE	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,0	0,5	1,5	1,5	0,6

Compartecipazione (Specialistica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023 gen-mag
					Totale	gen-ago	set-dic			
Franchigia	1,3	1,3	1,3	1,3	1,0	0,6	0,4	1,4	1,5	0,7
Quota fissa	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTALE	1,8	1,8	1,8	1,8	1,2	0,8	0,4	1,5	1,6	0,7

Spesa out of pocket.

In linea con l'anno precedente, dopo il rallentamento registrato nel 2020 (pari a - 11,6% vs il 2019), continua il trend crescente della spesa sanitaria privata che presenta una variazione del +8,3% rispetto ai valori dell'anno precedente per toccare la quota di 40,26 mld.

Circa, invece, la composizione della rilevazione della spesa sanitaria privata per tipologia di spesa nel 2022, le spese per visite specialistiche ed interventi, in linea con gli anni precedenti, continuano ad avere un peso prevalente (45,8%) sul totale della spesa a carico dei privati. Anche per questo anno, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici proviene prevalentemente da medici odontoiatri (pari a circa il 30%).

Tab. 3.8: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2022 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)

Soggetti inviati	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	10,24	10,98	11,97	9,0%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	2,28	1,47	1,84	2,04	10,7%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	6,35	5,82	6,70	7,00	4,6%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	7,86	5,90	7,65	8,04	5,0%
- Medici	2,56	2,58	2,65	2,38	1,55	2,20	2,39	9,0%
- Odontoiatri	4,62	4,72	4,84	5,47	4,35	5,46	5,65	3,5%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	3,93	5,55	6,29	13,4%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	3,01	3,75	4,13	10,2%
- Parafarmacie	0,29	0,35	0,40	0,45	0,50	0,55	0,67	21,7%
- Ottici	1,45	1,83	1,95	2,06	1,92	2,29	2,43	5,8%
- Psicologi	0,47	0,49	0,53	0,61	0,58	0,88	1,01	14,9%
- Tecnici radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,3%
- Infermieri	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,3%
- Ostetrici	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	8,4%
Soggetti presenti dal 2016	28,13	30,48	32,29	34,35	30,37	36,47	39,48	8,2%
Strutture sanitarie militari				0,00	0,00	0,00	0,00	11,3%
Esercenti professioni sanitarie				0,49	0,42	0,66	0,74	11,9%
Soggetti presenti dal 2019				0,49	0,42	0,66	0,74	11,9%
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento (DM 9/8/2019)						0,03	0,04	24,2%
Soggetti presenti dal 2021						0,03	0,04	24,2%
Totale	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	40,26	8,3%
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	

La spesa veterinaria

Il 2022 conferma il trend crescente della rilevazione della spesa veterinaria, già presente nel 2021, dopo la temporanea inversione di tendenza del 2020.

Tab. 3.10: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2022 (valori in milioni di euro e variazioni assolute)

Soggetti inviati	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021 (Valori assoluti)
Farmacie pubbliche e private	151,87	167,28	188,70	189,45	223,75	240,15	250,75	10,59
Strutture pubbliche	0,00	0,01	-	-	-	-	-	-
Strutture private accreditate	0,01	0,07	0,07	0,03	0,00	-	-	-
Strutture autorizzate	5,12	8,15	9,17	8,52	9,37	10,77	13,53	2,77
Altri operatori sanitari	485,14	531,62	574,83	660,76	527,35	709,85	758,48	48,64
- Parafarmacie	9,63	11,61	13,53	13,48	14,49	16,69	18,77	2,09
- Veterinari	475,51	520,01	561,30	647,28	512,86	693,16	739,71	46,55
Totale	642,14	707,13	772,77	858,76	760,47	960,77	1.022,76	62,00
Variazione %		10,1%	9,3%	11,1%	-11,4%	26,3%	6,5%	

Luciano Fassari

Vai al link (<https://www.quotidianosanita.i...>)



Meloni risponde a Schlein sulla sanità alla Camera: il superamento del tetto di spesa sul personale è obiettivo urgente. Gettonisti, puntiamo ad azzerarli

di Radiocor Plus

«Non ci siamo tirati indietro neanche sul problema della carenza di personale e della necessità di aumentare gli organici nelle strutture sanitarie, problemi anche questi che non nascono esattamente oggi. Ci stiamo occupando e ci occuperemo anche di questa eredità pesante, compreso il superamento del tetto di spesa, che è un obiettivo che abbiamo e che contiamo di raggiungere quanto prima, compatibilmente, chiaramente, con gli impegni di finanza pubblica, perché per noi assicurare il diritto alla salute dei cittadini è una priorità assoluta».

Lo ha detto la presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, nel corso del Question Time alla Camera, rispondendo a un'interrogazione sulla sanità della leader del Pd, Elly Schlein. «Quello dei medici gettonisti, per esempio - ha sottolineato Meloni - è un problema di cui questo Governo si è occupato dall'inizio del suo insediamento. Ricordo che è stato il ministro della Salute Schillaci a mandare i Nas nelle strutture sanitarie, riscontrando delle irregolarità che erano incredibili, come il fatto che nello stesso ospedale ci fossero medici gettonisti che percepivano anche 3 volte più degli altri. È ovviamente un fenomeno odioso, sul quale siamo intervenuti con il decreto legge 34 del 2023, poi convertito, con il quale puntiamo progressivamente ad azzerare questo problema, riconoscendo maggiori indennità, prestazioni aggiuntive, benefici pensionistici ai lavoratori del comparto e a chi lavora nel pronto soccorso».

Meloni ha rivendicato che il Governo ha portato «il Fondo sanitario ai massimi storici, anni del Covid compresi, concentrando le risorse destinate al rinnovo dei contratti pubblici proprio sul contratto dei sanitari, impegno per il quale abbiamo investito 2,4 miliardi di euro, con l'obiettivo prioritario, di abbattere le liste di attesa, ma anche di consentire a chi lavora nella sanità di lavorare in condizioni dignitose e di vedere riconosciuto il valore del suo impegno».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-01-24/meloni-risponde-schlein-sanita-camera-superamento-tetto-spesa-personale-e-obiettivo-urgente-gettonisti-puntiamo-ad-azzerarli-193354.php?uuid=AFROKRSC&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Al Ssn servono 15 miliardi per non aumentare il distacco dal resto dell'Ue. A rischio l'equità del sistema. Il 19° Rapporto Crea

Rispetto ai partner EU, il nostro Paese investe meno nella Sanità. Aumenta la spesa privata: nel 2022 ha raggiunto i 40,1 miliardi di euro in crescita dello 0,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Il "disagio economico" delle famiglie dovuto a consumi sanitari nel 2021 affligge 1,58 milioni di famiglie. Digitalizzazione necessaria per le "nuove cronicità".

24 GEN -

Previsioni fosche per il Ssn che segna pesantemente il passo. Il livello della spesa italiana è distante dalla media UE del 32%. Per non aumentare il distacco bisognerebbe mettere sul piatto ben 15 miliardi di euro, anche se il gap rimarrebbe comunque rilevante. A pagare sono le famiglie, soprattutto le coppie anziane over 75 e i nuclei familiari con tre o più figli più esposti al rischio di spese "catastrofiche". Quasi 8 famiglie su 10 sono costrette a mettere mano al portafogli per consumi sanitari. E il trend è in crescita: +1,7% nell'ultimo anno.

Non va meglio ai professionisti del Ssn sempre più stressati e sottopagati: lo stipendio dei medici in Germania e Regno Unito è, a parità di potere di acquisto rispettivamente del 79% e del 40% maggiore di quello dei medici italiani. Stesso discorso per gli infermieri, con differenze retributive più contenute ma comunque significative: sempre a parità di potere d'acquisto, gli stipendi annuali in Germania, Svizzera e Regno Unito sono rispettivamente del 56%, 46,2% e 20% superiori a quelli italiani.

Anche per la farmaceutica scenari critici: Le misure di governance prese non sembrano siano state sufficienti a riportare lo sfioramento (e quindi il conseguente payback a carico delle aziende farmaceutiche) a valori "fisiologici".

Questa l'istantanea scattata dal 19° Rapporto **Crea Sanità**, Centro di ricerca riconosciuto da Eurostat, Istat e Ministero della Salute, curato da Federico Spandonaro, Daniela D'Angela, Barbara Polistena e composto da economisti, epidemiologi, ingegneri biomedici, giuristi, statistici, presentato oggi nella sede del Cnel a Roma.

Il Rapporto ha puntato i riflettori, con focus ad hoc, su: spesa sanitari analizzano gli aspetti oltre che di quella pubblica anche della privata; finanziamento; situazione del personale e del settore sociosanitario; farmaceutica, tariffe per la specialistica, equità del sistema e molto altro.

Non solo, ha approfondito, a livello di singole Regioni, alcuni indicatori presentati nel rapporto, ma soprattutto ha fornito un decalogo di "opportunità", azioni cioè che è urgente programmare per risolvere le sorti del Ssn.

Spesa sanitaria

L'Italia perde ancora terreno nella spesa sanitaria rispetto ai principali partner UE (quelli 'originari' ante 1995) ed è sempre minore anche il vantaggio rispetto ai partner più recenti (post 1995): il livello della spesa italiana è distante dalla media UE del 32%.

Per portare la quota di PIL destinata alla Sanità sui valori attesi in base alle effettive disponibilità del Paese, ricordando che una parte significativa del PIL non è disponibile perché impegnata per gli interessi sul debito pubblico (sono il 4,3% del PIL contro una media dell'1,8% negli altri paesi), servirebbero 15 miliardi, ma questo lascerebbe un rilevante gap fra la spesa sanitaria italiana e quella dei Paesi europei di confronto; ed anche se in tal modo si eviterebbe di peggiorare ulteriormente il gap con i partner UE nel breve periodo, il vantaggio sarebbe solo transitorio, qualora il PIL dovesse continuare a crescere meno che nella media degli altri Paesi UE.

Spesa privata

La spesa sanitaria privata nel 2022 ha raggiunto i 40,1 miliardi di euro in crescita dello 0,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Nell'ultimo anno si registra un incremento in tutte le Regioni, di circa il 5,0 per cento. Nel 2022 Trentino-Alto Adige (21,0%) e Lombardia (19,7%) sono le Regioni con la quota più alta di spesa privata intermediata. La Sicilia quella con la quota minore (1,0%).

Il 75,9% delle famiglie italiane sostiene spese per consumi sanitari: la quota è aumentata dell'1,7% nell'ultimo anno. Tra le famiglie più abbienti, quelle che ricorrono a spese sanitarie private, superano l'80%; tra quelle meno abbienti non si raggiunge il 60%.

In particolare, spendono per la salute le coppie anziane over 75 e le famiglie con tre o più figli. Il 72,7% delle famiglie ha speso per acquistare farmaci, il 37,1% per prestazioni specialistiche e/o ricoveri, il 26,2%

per prestazioni diagnostiche, il 23,7% per protesi e ausili, il 21,2% per cure odontoiatriche e il 13,4% per attrezzature sanitarie.

Finanziamento

La Sanità si comporta come un bene di lusso e quindi sua quota nei consumi aumenta al crescere del reddito disponibile. Sulla base di questa relazione considerando il PIL “netto” (degli interessi), il punto di “neutralità” per la spesa sanitaria si può stimare intorno ai 3.150 euro pro-capite, cioè il +8,2% in più di quella attuale; in termini di incidenza sul PIL, tale livello di spesa risulterebbe pari al 10,0% (contro l’11,5% medio dei Paesi EU originari) e, quindi, assumendo (cosa discutibile) che la spesa sanitaria privata sia una variabile indipendente e rimanga pari ai livelli sul PIL attuali, ovvero che non si riduca al crescere di quella pubblica, la spesa sanitaria pubblica dovrebbe aumentare sino a raggiungere il 7,2% del PIL (nominale). Nel 2023 la spesa pubblica è stata il 6,7% del PIL e le previsioni la danno in discesa nei prossimi anni.

Personale

Tra il 2003 e il 2021 il numero di medici per 1.000 abitanti over 75 è passato da 42,3 a 34,6 (corrispondente a un gap di 54.018 unità) e il numero di infermieri da 61,0 a 52,3 (corrispondente ad un gap di 60.950 unità). I professionisti escono dal sistema soprattutto per andare all’estero o in pensione mentre le possibilità di ricambio sono condizionate dal numero di posti messi a bando negli Atenei.

Per i medici il Rapporto presenta una survey originale realizzata in collaborazione con la FNOMCeO da cui emerge che la professione ha una forte carica vocazionale, “appesantita” però dalla percezione di lavorare in un contesto non favorevole e che non riconosce adeguatamente la professionalità: oltre il 40% non è soddisfatto della propria situazione professionale. Pesa lo stress legato alla percezione di lavorare in situazioni caratterizzate da carenza di organico: rilevata un po’ da tutti e, in particolare, da chi opera negli ospedali pubblici. La valutazione è comune anche ai professionisti che lavorano in strutture convenzionate accreditate; solo nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali private non convenzionate la carenza di personale sembra essere percepita come un problema meno pressante. E dalla survey risulta che le aspettative dei professionisti vanno verso una richiesta di aumento della retribuzione posizionata nella fascia 20-40%.

Per gli infermieri

Il Rapporto segnala la mancanza di attrazione della professione: 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.

Tra le cause, il salario gioca un ruolo importante: gli stipendi dei medici italiani, a parità di potere d’acquisto, pur essendo inferiori a quelli dei colleghi dei Paesi dell’Europa occidentale, sono comunque pari a 2,9 volte il salario medio italiano, mentre per gli infermieri il salario non si discosta da quello medio nazionale. Per far fronte alla situazione la Fnopi pubblica nel Rapporto un contributo in cui sottolinea che si dovranno sviluppare le competenze della professione per una migliore qualità dell’assistenza, con il passaggio da una logica prestazionale alla presa in carico dell’assistito e del più generale “sistema assistenza” con competenze avanzate gestionali e cliniche e il superamento dei tabù ancora associati ai concetti di skill mix e task shifting.

Il Rapporto in questo senso sottolinea anche la carenza dei cosiddetti “assistenti alle cure” (in primis gli OSS) figure che operano sia in contesto residenziale che domiciliare. Si tratta di una figura per l’assistenza alle non auto-sufficienze, tipicamente coordinata dagli infermieri.

Anche perché trascorrendo molto tempo al fianco della persona assistita, sono da considerarsi i destinatari principali dei percorsi di alfabetizzazione digitale per incentivare il ricorso a strumenti di cura digitale. Per queste figure l’Italia, a meno di voler assimilare agli OSS l’esercito di badanti (non professionali) che hanno attualmente in carico gli anziani italiani fragili, è mal posizionata in Europa con 86,4 assistenti per 1.000 abitanti over 75, contro 114,6 della Spagna, 175,8 della Francia e 211,1 del Regno Unito.

Sociosanitario

Nel 2022, a fronte di 14,5 miliardi di indennità di accompagnamento erogate, il 69,0% (10,0 miliardi) è stato impiegato per “acquistare” servizi o da soggetti che svolgono la professione della badante o da strutture dedicate alla cura e al trattamento di soggetti non autosufficienti. Il restante 31,0% (4,5 miliardi) va a costituire una sorta di “compenso” per l’attività svolta dai cosiddetti caregiver informali, che per lo più si identificano con la figura di un familiare.

La stima apre una serie di interrogativi sulla efficacia/efficienza dell’istituto delle indennità di accompagnamento: sarebbe infatti auspicabile che venisse condotta una analisi della efficacia e efficienza relativa dell’assistenza informale rispetto a quella “formale” così come è oggi (ovvero in mano

a badanti non professionalizzate), e anche confrontata l'efficacia/efficienza delle attuali modalità di protezione, basate sull'erogazione di indennità monetarie, verso l'alternativa di una erogazione di servizi in natura coordinati con gli altri servizi sanitari.

Farmaceutica

Malgrado la Legge di Bilancio 2021 avesse previsto un progressivo incremento del tetto per gli acquisti diretti di farmaci (all'8,00% nel 2022, all'8,15% nel 2023 e all'8,30% nel 2024, incrementando il tetto complessivo, dal 14,85% del 2021 al 15,5% del 2024), nessuna Regione rispetta il tetto per acquisti diretti: solo Valle d'Aosta e Lombardia si avvicinano al risultato; Sardegna, Umbria e Abruzzo registrano il maggiore sfioramento (oltre 65 euro pro-capite).

Al contrario, la spesa farmaceutica convenzionata si è attestata al 6,43% del FSN, quindi al di sotto del target previsto del 7 per cento. Ipotizzando per il 2023 lo stesso incremento di spesa registrato nel 2021-2022 (+8,2%), si determinerebbe uno sfioramento di circa 3,2 miliardi.

Anche per il prossimo anno, nonostante la Legge di Bilancio 2024 abbia incrementato il tetto degli acquisti diretti all'8,5% (inclusi i gas medicinali), con un incremento del finanziamento di ulteriori 3 miliardi e una (improbabile) costanza della spesa, permarrrebbe uno sfioramento di 2,5 miliardi, che potrebbe raggiungere anche i 3,6 miliardi se la spesa si incrementasse come nell'ultimo anno.

Le misure di governance prese non sembrano, quindi, siano state sufficienti a riportare lo sfioramento (e quindi il conseguente payback a carico delle aziende farmaceutiche) a valori "fisiologici".

Per i dispositivi medici, nel triennio 2019-2022, al lordo delle spese per quelli dedicati alla pandemia, lo sfioramento del tetto è stato di 7,3 miliardi. La determinazione ufficiale del payback, e quindi della quota di ripiano a carico delle aziende fornitrici, verranno determinati al netto della spesa per il Covid-19.

Crea Sanità sottolinea che, con le carenze degli attuali flussi informativi, che riescono a rilevare meno del 80% delle reale spesa per dispositivi e non considerano la spesa per quelli utilizzati nelle strutture accreditate, le stime dello sfioramento del tetto prese a base del calcolo del payback presentano limiti oggettivi e generano distorsioni sovrastimando le performance delle Regioni che di più ricorrono all'attività delle strutture private accreditate: risulta quindi urgente il completamento del processo di messa a regime dei flussi di monitoraggio del settore.

Tariffe per la specialistica

Per effettuare una valutazione, per quanto indiretta, della congruità delle nuove tariffe, Crea Sanità ha elaborato confronti con le tariffe adottate in altri Paesi, per alcune prestazioni "comuni".

Ad esempio, per l'elettrocardiogramma l'Italia ha una tariffa di 11,6 euro, inferiore del 22,9% rispetto alla Francia (14,3 euro), del 29,3% rispetto alla Spagna (15 euro), del 96,1% se si considera la Germania (22,8 euro) e di oltre il 140,0% rispetto al Regno Unito (32,1 euro). Al contrario, in Italia, la tomografia computerizzata dell'addome completo senza contrasto è associata una tariffa di 158 euro, mentre in Germania la medesima prestazione è erogata ad una tariffa di 83,2 euro (-19,7%), mentre nel Regno Unito è valorizzata con una tariffa pari a 76 euro. Significativa rimane la differenza di valore delle tariffe per quanto concerne le visite specialistiche. In Italia, una prima visita ha una tariffa di 22 euro indipendentemente dalla branca di appartenenza dello specialista, in Spagna la tariffa è di 115 euro, oltre 5 volte la tariffa italiana. Nel Regno Unito il valore della visita dipende dalla tipologia di specialista e va da 136 euro a 382.

Per la visita di controllo, in Italia la tariffa è di 16,2 euro, oltre 4 volte inferiore rispetto alla valorizzazione adottata ad esempio in Spagna (71). Nel Regno Unito si va da 58 a 157 euro.

Emerge quindi - è la considerazione del Rapporto - una tendenza delle tariffe italiane alla sottostima dei costi realmente associati alle prestazioni cliniche degli specialisti e, una sovrastima dei costi associati ad alcune diagnostiche di alta complessità.

Equità

Il "disagio economico" delle famiglie dovuto a consumi sanitari (somma del fenomeno dell'impoverimento dovuto alle spese sanitarie e delle "rinunce" a curarsi per motivi economici), nel 2021 affligge il 6,1% dei nuclei (1,58 milioni di famiglie): il fenomeno è in crescita di +0,9 punti percentuali rispetto al 2020 e di +1,5 rispetto al 2019. L'incidenza è superiore (e in crescita di 0,1%) nel Sud (8,2%, +0,1%); segue il Nord-Ovest con il 5,9% delle famiglie (+2,0%), il Centro (5,0%, +1%) e il Nord-Est con il 4,0% (+0,2%). I casi di disagio economico sono più frequenti (18,1%) tra le famiglie del 20% più "povero" della popolazione e meno in quelle più ricche (1,6%).

Definendo "catastrofiche" le spese che al 40% della "Capacity To Pay" delle famiglie (a sua volta pari ai consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza), si registra un aumento dei casi, che interessano il 2,8% delle famiglie residenti (731.489 nuclei), dato in aumento di +0,4% rispetto al 2019. Il Mezzogiorno continua a essere il più colpito: 4,7% delle famiglie, in aumento del +1,0% nell'ultimo

anno; segue il Nord-Est con 2,4% (+0,5%), il Nord-Ovest con l'1,9% (+0,1%) e il Centro con l'1,5% (-0,2%). I casi sono più frequenti nei nuclei meno abbienti (13,5%), mentre si fermano all'1,8% in quelli più abbienti.

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: queste ultime, in particolare, a causa delle cure odontoiatriche.

Dal Crea arrivano le proposte per un adeguamento del Ssn alle nuove esigenze della Società italiana

- Il Ssn deve superare un approccio concentrato sulla mera organizzazione dell'offerta clinica, mirando piuttosto a ripensarla in termini di integrazione con la presa in carico dei bisogni sociali e, più in generale, di adeguamento alla trasformazione dei bisogni, delle aspettative e dei comportamenti di consumo legate all'evoluzione tecnologica. sarebbe opportuno che venisse prodotto un documento di indirizzo strategico finalizzato a ridefinire prospetticamente i bisogni della popolazione e a riconciliarli con le capacità di risposta del Ssn.
- Potenziare i processi di comunicazione e collaborazione all'interno del Ssn a partire dalla prevenzione, attraverso una rivoluzione culturale, capace di generare una convinta adesione della popolazione sulla opportunità di adottare stili di vita “salutari”: Dove non si possano evitare interventi clinici, è necessario snellire i processi di presa in carico: lo sdoppiamento (territorio e ospedale) dei luoghi di erogazione, rischia di generare una duplicazione di interventi. È necessaria una presa in carico multidisciplinare, sviluppando livelli di integrazione fra professionisti.
- Per la cronicità una vision che guardi al futuro del Ssn deve iniziare a occuparsi dei “futuri cronici” (non solo anziani), ripensando le modalità della medicina di iniziativa, adattandola ai bisogni e ai comportamenti dei “millennials”: una popolazione nativa digitale, che comunica quasi solo attraverso gli strumenti digitali, che compra praticamente tutto a distanza, valuta i servizi mediante le informazioni in rete, etc., più disposta verso alcune innovazioni quali l'Intelligenza Artificiale, ma forse anche meno critica nella analisi delle evidenze scientifiche.
- Evitare l'aumento dell'inequità, con la crescita dei casi di disagio economico (impoverimento e rinuncia alle cure) per la crescita dei consumi sanitari delle famiglie meno abbienti. Tra le cause la totale non integrazione del “circuito” privato con quello pubblico, alimentata anche dal pregiudizio che il privato è anche non etico perché risponde a esigenze di massimizzazione del profitto; tesi che si scontra con la natura dei mercati sanitari europei, dove anche la massimizzazione del profitto è perimetrata dalle regolamentazioni pubbliche. Evitare le distorsioni che possono crearsi con barriere all'entrata: la logica dell'accreditamento è stata aggirata con gli accordi contrattuali, e le entrate e uscite delle aziende dai mercati accreditati sono nulle, confermando che la regolamentazione genera barriere da rimuovere.
- Appare distorsivo il mantenimento di categorie che non trovano riscontro in “natura”, come la forzata distinzione fra “prestazioni integrative” e “sostitutive”, spesso utilizzata per stigmatizzare la crescita dei Fondi Sanitari; va ricordato che le prestazioni “integrative” per essere tali si vorrebbero escluse dai Lea. Ma la possibilità di avere la prestazione in tempi percepiti come ragionevoli e nel luogo prescelto, sono elementi sufficienti per definire una “integrazione” del servizio pubblico: non riconoscerla appare un negare la realtà. Se non si vogliono forme di sussidiarietà, si dovrebbe spingere per aumentare la risposta pubblica, e non cercare di limitarne le alternative.
- Se la detraibilità delle spese sanitarie può essere sulla carta considerata iniqua, nella misura in cui premia i maggiori consumi, ragionevolmente attribuibili alle famiglie più abbienti, gli sgravi legati ai premi versati a Fondi collettivi, essendo oggi appannaggio fondamentale del ceto medio e di larga parte del lavoro dipendente, appaiono tutt'altro che iniqui; anzi, si possono ritenere una (parziale) compensazione del fatto che si tratta delle uniche fasce della popolazione a cui è, di fatto, impedito evadere. Andrebbe recuperato nelle azioni di governo il tema del rapporto fra Ssn e fisco: è un tema che rimane centrale, nella misura in cui i sistemi di welfare universalistico richiedono sistemi fiscali efficienti, in assenza dei quali si generano inaccettabili sperequazioni.
- Rivedere i criteri di Riparto del fondo sanitario, da alcuni anni sostanzialmente “congelati”, a parte il recente intervento per inserire dal 2023 il parametro della “deprivazione”, una modifica che ha spostato relativamente poco l'allocazione delle risorse. L'equità del criterio di riparto è messa in discussione dall'incidenza della spesa privata per prestazioni e da una quota di entrate regionali (le “entrate cristallizzate”), che vale il 5,3% delle altre entrate proprie regionali, di cui una parte sono compartecipazioni. È una situazione non equa: nessuna Regione riesce a erogare i Lea con i soli fondi FSN e le entrate proprie, trasformate in imposte per il finanziamento della Sanità,

garantiscono un gettito regionale differme, anche in ragione delle diverse incidenze di residenti esenti.

- Rivedere le regole che caratterizzano l'operatività delle aziende pubbliche, un aspetto che richiede un confronto e la formulazione di proposte operative: gli approvvigionamenti e la gestione delle risorse umane sono le aree strategiche che richiedono un più radicale adeguamento delle "regole": da una parte per contenere i rischi di "amministrazione difensiva", e dall'altra per evitare di trovarsi nell'impossibilità di poter reclutare il personale necessario per le posizioni "scoperte". È ineludibile mettere in discussione anche il tema della natura delle Aziende Sanitarie pubbliche, eventualmente ripensandola in una logica di efficientamento operativo.
- Le risorse umane sono l'aspetto più critico per il Ssn ; per quanto concerne i medici, più di numero è un tema di incentivi per la copertura delle posizioni meno appetite e non è più procrastinabile l'adeguamento delle retribuzioni; per gli infermieri. Le retribuzioni sono in cima all'agenda, insieme a un serio problema di carenza. Poco o nulla è noto della consistenza dell'offerta di assistenti alle cure (in primis gli OSS) che si occupano dell'assistenza ai non autosufficienti. Vanno definiti i fabbisogni ed è urgente che si ridiscutano i criteri con cui si valutano, anche considerando il mutato quadro in cui è presente maggiore autonomia degli infermieri, rispetto ai quali ha senso declinare il fabbisogno di OSS/Assistenti per programmare le risorse per far fronte alle prese in carico domiciliari.
- Sarebbe necessario che le decisioni sulla adozione delle tecnologie fossero prese in base a trasparenti e razionali criteri di valutazione, secondo il dettato dell'HTA. L'HTA è un assessment a supporto di una decisione che rimane politica, e che deve basarsi su una declinazione finale del "valore" delle tecnologie: quest'ultima dimensione è però sinora rimasta in secondo piano perché il Ssn ha garantito la quasi totalità delle tecnologie sanitarie; tuttavia, la crescente scarsità di risorse rischia di far divenire il tema "sensibile" in quanto occorrerà adottare una logica di prioritizzazione legata al valore sociale, la cui valutazione richiede una decisione politica, che comporta il coinvolgimento di tutti gli stakeholder del sistema sanitario



19° Rapporto Sanità

Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione

Executive Summary

A cura di / Edited by:
Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119652

Andrà tutto bene

Gen 26, 2024 | *Editoriali, Evidenza*

Viaggio di ritorno dalla presentazione del 19° Rapporto di Crea Sanità. L'evento ha visto grande partecipazione di pubblico altamente qualificato, nella prestigiosa sede del Cnel. Indubbiamente un successo. Ma l'analisi dei dati, sempre puntuale e con letture originali e profonde, ha lasciato in tutti una forte preoccupazione

di Giovanni Monchiero

Del resto, sin dal titolo, [il rapporto](#) pone l'attenzione sul futuro incerto del Servizio Sanitario Nazionale. Troppi dati concorrono ad alimentare i timori di chi lo considera irrinunciabile elemento di equità e di coesione sociale: l'involuzione demografica, l'incremento della spesa privata; il ridimensionamento di quella pubblica, conseguente alla limitata crescita del Pil; le difficoltà di accesso alle prestazioni pur garantite dai Lea; le improponibili liste d'attesa per la diagnostica; la disaffezione degli utenti e degli stessi operatori.

Da questi cupi pensieri mi distoglie un titolo del Corriere: "Servizio Sanitario, niente pessimismo". L'autorevolezza della testata e dell'autrice dell'articolo, docente universitaria e parlamentare, aprono la mente al dubbio: dove abbiamo sbagliato? Cosa ci sfugge della realtà sanitaria italiana che osserviamo con crescente preoccupazione?

L'assunto ottimistico, decisamente controcorrente, si fonda su una duplice considerazione: la ricerca scientifica troverà modi sempre più efficaci di curare le malattie, i nuovi stili di vita sapranno prevenire molte cronicità e scongiurare le disabilità correlate. Il progresso scientifico e quello sociale ridurranno la malattia e, di conseguenza, i costi del servizio sanitario.

L'idea esposta con entusiasmo non è nuovissima. Ricordo che una ventina di anni fa, in quel di Cernobbio, un ministro, tra i migliori in lungotevere Ripa, disse che la prevenzione ci avrebbe fatto risparmiare 50 miliardi. C'era già l'euro. La stima sarebbe risultata ottimistica anche espressa in lire.

Da quando mi occupo di sanità, scienza e tecnologia applicate alla medicina hanno fatto passi da gigante. Viviamo più a lungo e in migliori condizioni di salute, ma la spesa sanitaria è passata dai 730 € pro-capite del 1990 ai 2260 del 2022. I dati si riferiscono alla spesa pubblica, triplicata; quella privata è cresciuta anche di più.

Non si tratta di una anomalia italiana, tutt'altro. In questo lungo periodo la stagnazione economica ha costretto tutti i governi a contenere la spesa sanitaria fino a portarla ad un inquietante 45% in meno della media europea. Eppure, pur essendo i più poveri fra i ricchi, spendiamo in sanità il triplo di trent'anni fa.

*L'esperienza ci dice che il progresso scientifico ha salvato molte vite, migliorato gli esiti di tutte le patologie, garantito agli infermi una qualità di vita un tempo inimmaginabile, ma non ha contribuito alla sostenibilità economica del servizio sanitario. **Oso formulare due ipotesi di interpretazione.** I nuovi farmaci e le nuove tecnologie sono più efficaci dei precedenti, ma quasi sempre più costosi. L'unico dato epidemiologico certo è che si muore tutti, una volta sola, ed il periodo della malattia che conduce alla morte è quello in cui si consumano più risorse. Pertanto, una diminuzione dei costi complessivi dalla sanità non pare, onestamente, prevedibile.*

L'ottimismo ha molti meriti, aiuta a vivere meglio le difficoltà, favorisce la serenità del singolo e dei rapporti sociali. La gente preferisce sentirsi proporre buone notizie piuttosto che presagi di sventura, ma la ricerca degli elementi positivi di una situazione non basta a garantire l'esito.

Ricordate, nei primi mesi del Covid, gli slanci collettivi verso i sanitari "eroi", le lenzuolate di "andrà tutto bene" esposte sulle facciate dei palazzi, la diffusa convinzione che, dalla prova, saremmo usciti migliori?

Non è andata così. Possiamo dire che ce la siamo cavata a stento. A fine epidemia ci siamo ritrovati con una percentuale di morti fra le più alte dell'occidente, medici e infermieri dimenticati – in qualche folle iniziativa giudiziaria addirittura perseguiti – e sempre più demotivati, un'organizzazione sanitaria in ulteriore sofferenza.

Per tornare al presente, rimettere in sesto il servizio sanitario sarà molto difficile. Ma occorre guardare in faccia la realtà, non abbandonarsi all'illusione.

<https://panoramadellasanita.it/site/andra-tutto-bene/>

Manovra 2024/ Aziende Ssn: l'affrancamento delle plusvalenze di terreni e partecipazioni sarà possibile anche per quest'anno

Roberto Caselli

La manovra di bilancio appena approvata (Legge 213/2023, pubblicata nella GU del 30 dicembre 2023) non prevede, per le Aziende del Ssn, misure collegate alla riforma fiscale in corso di attuazione; d'altra parte la Legge delega non contiene alcuna apertura verso riduzioni della pressione fiscale a favore della sanità pubblica che, in questa fase di crisi, avrebbero potuto consentire qualche investimento in più, ad esempio per incrementare la dotazione del personale sanitario. Si veda in proposito le considerazioni espresse nel servizio "I 45 anni amari del Ssn tra articolo 32 disatteso e iniquità fiscale".

La Legge prevede comunque (art. 1, commi 52 e 53) l'ennesima, addirittura la ventunesima, riapertura dei termini per l'affrancamento delle plusvalenze di terreni e di partecipazioni, confermando in sostanza la normativa contenuta nella Finanziaria del 2003 (Decreto legge 24 dicembre 2002, n. 282, art. 2 comma 2. convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2003, n. 27).

La norma consentirà pertanto anche agli enti non commerciali, ivi comprese le Aziende del Ssn, l'affrancamento (vale a dire la sterilizzazione fiscale) delle eventuali plusvalenze maturate, sia sui terreni edificabili e su quelli con destinazione agricola, posseduti alla data del 1 gennaio 2024, che non rientrano fra quelli utilizzati nella sfera commerciale.

Usufruiscono del possibile affrancamento anche le partecipazioni (negoziato e non negoziato in mercati regolamentati in sistemi multilaterali di negoziazione).

L'affrancamento si potrà realizzare con il pagamento, entro il 30 giugno 2024 (ritornando cioè alle scadenze in vigore fino al 2022) di un'imposta sostitutiva sul valore di mercato al 1 gennaio 2024, desunto da una perizia giurata redatta, entro lo stesso termine del 30 giugno, da iscritti agli albi degli ingegneri, degli architetti, dei geometri, dei dottori agronomi, degli agrotecnici, dei periti agrari, dei periti industriali edili e dai periti camerati.

Esiste anche quest'anno, anche se di scarso interesse per le aziende del Ssn, la possibilità di affrancare anche le plusvalenze su titoli (con riferimento all'art. 67 comma 1 lettere c) e c) bis del Tuir). In questo caso, può essere considerato, in luogo del costo o valore di acquisto, la media aritmetica dei prezzi rilevati nel mese di dicembre 2023.

L'aliquota dell'imposta sostitutiva, uguale per ognuna delle fattispecie considerate , è stata confermata al 16 %. L'importo sarà rateizzabile in due o tre esercizi, a decorrere dal 30 giugno 2024 in rate annuali, di pari importo, con interessi al 3% sulle rate successive alla prima.

Le modalità per usufruire dell'affrancamento delle plusvalenze (illustrate dall'Agenzia delle Entrate con la circolare del 4 agosto 2004 , n. 35/E, con riferimento alla proroga di cui alla Finanziaria 2004), interessante qualora un'azienda sia proprietaria di aree per le quali sia stata prevista la vendita in un futuro più o meno lontano, sono le stesse previste nei provvedimenti precedenti.

L'interesse ad avvalersi del beneficio era notevole quando l'aliquota dell'imposta sostitutiva del primo provvedimento era del 4% e si confrontava con l'aliquota Ires ordinaria del 36%, mentre è assai ridimensionato ora che l'aliquota è passata, dal 2023, al 16% a fronte di un'aliquota Ires ordinaria del 24% ; il risparmio di imposta rispetto al trattamento ordinario potrebbe non coprire neanche le spese della perizia; nel caso invece delle aziende ospedaliere, alle quali è riconosciuta l'aliquota agevolata del 12%, è da escludere del tutto l'interesse al provvedimento.

Il confronto, naturalmente, non dovrà essere effettuato solo fra le aliquote, ma soprattutto tenendo conto delle diverse basi imponibili.

Esempio: costo di acquisto 30, valore mercato 100, plusvalenza maturata 70.

Tassazione ordinaria $70 \times 24\% = 16,80$ Tassazione con affrancamento $100 \times 16\% = 16$

Dopo 21 anni di continue riaperture del provvedimento ci si domanda quali siano le ragioni per perpetuare una misura che per sua natura aveva un senso solo se straordinaria.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-01-08/manovra-2024-aziende-ssn-l-affrancamento-plusvalenze-terreni-e-partecipazioni-sara-possibile-anche-quest-anno-110331.php?uuid=AFzwZFHC&cmpid=nlqf>

Mobilità sanitaria. “Nel 2021 continua a crescere: un fiume da oltre 4 mld scorre verso le Regioni del Nord”. Il report di Gimbe

A Emilia Romagna, Lombardia e Veneto il 93,3% del saldo attivo. Il 76,9% del saldo passivo grava sul Centro Sud. Delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali erogate in mobilità oltre 1 euro su 2 va nelle casse del privato. "L'Autonomia differenziata è uno schiaffo al Meridione: il Sud sarà sempre più dipendente dalla sanità del Nord"

16 GEN -

Nel 2021, la mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto un valore di € 4,25 miliardi, cifra nettamente superiore a quella del 2020 (€ 3,33 miliardi), con saldi estremamente variabili tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Il saldo è la differenza tra mobilità attiva, ovvero l'attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni, e quella passiva, cioè la “migrazione” dei pazienti dalla Regione di residenza. Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto – Regioni capofila dell'autonomia differenziata – raccolgono il 93,3% del saldo attivo, mentre il 76,9% del saldo passivo si concentra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.

*“La mobilità sanitaria – spiega **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che riflette le grandi diseguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie Regioni e, soprattutto, tra il Nord e il Sud del Paese. Un gap diventato ormai una “frattura strutturale” destinata ad essere aggravata dall'autonomia differenziata, che in sanità legitimerà normativamente il divario Nord-Sud, amplificando le inaccettabili diseguaglianze nell'esigibilità del diritto costituzionale alla tutela della salute”.*

Ecco perché, in occasione dell'avvio della discussione in Aula al Senato del DdL Calderoli, continua Cartabellotta, “la Fondazione Gimbe ribadisce quanto già riferito nell'audizione in 1a Commissione Affari Costituzionali del Senato: la tutela della salute deve essere espunta dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie”. Numerose le motivazioni:

- Il Servizio Sanitario Nazionale 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 regionali. In altri termini non ci sono risorse da mettere in campo per colmare le diseguaglianze in sanità.*
- Il DdL Calderoli rimane molto vago sulle modalità di finanziamento, oltre che sugli strumenti per garantire i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) secondo quanto previsto dalla Carta Costituzionale*
- Il gap in sanità tra Regioni del Nord e del Sud è sempre più ampio, come dimostrano i dati sugli adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quelli sulla mobilità sanitaria qui riportati.*
- Le maggiori autonomie già richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto potenzieranno le performance di queste Regioni e, al tempo stesso, indeboliranno ulteriormente quelle del Sud, anche quelle a statuto speciale. Un esempio fra tutti: una maggiore autonomia in termini di contrattazione del personale, rischia di provocare una fuga dei professionisti sanitari verso le Regioni in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose.*
- Le Regioni del Sud non avranno alcun vantaggio: essendo tutte (tranne la Basilicata) in Piano di rientro o addirittura commissariate come Calabria e Molise, non avrebbero nemmeno le condizioni per richiedere maggiori autonomie in sanità.*
- Il Paese, indebitando le future generazioni, ha sottoscritto il PNRR che ha come obiettivo trasversale a tutte le missioni proprio quello di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali.*

“In tal senso – chiosa Cartabellotta – risulta ai limiti del grottesco la posizione dei Presidenti delle Regioni meridionali governate dal Centro-Destra, favorevoli all'autonomia differenziata. Una posizione autolesionistica che dimostra come gli accordi di coalizione partitica prevalgano sugli interessi della popolazione”.

Il Report sulla mobilità sanitaria 2021 elaborato dalla Fondazione Gimbe ha utilizzato i dati economici aggregati per analizzare mobilità attiva, passiva e saldi, e i flussi trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute per analizzare la differente capacità di attrazione delle strutture pubbliche e private di ogni Regione per le differenti tipologie di prestazioni erogate in mobilità.

Nel 2021 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.247,29 milioni, cifra ben più elevata del 2020 (€ 3.330,47 milioni), “anno in cui – spiega il Presidente – l'emergenza pandemica Covid ha determinato una netta riduzione degli spostamenti delle persone e dell'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali”.

Mobilità attiva. Lombardia (18,7%), Emilia-Romagna (17,4%), Veneto (12,7%) raccolgono quasi la metà della mobilità attiva, un ulteriore 25,6% viene attratto da Lazio (9,5%), Piemonte (6,8%), Toscana (4,9%) e Campania (4,4%). Il rimanente 25,6% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 14 Regioni e

Province autonome. "I dati della mobilità attiva – commenta il Presidente – documentano una forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord e, con la sola eccezione del Lazio, quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud".

Mobilità passiva. 3 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni ciascuna: in testa Lazio (12%), Lombardia (10,9%) e Campania (9,3%), che insieme compongono quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 67,9% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 18 Regioni e Province autonome. "I dati della mobilità passiva – commenta Cartabellotta – documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud. In particolare, se quasi tutte le Regioni meridionali hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in 4 grandi Regioni del Nord che presentano un'elevata mobilità attiva. Una conseguenza della cosiddetta mobilità di prossimità, determinata da pazienti che preferiscono spostarsi in Regioni vicine con elevata qualità dei servizi sanitari". In dettaglio: Lombardia (-€ 461,4 milioni), Veneto (-€ 270,3 milioni), Piemonte (-€ 253,7 milioni) ed Emilia-Romagna (-€ 239,5 milioni).

Saldi. "I dati – commenta il Presidente – confermano la 'frattura strutturale' tra Nord e Sud, visto che le Regioni con saldo positivo superiore a € 200 milioni sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte del Centro-Sud". In dettaglio:

- **Saldo positivo rilevante:** Emilia-Romagna (€ 442 milioni), Lombardia (€ 271,1 milioni) e Veneto (€ 228,1 milioni)

- **Saldo positivo moderato:** Molise (€ 43,9 milioni)

- **Saldo positivo minimo:** Piemonte (€ 12,2 milioni), Toscana (€ 9,2 milioni), Provincia autonoma di Trento (€ 1,4 milioni), Provincia autonoma di Bolzano (€ 0,4 milioni)

- **Saldo negativo minimo:** Friuli Venezia Giulia (-€ 7,6 milioni), Valle d'Aosta (-€13,6 milioni)

- **Saldo negativo moderato:** Umbria (-€ 31,2 milioni), Marche (-€ 38,5 milioni), Sardegna (-€ 64,7 milioni), Liguria (-€ 69,5 milioni), Basilicata (-€ 83,5 milioni)

- **Saldo negativo rilevante:** Abruzzo (-€ 108,1 milioni), Puglia (-€ 131,4 milioni), Lazio (-€ 139,7 milioni), Sicilia (-€ 177,4 milioni), Campania (-€ 220,9 milioni), Calabria (-€ 252,4).

Tipologie di prestazioni erogate in mobilità. Complessivamente, l'86% del valore della mobilità sanitaria riguarda i ricoveri ordinari e in day hospital (69,6%) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale (16,4%). Il 9,4% è relativo alla somministrazione diretta di farmaci e il rimanente 4,6% ad altre prestazioni (medicina generale, farmaceutica, cure termali, trasporti con ambulanza ed elisoccorso).

Mobilità verso le strutture private. Oltre 1 euro su 2 speso per ricoveri e prestazioni specialistiche finisce nelle casse del privato: esattamente € 1.727,5 milioni (54,6%), rispetto a € 1.433,4 milioni (45,4%) delle strutture pubbliche. In particolare, per i ricoveri ordinari e in day hospital le strutture private hanno incassato € 1.426,2 milioni, mentre quelle pubbliche € 1.132,8 milioni. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità, il valore erogato dal privato è di € 301,3 milioni, quello pubblico di € 300,6 milioni.

"Il volume dell'erogazione di ricoveri e prestazioni specialistiche da parte di strutture private – spiega Cartabellotta – varia notevolmente tra le Regioni ed è un indicatore della presenza e della capacità attrattiva delle strutture private accreditate, oltre che dell'indebolimento di quelle pubbliche». Infatti, accanto a Regioni dove la sanità privata eroga oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva – Molise (90,5%), Puglia (73,1%), Lombardia (71,2%) e Lazio (64,1%) – ci sono Regioni dove le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità: Valle D'Aosta (19,1%), Umbria (17,6%), Sardegna (16,4%), Liguria (10%), Provincia autonoma di Bolzano (9,7%) e Basilicata (8,6%)".

"Le nostre analisi – conclude Cartabellotta – dimostrano che i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, in particolare verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il Governo per la richiesta di maggiori autonomie. E che oltre la metà del valore delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale vengono erogate dal privato accreditato, ulteriore segnale d'indebolimento della sanità pubblica. Questi dati, insieme a quelli sull'esigibilità dei Lea, confermano un gap enorme tra il Nord e il Sud del Paese, inevitabilmente destinato ad aumentare se verranno concesse maggiori autonomie alle più ricche Regioni settentrionali. Ecco perché la Fondazione Gimbe, all'avvio della discussione in Senato del DdL Calderoli, ribadisce la richiesta di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie. Perché, se così non fosse, la conseguenza sarebbe la legittimazione normativa della "frattura strutturale" Nord-Sud, che compromette l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute, aumenta la dipendenza delle Regioni meridionali dalla sanità del Nord e assesta il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119497

Report Osservatorio GIMBE 1/2024
La mobilità sanitaria interregionale nel 2021



Gennaio 2024

Indice

1. Introduzione.....	2
2. Obiettivi.....	4
3. Metodi.....	5
4. Risultati.....	7
4.1. Valore della mobilità sanitaria	7
4.2. Mobilità sanitaria attiva	9
4.3. Mobilità sanitaria passiva	10
4.4. Saldi	11
4.5. Impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria	14
4.6. Valore delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità	17
4.7. Mobilità verso le strutture private	18
5. Limiti	22
6. Conclusioni.....	23

https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2024.01_Mobilita_sanitaria_2021.pdf

quotidianosanita.it

Sistemi sanitari a rischio crack.

L'Ocse avverte: “Senza un cambio di paradigma saranno insostenibili”. E per l'Italia si prevede una spesa pubblica in calo nei prossimi anni
di L.F.

In un nuovo report l'Organizzazione internazionale analizza l'andamento della spesa che senza cambiamenti potrebbe arrivare nel 2040 a rappresentare in media l'11,8% del Pil (oggi è al 9%). “Azioni vigorose per incoraggiare popolazioni e politiche più sane possono indirizzare la spesa sanitaria futura su una traiettoria ascendente molto più dolce”. Per l'Italia il quadro è allarmante: “Prevista diminuzione spesa pubblica nei prossimi anni”

11 GEN -

“Nei due decenni che hanno preceduto la pandemia di COVID-19, la spesa sanitaria nei paesi OCSE è aumentata costantemente, in media, da circa il 7% del PIL nel 2000 a quasi il 9% nel 2019. Nel corso del tempo, l'aumento della quota dell'economia destinata alla sanità è stato trainato da una combinazione di aumento dei redditi, innovazione tecnologica e invecchiamento della popolazione”. È quanto rileva l'Ocse in una pubblicazione sulla sostenibilità dei sistemi sanitari in cui avverte che “senza un grande cambiamento politico, si prevede una continuazione di questa tendenza, con un aumento di 2,4 punti percentuali del rapporto salute/PIL rispetto ai livelli pre-pandemici, e una spesa sanitaria totale che raggiungerà l'11,8% nel 2040. Si prevede che la crescita economica complessiva crescerà a un ritmo più lento nei prossimi decenni, e si prevede che la spesa sanitaria supererà sia la crescita prevista dell'economia complessiva che delle entrate pubbliche nei paesi dell'Organizzazione”.

Inoltre, rimarca l'Ocse “la pandemia ha evidenziato la necessità di una spesa intelligente per rafforzare la resilienza del sistema sanitario e fornire ai paesi l'agilità necessaria per rispondere agli shock, in particolare per proteggere la salute della popolazione; rafforzare le basi dei sistemi sanitari attraverso la trasformazione digitale e gli investimenti in attrezzature mediche fondamentali; e sostenere gli operatori sanitari in prima linea attraverso misure volte a formare e trattenere gli operatori sanitari. I benefici vanno oltre i benefici sanitari diretti, poiché popolazioni più sane sono al centro di economie più forti e resilienti. Ciò consente sostanziali vantaggi economici e sociali aumentando la produttività, migliorando i risultati del mercato del lavoro e riducendo la necessità di interventi sanitari più costosi in futuro”.

“È quindi – si precisa - necessaria un'azione urgente per finanziare sistemi sanitari più resilienti, garantendo al tempo stesso la sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari. Le attuali prospettive economiche in molti paesi dell'OCSE non fanno altro che intensificare questo compito nel medio termine. Sebbene l'inflazione sia scesa rispetto al picco del 2022, rimane superiore ai livelli storici, aumentando i costi di produzione degli operatori sanitari e alimentando i piani di spesa pianificati a medio termine. Le priorità concorrenti per la spesa pubblica stanno anche comprimendo i bilanci sanitari. Ciò fa seguito agli effetti della pressione senza precedenti sui sistemi sanitari durante la pandemia di Covid-19 e ai continui arretrati indotti dalla pandemia per alcuni servizi sanitari”.

Per far fronte a questa sfida, i paesi dell'OCSE hanno generalmente considerato quattro opzioni politiche generali (non esclusive):

Opzione 1: aumentare la spesa pubblica e destinare parte di questi fondi aggiuntivi alla sanità. *Ciò richiede un aumento delle entrate pubbliche o un ulteriore finanziamento del debito. Eppure, le entrate pubbliche rappresentano già il 39% del PIL nei paesi OCSE. Molti paesi hanno livelli elevati e crescenti di debito pubblico e associati maggiori costi di finanziamento, oltre alla sgradevole sfida di cercare di aumentare le tasse durante una crisi del costo della vita.*

Opzione 2: aumentare gli stanziamenti per la sanità all'interno dei bilanci pubblici esistenti. *Mentre i cittadini spesso attribuiscono un'elevata priorità relativa alla salute, la sanità è sempre più in competizione con le nuove importanti priorità di spesa, in particolare per affrontare la crisi del costo della vita, finanziare una trasformazione verde e, per alcuni paesi, aumentare la spesa per la difesa. Tuttavia, nei paesi con stanziamenti di bilancio relativamente bassi per la sanità, le autorità sanitarie potrebbero utilizzarla come leva politica per spingere verso un aumento delle quote di bilancio. In dieci paesi, nel 2022 la quota della spesa sanitaria sulla spesa pubblica totale era pari o inferiore al 12%, ben al di sotto della media OCSE del 15%.*

Opzione 3: rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata. *Nel 2022, la quota di spesa dei governi o dell'assicurazione sanitaria obbligatoria nei paesi OCSE era già al 76%. Senza risorse pubbliche aggiuntive disponibili per la sanità, una maggiore spesa sanitaria verrà automaticamente spostata al settore privato. I tagli ai pacchetti di benefit o gli aumenti dei diritti di utenza possono esacerbare le disuguaglianze sanitarie. Tuttavia, è necessario un dibattito sulle direzioni a lungo termine sul confine pubblico-privato, in termini di quali siano i migliori acquisti per budget pubblici limitati e se sia possibile apportare modifiche alle tariffe di utenza senza impedire l'accesso.*

Opzione 4: individuare incrementi di efficienza. *L'incremento del rapporto qualità-prezzo dei servizi sanitari deve essere sottolineato con ancora maggiore forza. È fondamentale ottenere notevoli guadagni in termini di efficienza tagliando le spese inefficaci e dispendiose, raccogliendo al tempo stesso i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari, compresa l'intelligenza artificiale (AI). Altrimenti, le aspettative sull'entità di tali guadagni devono essere realistiche. Le azioni volte a incoraggiare popolazioni più sane e politiche volte a eliminare fino alla metà della spesa inefficace e dispendiosa identificata in una precedente analisi dell'OCSE potrebbero far risparmiare fino a 1,2 punti percentuali del PIL. Ciò porrebbe la futura spesa sanitaria totale su una traiettoria ascendente molto più dolce e sostenibile, raggiungendo il 10,6% del PIL nel 2040 (rispetto all'11,8% del PIL in assenza di importanti cambiamenti politici).*

In questo contesto difficile, anche le buone pratiche di bilancio sono fondamentali. Migliorano il modo in cui i fondi pubblici per la sanità vengono determinati, eseguiti e valutati. Ciò non solo aumenta l'efficienza della spesa pubblica corrente, ma consente anche cambiamenti politici più ambiziosi nel medio e lungo termine.

L'analisi delle esperienze dei paesi OCSE evidenzia le buone pratiche, in particolare quanto segue:

- *Regole chiare e meccanismi di monitoraggio e revisione dovrebbero essere concordati nel corso del ciclo di bilancio annuale. Ciò include la separazione del costo delle nuove iniziative di politica sanitaria dai costi di base del mantenimento dei servizi e della copertura esistenti; l'uso di criteri espliciti per facilitare la negoziazione del bilancio; garantire un monitoraggio regolare del bilancio nel corso dell'anno, con meccanismi correttivi per migliorare la conformità; e utilizzare le revisioni della spesa per analizzare le spese sanitarie e garantire che siano allineate con le priorità del governo.*
- *Il bilancio a medio termine per la sanità consente ai paesi di passare a una strategia lungimirante più proattiva che va oltre il normale ciclo di bilancio annuale. Dovrebbe consentire alle agenzie sanitarie di pianificare sulla base di un'ipotesi ragionevole della dotazione di risorse finanziarie disponibili, preservando al tempo stesso la flessibilità del governo per adeguarsi alla finanza pubblica e al clima macroeconomico.*
- *La definizione del budget dei programmi promuove budget più orientati alla performance, migliorando l'allineamento tra gli obiettivi del settore sanitario e le risorse finanziarie. Spostando l'attenzione sui risultati, offre anche maggiore flessibilità alle autorità sanitarie nell'uso delle risorse pubbliche, migliorando al tempo stesso la trasparenza e la responsabilità dei risultati. Obiettivi comuni sono programmi sul miglioramento della promozione della salute, della salute digitale, dell'educazione medica; e quando la portata del budget del programma è maggiore, può includere un'ampia tipologia di servizi sanitari (come cure primarie, servizi ospedalieri e cure a lungo termine).*

Trovare fondi sufficienti – evidenzia l'Ocse - per finanziare sistemi sanitari più resilienti è una sfida nell'attuale contesto economico. Si rileva che l'entità delle esigenze aggiuntive di finanziamento sanitario richiede cambiamenti politici ambiziosi e trasformativi. Azioni vigorose per incoraggiare popolazioni e politiche più sane possono indirizzare la spesa sanitaria futura su una traiettoria ascendente molto più dolce. Ciò consentirebbe alla spesa di raggiungere una cifra più sostenibile pari al 10,6% del PIL nel 2040 (rispetto alla spesa sanitaria che raggiunge l'11,8% del PIL in assenza di importanti cambiamenti politici). Una migliore governance di bilancio è fondamentale. Migliora il modo in cui i fondi pubblici per la sanità vengono determinati, eseguiti e valutati. Un migliore dialogo tra i ministeri della sanità e delle finanze è particolarmente importante quando i governi operano in un contesto fiscale limitato”.

In Italia prevista diminuzione spesa pubblica nei prossimi anni. *“In Italia – analizza l'Ocse -, le attuali proiezioni di bilancio suggeriscono che, dopo anni di aumenti eccezionali della spesa nel 2020 e nel 2021, si è registrato un aumento nominale più moderato della spesa pubblica per la sanità nel 2023 (2,8%) con una correzione nel 2024 prima di un ritorno alla crescita nominale annua pari a tra il 2-3% previsto per il 2025-26. Considerando le più recenti stime di inflazione per il Paese, ciò si tradurrà molto probabilmente in una diminuzione della spesa pubblica in termini reali nei prossimi anni. Inoltre, si prevede che la percentuale del PIL destinata all'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici sarà inferiore al livello pre-pandemia dal 2024 in poi”*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119401



Fiscal Sustainability of Health Systems

HOW TO FINANCE MORE RESILIENT HEALTH SYSTEMS WHEN MONEY IS TIGHT?



Trovare fondi sufficienti per finanziare sistemi sanitari più resilienti è una sfida nell'attuale contesto economico. Questa pubblicazione esplora le opzioni politiche per finanziare sistemi sanitari più resilienti pur mantenendo la sostenibilità fiscale. Si rileva che l'entità delle esigenze aggiuntive di finanziamento sanitario richiede cambiamenti politici ambiziosi e trasformativi.

Azioni vigorose per incoraggiare popolazioni e politiche più sane possono indirizzare la spesa sanitaria futura su una traiettoria ascendente molto più dolce. Ciò consentirebbe alla spesa di raggiungere una cifra più sostenibile pari al 10,6% del PIL nel 2040 (rispetto alla spesa sanitaria che raggiunge l'11,8% del PIL in assenza di importanti cambiamenti politici). Una migliore governance di bilancio è fondamentale.

Migliora il modo in cui i fondi pubblici per la sanità vengono determinati, eseguiti e valutati. I risultati di questo rapporto sono rivolti ai responsabili delle politiche sanitarie e finanziarie. Un migliore dialogo tra i ministeri della sanità e delle finanze è particolarmente importante quando i governi operano in un contesto fiscale limitato. Questo rapporto non sarebbe stato possibile senza i funzionari governativi e gli altri partecipanti alla Rete congiunta OCSE di alti funzionari del bilancio e della sanità.

www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1704965068.pdf

Conto economico 2021. Cimo: “Per il personale sanitario si spende sempre meno, ma boom di cooperative”

In 11 anni il rapporto tra il costo del personale e la spesa sanitaria complessiva è passato dal 32% al 28%, ma nel 2021 si è speso il 66,22% in più rispetto al 2019 per medici gettonisti e cooperative. Il presidente Quici: "Si tratta di numeri impietosi: la volontà di tagliare sulle figure professionali che tengono in vita il Ssn è bipartisan. Per risollevare il Ssn è essenziale invertire il trend, e rilanciare l'offerta sanitaria tornando ad investire sul personale".

30 GEN - La spesa sanitaria aumenta, ma si continua a risparmiare sul personale. A confermarlo è il Conto economico relativo al 2021 pubblicato nei giorni scorsi dal Ministero della Salute: a fronte di un finanziamento del Ssn aumentato, tra il 2010 ed il 2021, del 19,9%, il costo del personale è cresciuto solo del 2,77%. Da una elaborazione dei dati condotta dalla Federazione Cimo-Fesmed, emerge allora con chiarezza come il rapporto tra il costo del personale e la spesa sanitaria complessiva sia in costante decrescita, passando dal 32% al 28%.

Ma c'è un altro dato che, sebbene in modo indiretto, è legato all'evidente intenzione di disinvestire sul personale sanitario: la formazione continua, la cui spesa nel 2021 è diminuita del 7,72% rispetto al 2019 e del 23,72% rispetto al 2010.

A fronte di tali tagli, però, assistiamo all'aumento notevole di altri capitoli di spesa, a cominciare dalla voce relativa a consulenze, collaborazioni e lavoro interinale sanitari, per i quali nel 2021 si è speso oltre 900 milioni di euro in più rispetto al 2019, registrando un aumento del 79,28%. Sono questi i capitoli di spesa che ricomprendono le cooperative e i medici gettonisti, il cui costo è aumentato, nel triennio analizzato, di 173 milioni (+66,22%), passando da 261,5 milioni a 434,7 milioni di euro.

Con il segno positivo anche altri capitoli, come la spesa per le assicurazioni (cresciuta, tra il 2019 ed il 2021, del 13,08%) e per i servizi non sanitari, ed in particolare i costi legati ai sistemi informativi (+35,49%), allo smaltimento dei rifiuti (+48,78%) e ai servizi di trasporto non sanitari (+25,59%)

"Si tratta di numeri impietosi, che vanno al di là delle polemiche politiche su quale governo abbia introdotto il tetto alla spesa del personale – commenta **Guido Quici**, Presidente Cimo-Fesmed -: la volontà di tagliare sulle figure professionali che tengono in vita il Servizio sanitario nazionale è bipartisan, e tale è la responsabilità delle condizioni drammatiche in cui oggi versa la sanità pubblica. Per risollevare il Ssn, allora, è essenziale invertire il trend, e rilanciare l'offerta sanitaria tornando ad investire realmente sul personale sanitario".

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119840



Gimbe: autonomia differenziata schiaffo al meridione, il Sud sempre più dipendente dalla sanità del Nord

Fondazione Gimbe

Nel 2021, la mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto un valore di € 4,25 miliardi, cifra nettamente superiore a quella del 2020 (€ 3,33 miliardi), con saldi estremamente variabili tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Il saldo è la differenza tra mobilità attiva, ovvero l'attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni, e quella passiva, cioè la "migrazione" dei pazienti dalla Regione di residenza. Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto – Regioni capofila dell'autonomia differenziata – raccolgono il 93,3% del saldo attivo, mentre il 76,9% del saldo passivo si concentra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.

«La mobilità sanitaria – spiega Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che riflette le grandi diseguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie Regioni e, soprattutto, tra il Nord e il Sud del Paese. Un gap diventato ormai una "frattura strutturale" destinata ad essere aggravata dall'autonomia differenziata, che in sanità legittimerà normativamente il divario Nord-Sud, amplificando le inaccettabili diseguaglianze nell'esigibilità del diritto costituzionale alla tutela della salute»

Ecco perché, in occasione dell'avvio della discussione in Aula al Senato del DdL Calderoli, continua Cartabellotta, «la Fondazione GIMBE ribadisce quanto già riferito nell'audizione in 1a Commissione Affari Costituzionali del Senato: la tutela della salute deve essere espunta dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie». Numerose le motivazioni:

- Il Servizio Sanitario Nazionale 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 regionali. In altri termini non ci sono risorse da mettere in campo per colmare le diseguaglianze in sanità.
- Il DdL Calderoli rimane molto vago sulle modalità di finanziamento, oltre che sugli strumenti per garantire i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) secondo quanto previsto dalla Carta Costituzionale.
- Il gap in sanità tra Regioni del Nord e del Sud è sempre più ampio, come dimostrano i dati sugli adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quelli sulla mobilità sanitaria qui riportati.
- Le maggiori autonomie già richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto potenzieranno le performance di queste Regioni e, al tempo stesso, indeboliranno ulteriormente quelle del Sud, anche quelle a statuto speciale.

Un esempio fra tutti: una maggiore autonomia in termini di contrattazione del personale, rischia di provocare una fuga dei professionisti sanitari verso le Regioni in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose.

- Le Regioni del Sud non avranno alcun vantaggio: essendo tutte (tranne la Basilicata) in Piano di rientro o addirittura commissariate come Calabria e Molise, non avrebbero nemmeno le condizioni per richiedere maggiori autonomie in sanità.

- Il Paese, indebitando le future generazioni, ha sottoscritto il PNRR che ha come obiettivo trasversale a tutte le missioni proprio quello di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali.

«In tal senso – chiosa Cartabellotta – risulta ai limiti del grottesco la posizione dei Presidenti delle Regioni meridionali governate dal Centro-Destra, favorevoli all'autonomia differenziata. Una posizione autolesionistica che dimostra come gli accordi di coalizione partitica prevalgano sugli interessi della popolazione».

Il Report sulla mobilità sanitaria 2021 elaborato dalla Fondazione GIMBE ha utilizzato i dati economici aggregati per analizzare mobilità attiva, passiva e saldi, e i flussi trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute per analizzare la differente capacità di attrazione delle strutture pubbliche e private di ogni Regione per le differenti tipologie di prestazioni erogate in mobilità.

Nel 2021 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.247,29 milioni, cifra ben più elevata del 2020 (€ 3.330,47 milioni), «anno in cui – spiega il presidente – l'emergenza pandemica COVID-19 ha determinato una netta riduzione degli spostamenti delle persone e dell'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali».

Mobilità attiva.

Lombardia (18,7%), Emilia-Romagna (17,4%), Veneto (12,7%) raccolgono quasi la metà della mobilità attiva, un ulteriore 25,6% viene attratto da Lazio (9,5%), Piemonte (6,8%), Toscana (4,9%) e Campania (4,4%). Il

rimanente 25,6% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 14 Regioni e Province autonome. «I dati della mobilità attiva – commenta il Presidente – documentano una forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord e, con la sola eccezione del Lazio, quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud».

Mobilità passiva.

3 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni ciascuna: in testa Lazio (12%), Lombardia (10,9%) e Campania (9,3%), che insieme compongono quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 67,9% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 18 Regioni e Province autonome. «I dati della mobilità passiva – commenta Cartabellotta – documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud. In particolare, se quasi tutte le Regioni meridionali hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in 4 grandi Regioni del Nord che presentano un'elevata mobilità attiva. Una conseguenza della cosiddetta mobilità di prossimità, determinata da pazienti che preferiscono spostarsi in Regioni vicine con elevata qualità dei servizi sanitari». In dettaglio: Lombardia (-€ 461,4 milioni), Veneto (-€ 270,3 milioni), Piemonte (-€ 253,7 milioni) ed Emilia-Romagna (-€ 239,5 milioni).

Saldi.

«I dati – commenta il presidente – confermano la “frattura strutturale” tra Nord e Sud, visto che le Regioni con saldo positivo superiore a € 200 milioni sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte del Centro-Sud». In dettaglio:

- Saldo positivo rilevante: Emilia-Romagna (€ 442 milioni), Lombardia (€ 271,1 milioni) e Veneto (€ 228,1 milioni)
- Saldo positivo moderato: Molise (€ 43,9 milioni)
- Saldo positivo minimo: Piemonte (€ 12,2 milioni), Toscana (€ 9,2 milioni), Provincia autonoma di Trento (€ 1,4 milioni), Provincia autonoma di Bolzano (€ 0,4 milioni)
- Saldo negativo minimo: Friuli Venezia Giulia (-€ 7,6 milioni), Valle d'Aosta (-€13,6 milioni)
- Saldo negativo moderato: Umbria (-€ 31,2 milioni), Marche (-€ 38,5 milioni), Sardegna (-€ 64,7 milioni), Liguria (-€ 69,5 milioni), Basilicata (-€ 83,5 milioni)
- Saldo negativo rilevante: Abruzzo (-€ 108,1 milioni), Puglia (-€ 131,4 milioni), Lazio (-€ 139,7 milioni), Sicilia (-€ 177,4 milioni), Campania (-€ 220,9 milioni), Calabria (-€ 252,4).

Tipologie di prestazioni erogate in mobilità.

Complessivamente, l'86% del valore della mobilità sanitaria riguarda i ricoveri ordinari e in day hospital (69,6%) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale (16,4%). Il 9,4% è relativo alla somministrazione diretta di farmaci e il rimanente 4,6% ad altre prestazioni (medicina generale, farmaceutica, cure termali, trasporti con ambulanza ed elisoccorso).

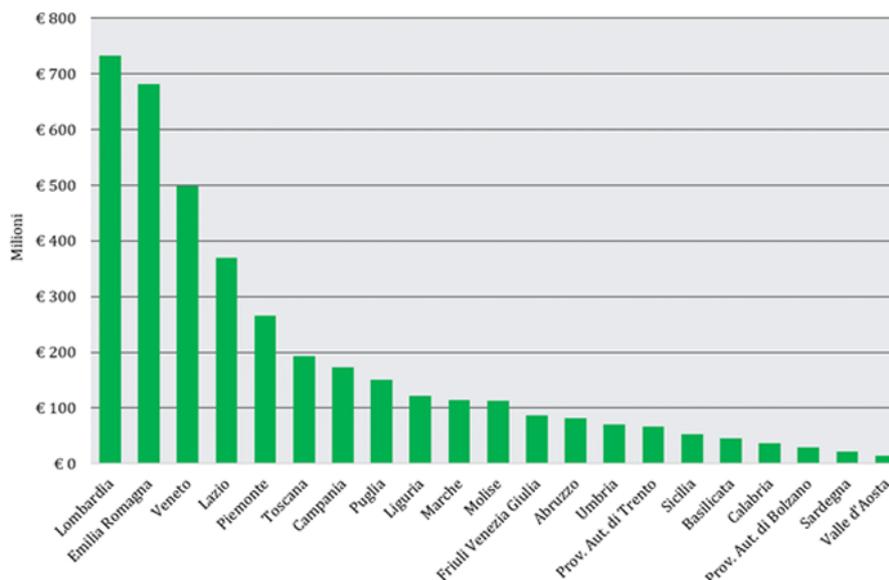
Mobilità verso le strutture private.

Oltre 1 euro su 2 speso per ricoveri e prestazioni specialistiche finisce nelle casse del privato: esattamente € 1.727,5 milioni (54,6%), rispetto a € 1.433,4 milioni (45,4%) delle strutture pubbliche. In particolare, per i ricoveri ordinari e in day hospital le strutture private hanno incassato € 1.426,2 milioni, mentre quelle pubbliche € 1.132,8 milioni. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità, il valore erogato dal privato è di € 301,3 milioni, quello pubblico di € 300,6 milioni.

«Il volume dell'erogazione di ricoveri e prestazioni specialistiche da parte di strutture private – spiega Cartabellotta – varia notevolmente tra le Regioni ed è un indicatore della presenza e della capacità attrattiva delle strutture private accreditate, oltre che dell'indebolimento di quelle pubbliche». Infatti, accanto a Regioni dove la sanità privata eroga oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva – Molise (90,5%), Puglia (73,1%), Lombardia (71,2%) e Lazio (64,1%) – ci sono Regioni dove le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità: Valle D'Aosta (19,1%), Umbria (17,6%), Sardegna (16,4%), Liguria (10%), Provincia autonoma di Bolzano (9,7%) e Basilicata (8,6%).

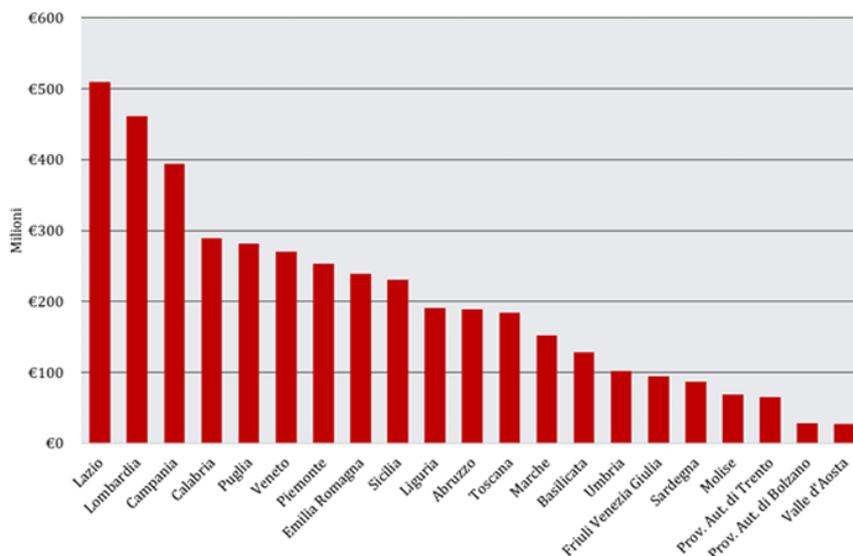
«Le nostre analisi – conclude Cartabellotta – dimostrano che i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, in particolare verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il Governo per la richiesta di maggiori autonomie. E che oltre la metà del valore delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale vengono erogate dal privato accreditato, ulteriore segnale d'indebolimento della sanità pubblica. Questi dati, insieme a quelli sull'esigibilità dei LEA, confermano un gap enorme tra il Nord e il Sud del Paese, inevitabilmente destinato ad aumentare se verranno concesse maggiori autonomie alle più ricche Regioni settentrionali. Ecco perché la Fondazione GIMBE, all'avvio della discussione in Senato del DdL Calderoli, ribadisce la richiesta di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie. Perché, se così non fosse, la conseguenza sarebbe la legittimazione normativa della “frattura strutturale” Nord-Sud, che compromette l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute, aumenta la dipendenza delle Regioni meridionali dalla sanità del Nord e assesta il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale».

Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2021



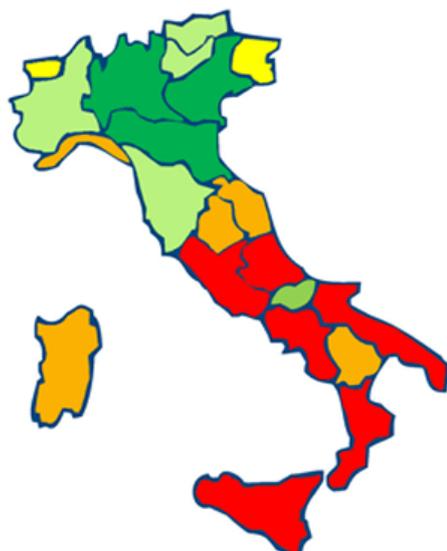
GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2021



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

MOBILITÀ SANITARIA REGIONALE: SALDI 2021



Saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni)

Emilia-Romagna (€ 442 mln), Lombardia (€ 271,1 mln), Veneto (€ 228,1 mln)

Saldo positivo moderato (da € 25,1 a € 100 milioni)

Molise (€ 43,9 mln)

Saldo positivo minimo (da € 0,1 a € 25 milioni)

Piemonte (€ 12,2 milioni), Toscana (€ 9,2 milioni), PA Trento (€ 1,4 milioni), PA Bolzano (€ 0,4 milioni)

Saldo negativo minimo (da -€ 0,1 a -€ 25 milioni)

Friuli Venezia Giulia (-€ 7,6 milioni), Valle d'Aosta (-€13,6 milioni)

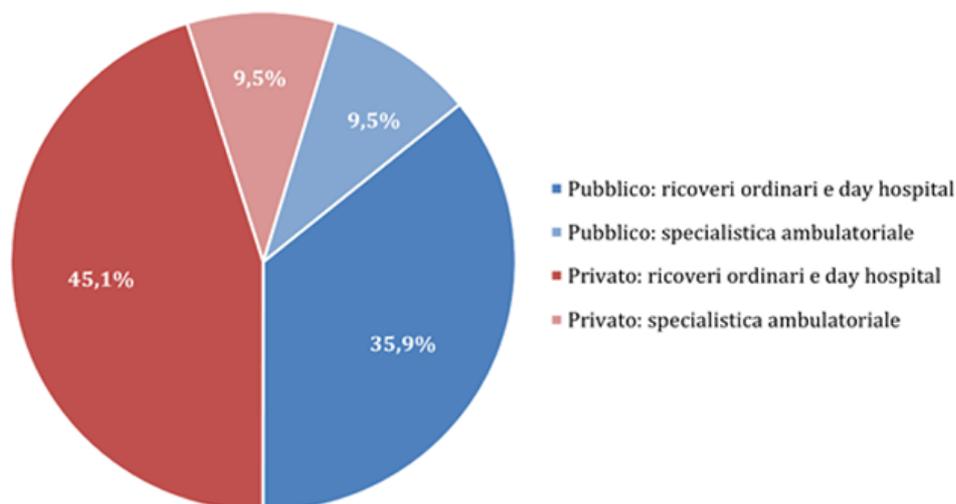
Saldo negativo moderato (da -€ 25,1 a -€ 100 milioni)

Umbria (-€ 31,2 milioni), Marche (-€ 38,5 milioni), Sardegna (-€ 64,7 milioni), Liguria (-€ 69,5 milioni), Basilicata (-€ 83,5 milioni)

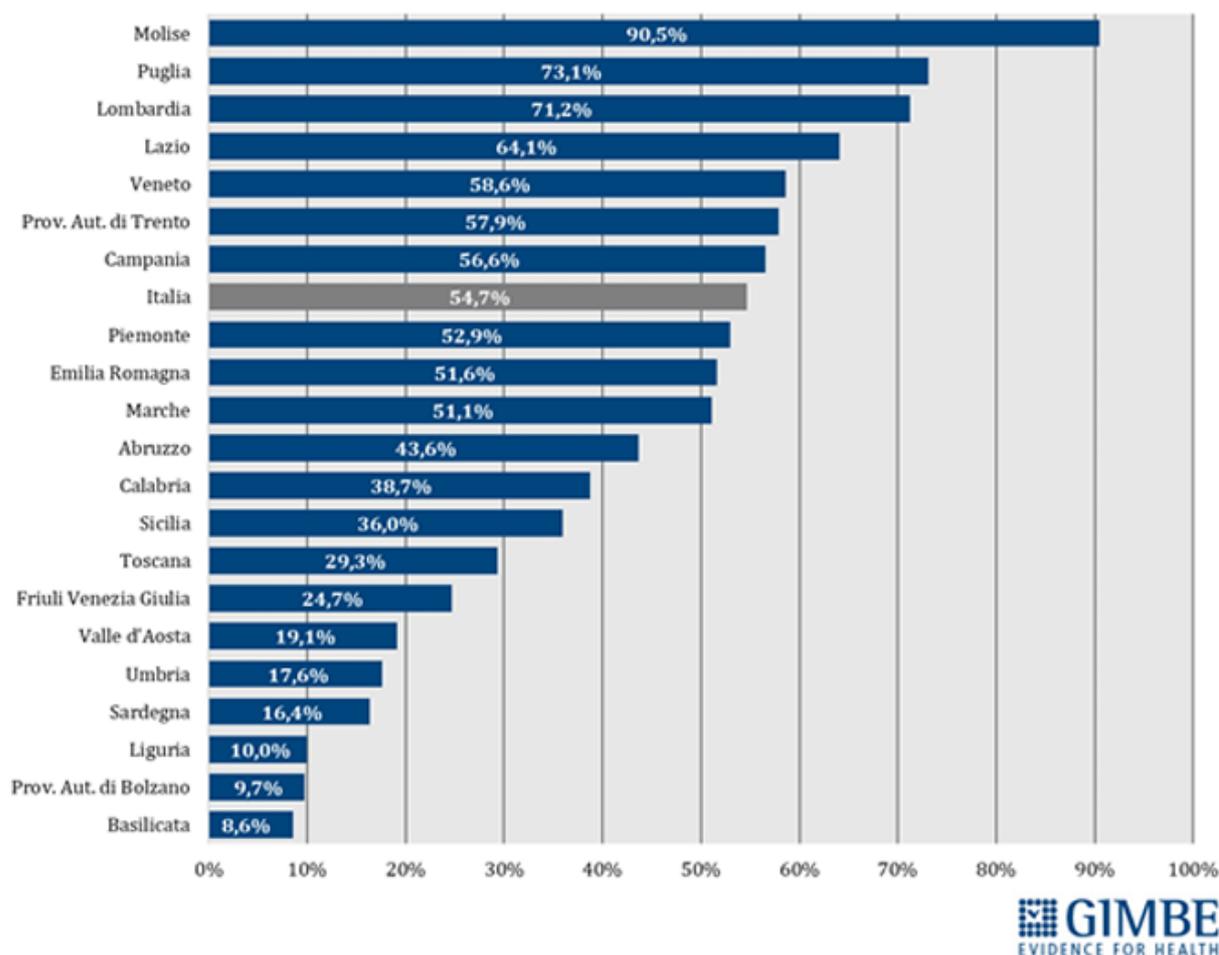
Saldo negativo rilevante (oltre -€ 100 milioni)

Abruzzo (-€ 108,1 milioni), Puglia (-€ 131,4 milioni), Lazio (-€ 139,7 milioni), Sicilia (-€ 177,4 milioni), Campania (-€ 220,9 milioni), Calabria (-€ 252,4)

Percentuale della mobilità sanitaria per ricoveri ordinari e day hospital e per specialistica ambulatoriale, differenziata per strutture pubbliche e strutture private



Valore percentuale della mobilità sanitaria erogata da strutture private: ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale



<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-01-16/gimbe-autonomia-differenziata-schiaffo-meridione-sud-sempre-piu-dipendente-sanita-nord-091449.php?uuid=AF1mqOMC&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

L'autonomia differenziata? Un colpo di grazia al nostro Ssn

Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaa Assomed

Il Ddl concede alle Regioni che danno allo Stato più di quanto ricevono (tutte al nord), la possibilità di trattenere più gettito fiscale. Un extra finanziamento stimato in circa 10 mld che potrebbe alimentare prestazioni sanitarie aggiuntive per i loro cittadini, una sorta di LEPs di prima categoria, rendendo la tutela della salute funzione del reddito e della residenza.

16 GEN -

Inizia oggi in Senato l'iter di conversione del [Ddl sull'autonomia differenziata](#) presentato dal Ministro Roberto Calderoli per concedere maggiori poteri alle Regioni su 23 materie, tra cui la sanità. Di fatto, una legittimazione della esistenza di più sistemi sanitari, a diversa efficacia e sicurezza, a scapito del carattere nazionale voluto dalla L.833/78.

Un tema introdotto in Costituzione dal centro-sinistra (2001) che il Governo in carica utilizza in una logica di scambio interno alla sua maggioranza, anche a scapito di quella "coesione nazionale" caposaldo della sua azione mediatica.

Nella tutela della salute esistono forti diseguaglianze tra le Regioni, specie lungo la faglia NORD-SUD, in merito all'accesso alle cure ed ai suoi esiti: aspettativa di vita (minore al Sud di 4 anni), mortalità evitabile (maggiore al Sud), speranza di vita in buona salute (20 anni tra i due estremi), mortalità infantile (doppia al Sud). Con il paradosso di una mobilità sanitaria che, secondo la Corte dei Conti, ha sottratto in un decennio 14 miliardi di euro alle Regioni del Sud, che percepiscono meno risorse dal FSN. Alla faccia della Legge 833/78, che pone tra i suoi obiettivi il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese, e in barba all'articolo 32 della Costituzione.

Il Ddl concede alle Regioni che danno allo Stato più di quanto ricevono (tutte al nord), la possibilità di trattenere più gettito fiscale. Un extra finanziamento stimato in circa 10 mld che potrebbe alimentare prestazioni sanitarie aggiuntive per i loro cittadini, una sorta di LEPs di prima categoria, rendendo la tutela della salute funzione del reddito e della residenza. In violazione del principio costituzionale di uguaglianza, chi risiede in Regioni "forti" si curerà, gli altri potranno solo aspettare in liste di attesa che ormai si misurano in semestri se non in anni. O migrare. Senza contare che più gettito a livello locale significa meno risorse disponibili a livello centrale per garantire un livello omogeneo di prestazioni essenziali.

I poteri concessi alle Regioni dalla autonomia differenziata in sanità non sono pochi: dalla mano libera su tariffe e tickets alla gestione dei fondi integrativi, con il rischio del risorgere di un sistema mutualistico-assicurativo, dalla governance delle aziende, con la possibilità di un sistema arlecchino, all'istituzione di quel contratto lavoro a scopo formativo per gli specializzandi che Governo e Università si ostinano a negare a tutto il sistema nazionale. Senza escludere l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane con la nascita di un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti, nutrito dal dumping salariale e dalle incentivazioni regionali, che rischierebbe di mettere una "pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale" (GIMBE).

I LEPs, vale a dire la soglia costituzionalmente necessaria per rendere effettivi i diritti civili e sociali, devono essere determinati e finanziati con risorse che lo Stato deve assicurare a ciascuna Regione. Ma, come farà un sistema indebitato e sottofinanziato, che esplicitamente esclude "aggravi" per la finanza pubblica, a colmare la differenza del 25% di spesa sanitaria individuale tra Nord e Sud? Regioni in partenza al di sotto della soglia minima di LEPs non potranno mai recuperare terreno.

Si sta giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese. Sottrarre al diritto alla salute una dimensione nazionale per favorire egoismi territoriali mette in crisi la sanità pubblica, la coesione sociale e la stessa unità del Paese. Senza che nemmeno esistano evidenze, come rilevato dalla Corte dei Conti, per affermare che ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità economiche e nella gestione delle risorse, aumentino il grado di efficienza dei servizi erogati.

Siamo di fronte, in sostanza, ad un siluro sparato non solo contro il SSN, "presidio insostituibile di unità del Paese", secondo il Presidente Mattarella, ma anche contro un'idea unitaria di Repubblica e di Stato. Inevitabilmente destinato ad amplificare le diseguaglianze di un sistema sanitario avviato lungo la china di una privatizzazione silenziosa, fino a cristallizzare, in maniera irreversibile, il divario tra Nord e Sud. Proprio quando l'Europa chiede con il PNRR di ridurre le diseguaglianze territoriali e il ministro Schillaci ritiene "i gap che ci sono tra regione e regione, addirittura sull'attesa di vita, completamente inaccettabili in una nazione moderna".

L'Anaa ribadisce la propria contrarietà ed opposizione. La nostra voce continuerà a sentirsi in attesa che altre voci si uniscano per evitare il colpo di grazia al welfare state del nostro Paese. O a quel che ne resta.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119499

quotidianosanita.it

Autonomia differenziata. Il Ddl sbarca al Senato con diverse modifiche. Per le opposizioni sarà battaglia. Ed anche FdI presenta emendamenti

Giovanni Rodriguez

Sono circa 400 gli emendamenti presentati dai gruppi parlamentari delle opposizioni che promettono battaglia. Due proposte di modifica sono state però avanzate anche da Fratelli d'Italia: sulla determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) e sul trasferimento delle funzioni, con una clausola di salvaguardia in base alla quale le risorse saranno aumentate anche per le altre Regioni che non hanno richiesto l'Autonomia

15 GEN -

Il ddl Calderoli sull'autonomia differenziata approderà domani pomeriggio nell'Aula di Palazzo Madama. Sono circa 400 gli emendamenti presentati dai gruppi parlamentari delle opposizioni che promettono battaglia. Due proposte di modifica sono state però avanzate anche da Fratelli d'Italia: sulla determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) e sul trasferimento delle funzioni, con una clausola di salvaguardia in base alla quale le risorse saranno aumentate anche per le altre Regioni che non hanno richiesto l'Autonomia.

Il disegno di legge sull'autonomia differenziata definisce procedure legislative e amministrative da seguire per giungere ad una intesa tra lo Stato e le Regioni che chiedono ulteriori autonomie. In particolare, a preoccupare le opposizioni, ma anche la stessa Fdl, è che a farne le spese, col trasferimento di materie quali sanità o istruzione, siano le altre Regioni, per lo più quelle meridionali, in termine di risorse.

Ma vediamo nel dettaglio cosa prevede il testo, così come modificato durante i lavori in commissione Affari Costituzionali.

Articolo 1 (Finalità)

L'articolo 1, comma 1, indica le finalità del disegno di legge, precisando come lo stesso sia volto a definire i principi generali per l'attribuzione alle Regioni a statuto ordinario di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, nonché le relative modalità procedurali di approvazione delle intese tra lo Stato e le singole regioni previste dal medesimo terzo comma.

Il successivo comma 2 stabilisce che l'attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, con riguardo a materie o ambiti di materie riferibili ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, è consentita subordinatamente alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 117, primo comma, lettera m), della Costituzione (Lep). I Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) indicano la soglia costituzionalmente necessaria e costituiscono il nucleo invalicabile per rendere effettivi tali diritti su tutto il territorio nazionale.

Articolo 2 (Procedimento di approvazione delle intese fra Stato e Regione)

L'articolo 2 disciplina il procedimento di approvazione delle intese tra Stato e Regione. Il comma 1 prevede che sia la Regione, sentiti gli enti locali e secondo le modalità e le forme stabilite nell'ambito della propria autonomia statutaria, a deliberare la richiesta di attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

La richiesta è trasmessa al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro per gli affari regionali e le autonomie, al quale compete di avviare il negoziato con la Regione interessata ai fini dell'approvazione dell'intesa. All'avvio del negoziato si procede dopo che sia stata acquisita la valutazione dei Ministri competenti per materia e del Ministro dell'economia e delle finanze, anche ai fini dell'individuazione delle necessarie risorse finanziarie da assegnare ai sensi dell'articolo 14 della legge n. 42 del 2009. Decorsi sessanta giorni dalla richiesta, viene comunque avviato il negoziato che, con riguardo a materie o ambiti di materie riferibili ai livelli essenziali delle prestazioni, è svolto per ciascuna singola materia o ambito di materia.

Il comma 2 specifica che l'atto o gli atti d'iniziativa di ciascuna Regione possono concernere una o più materie o ambiti di materie e le relative funzioni. Al fine di tutelare l'unità giuridica o economica, nonché di indirizzo rispetto a politiche pubbliche prioritarie, il Presidente del Consiglio dei ministri, anche su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie o dei Ministri competenti per materia, può limitare l'oggetto del negoziato ad alcune materie o ambiti di materie individuati dalla Regione nell'atto di iniziativa.

Il comma 3 dispone che spetti al Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, di approvare lo schema di intesa preliminare negoziato tra Stato e Regione, il quale deve essere corredato da una relazione tecnica. Alla riunione del Consiglio dei ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale interessata

Il comma 4 prevede che tale schema di intesa preliminare venga immediatamente trasmesso alla Conferenza unificata per l'espressione del parere, da rendersi entro sessanta giorni dalla data di trasmissione. Dopo che il parere è stato reso, lo schema di intesa preliminare è immediatamente trasmesso alle Camere per l'esame da parte dei competenti organi parlamentari, che si dovranno esprimere entro novanta giorni dalla data di trasmissione dello schema di intesa preliminare, udito il Presidente della Giunta regionale interessata.

Il comma 5 stabilisce che, valutato il parere della Conferenza unificata e sulla base degli atti di indirizzo resi dai competenti organi parlamentari – e, in ogni caso, decorsi novanta giorni –, il Presidente del Consiglio dei ministri o il Ministro per gli affari regionali e le autonomie predispongano lo schema di intesa definitivo, eventualmente al termine di un ulteriore negoziato con la Regione interessata, ove necessario. Il Presidente del Consiglio dei ministri, ove ritenga di non conformarsi in tutto o in parte agli atti di indirizzo, riferisce alle Camere con apposita relazione, nella quale fornisce adeguata motivazione della scelta effettuata. Lo schema di intesa definitivo è trasmesso alla Regione interessata, che lo approva secondo le modalità e le forme stabilite nell'ambito della propria autonomia statutaria, assicurando la consultazione degli enti locali. Entro quarantacinque giorni dalla data della comunicazione dell'approvazione da parte della Regione, lo schema di intesa definitivo, corredato di una relazione tecnica è deliberato dal CdM.

Il comma 6 dispone che, insieme allo schema di intesa definitivo, e sempre su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, il Consiglio dei Ministri delibera un disegno di legge di approvazione dell'intesa,

della quale quest'ultima costituisce un allegato. Alla seduta del Consiglio dei Ministri per l'esame dello schema di disegno di legge e dello schema di intesa definitivo partecipa il Presidente della Giunta regionale.

Il comma 7 prevede che, dopo essere stata approvata dal Consiglio dei ministri, l'intesa definitiva è immediatamente sottoscritta dal Presidente del Consiglio dei ministri e dal Presidente della Giunta regionale.

Il comma 8 stabilisce che il disegno di legge di approvazione dell'intesa e la medesima intesa allegata sono immediatamente trasmessi alle Camere per la deliberazione, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, il quale configura quella in questione come un a legge rinforzata, prescrivendo che ciascuna Camera la approvi a maggioranza assoluta dei rispettivi componenti

Articolo 3 (Delega al Governo per la determinazione dei LEP ai fini dell'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione)

L'articolo 3, integrando la procedura delineata dalla legge di bilancio 2023, stabilisce alcuni passaggi procedurali per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep) e dei relativi costi e fabbisogni standard ai fini dell'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione in materia di autonomia differenziata. Si prevede, in particolare, la trasmissione di ciascuno schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante la determinazione dei Lep alle Camere, per l'espressione del parere entro quarantacinque giorni

Nelle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, i Lep sono determinati nelle materie o negli ambiti di materie seguenti:

- a) organizzazione della giustizia di pace;
- b) norme generali sull'istruzione;
- c) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali;
- d) tutela e sicurezza del lavoro;
- e) istruzione;
- f) ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi;
- g) tutela della salute;
- h) alimentazione;
- i) ordinamento sportivo;
- j) governo del territorio;
- k) porti e aeroporti civili;
- l) grandi reti di trasporto e di navigazione;
- m) ordinamento della comunicazione;
- n) produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia;
- o) valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali.

I decreti previsti dal presente articolo definiscono le procedure e le modalità operative per monitorare l'effettiva garanzia in ciascuna Regione dell'erogazione dei Lep in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione. Per ciascuna delle Regioni che hanno sottoscritto intese, l'attività di monitoraggio è svolta dalla Commissione paritetica. La Commissione paritetica riferisce annualmente sugli esiti del monitoraggio alla Conferenza unificata.

I Lep possono essere aggiornati periodicamente in coerenza e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, anche al fine di tenere conto della necessità di adeguamenti tecnici prodotta dal mutamento del contesto socioeconomico o dall'evoluzione della tecnologia, con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri competenti, di concerto con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie e il Ministro dell'economia e delle finanze. I decreti di cui al primo periodo sono adottati solo successivamente o contestualmente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziavano le occorrenti risorse finanziarie. Sugli schemi di decreto è acquisito il parere della Conferenza unificata, da rendere entro venti giorni, decorsi i quali gli stessi schemi di decreto sono trasmessi alle Camere per il relativo parere da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che deve essere espresso nel termine di trenta giorni, decorso il quale i decreti possono essere adottati.

Sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard, i costi e fabbisogni standard sono determinati e aggiornati con cadenza almeno triennale con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri.

Nelle more dell'entrata in vigore dei decreti legislativi previsti dal presente articolo, ai fini della determinazione dei Lep, continua ad applicarsi quanto previsto dalla manovra 2023 (commi da 791 a 801-bis).

Articolo 4 (Trasferimento delle funzioni)

L'articolo 4 stabilisce i principi per il trasferimento delle funzioni, con le relative risorse umane, strumentali e finanziarie, attinenti a materie o ambiti di materie riferibili ai Lep, che può avvenire soltanto dopo la determinazione dei Lep medesimi e dei relativi costi e fabbisogni standard, nei limiti delle risorse rese disponibili nella legge di bilancio.

Per le funzioni relative a materie o ambiti di materie diverse da quelle riferibili ai Lep, il trasferimento può essere effettuato nei limiti delle risorse previste a legislazione vigente.

Articolo 5 (Principi relativi all'attribuzione delle risorse finanziarie, umane e strumentali corrispondenti alle funzioni oggetto di conferimento)

L'intesa di cui all'articolo 2 stabilisce i criteri per l'individuazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative necessari per l'esercizio da parte della Regione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, che sono determinati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e i Ministri competenti per materia, su proposta di una Commissione paritetica Stato-Regione-Autonomie locali, disciplinata dall'intesa medesima.

Fanno parte della Commissione, per lo Stato, un rappresentante del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, un rappresentante del Ministro dell'economia e delle finanze e un rappresentante per ciascuna delle amministrazioni competenti e, per la Regione, i corrispondenti rappresentanti regionali, oltre a un rappresentante dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (AnCI) e un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (Upi). In tutti i casi in cui si debba procedere alla determinazione delle risorse umane, la Commissione paritetica sente i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Al funzionamento della Commissione paritetica si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Articolo 6 (Ulteriore attribuzione di funzioni amministrative a enti locali)

Le funzioni amministrative trasferite alla Regione sono attribuite, dalla Regione medesima, contestualmente alle relative risorse umane, strumentali e finanziarie, ai comuni, salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a province, città metropolitane e Regione, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.

Articolo 7 (Durata delle intese e successione di leggi nel tempo)

L'articolo 7, comma 1, del disegno di legge disciplina innanzitutto la durata delle intese, che ciascuna di esse dovrà individuare, comunque in un periodo non superiore a dieci anni.

Con le stesse modalità previste nell'articolo 2, su iniziativa dello Stato o della Regione interessata, anche sulla base di atti di indirizzo adottati dalle Camere secondo i rispettivi Regolamenti, l'intesa può essere modificata. L'intesa prevede inoltre i casi, i tempi e le modalità con cui lo Stato o la Regione possono chiedere la cessazione della sua efficacia, che è deliberata con legge a maggioranza assoluta delle Camere. In ogni caso, lo Stato, qualora ricorrano motivate ragioni a tutela della coesione e della solidarietà sociale, conseguenti alla mancata osservanza, direttamente imputabile alla Regione sulla base del monitoraggio di cui alla presente legge, dell'obbligo di garantire i Lep, dispone la cessazione integrale o parziale dell'intesa, che è deliberata con legge a maggioranza assoluta delle Camere.

Articolo 8 (Monitoraggio)

La Commissione paritetica procede annualmente alla valutazione degli oneri finanziari derivanti, per ciascuna Regione interessata, dall'esercizio delle funzioni e dall'erogazione dei servizi connessi alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, secondo quanto previsto dall'intesa, in coerenza con gli obiettivi programmatici di finanza pubblica e, comunque, garantendo l'equilibrio di bilancio. La Commissione paritetica fornisce alla Conferenza unificata e alle Camere adeguata informativa degli esiti della valutazione degli oneri finanziari.

La Commissione paritetica provvede inoltre annualmente alla ricognizione dell'allineamento tra i fabbisogni di spesa già definiti e l'andamento del gettito dei tributi compartecipati per il finanziamento delle medesime funzioni. Qualora la suddetta ricognizione evidenzia uno scostamento dovuto alla variazione dei fabbisogni ovvero all'andamento del gettito dei medesimi tributi, anche alla luce delle variazioni del ciclo economico, il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, previa intesa in sede di Conferenza unificata, adotta, su proposta della Commissione paritetica, le necessarie variazioni delle aliquote di compartecipazione definite nelle intese garantendo comunque l'equilibrio di bilancio e nei limiti delle risorse disponibili. Sulla base dei dati del gettito effettivo dei tributi compartecipati rilevati a consuntivo, si procede, di anno in anno, alle conseguenti regolazioni finanziarie relative alle annualità decorse, sempre nei limiti delle risorse disponibili.

La Corte dei conti riferisce annualmente alle Camere sui controlli effettuati.

Articolo 9 (Clausole finanziarie)

Dall'applicazione della presente legge e di ciascuna intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il finanziamento dei Lep sulla base dei relativi costi e fabbisogni standard è attuato nel rispetto degli equilibri di bilancio.

Per le singole Regioni che non siano parte delle intese approvate è garantita l'invarianza finanziaria nonché il finanziamento delle iniziative finalizzate ad attuare le previsioni di cui all'articolo 119, terzo, quinto e sesto comma, della Costituzione.

Le intese, in ogni caso, non possono pregiudicare l'entità e la proporzionalità delle risorse da destinare a ciascuna delle altre Regioni, anche in relazione ad eventuali maggiori risorse destinate all'attuazione dei Lep.

È comunque garantita la perequazione per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

Articolo 10 (Misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale)

L'articolo 10 stabilisce, al comma 1, misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione, della solidarietà sociale individuando anche alcune fonti per le relative risorse.

Il comma 2 stabilisce che il Governo debba informare le Camere e la Conferenza unificata circa le attività poste in essere ai sensi del comma 1 del presente articolo.

Articolo 11 (Disposizioni transitorie e finali)

L'articolo 12, in primo luogo, prevede che l'esame degli atti di iniziativa delle regioni in materia di autonomia differenziata già presentati al Governo prosegua secondo la procedura prevista dal provvedimento in esame.

In secondo luogo, ribadisce che anche per le regioni a statuto speciale e le province autonome si applica l'articolo 10 della legge costituzionale n. 3 del 2001 di riforma del Titolo V, sul riconoscimento anche a tali enti territoriali delle forme di maggiore autonomia previste da tale legge.

Infine, reca la clausola di salvaguardia per l'esercizio del potere sostitutivo del Governo ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=119482

quotidianosanita.it

Autonomia differenziata. “Potrebbe aumentare diseguità nelle cure per i pazienti oncologici e indebolire il Ssn”. L’Aiom lancia l’allarme

“Temiamo che l’inasprimento del regionalismo sanitario, già introdotto nel 2001 con la riforma del Titolo V della Costituzione, riduca l’assistenza a semplice prestazione. Con la possibile concorrenza anche fra strutture pubbliche, è inevitabile l’aumento delle differenze territoriali” spiega il Presidente Francesco Perrone

24 GEN -

Assistenza dei pazienti oncologici ridotta a semplice prestazione. Confini alla ricerca scientifica. Un sistema sanitario pubblico depotenziato, più debole e a diverse velocità, con forti diseguità nell’accesso alle cure sul territorio. Progressiva privatizzazione della sanità in alcune Regioni e concorrenza anche fra le strutture pubbliche, a danno sia dei pazienti che degli operatori sanitari.

È questo, in sintesi, il punto di non ritorno per il Ssn, a cui rischia di condurre il disegno di legge sull’autonomia differenziata, approvato al Senato. Una norma su cui l’Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) esprime forti preoccupazioni, per le possibili conseguenze sulla qualità delle cure.

*“Se un trattamento contro il cancro non funziona, è regola della pratica clinica cambiare terapia – afferma **Francesco Perrone**, Presidente Aiom – e insistere con la stessa terapia, intensificando le dosi, aumenterebbe gli effetti collaterali senza alcun beneficio. Allo stesso modo, con la riforma del Titolo V della Costituzione, nel 2001 sono stati modificati i rapporti tra Stato centrale ed enti locali, demandando alle Regioni molti poteri nella gestione della sanità con l’obiettivo di ridurre le differenze territoriali nei risultati di salute e migliorare il livello dell’assistenza.*

L’obiettivo - prosegue - lo dicono molte fonti, fra cui ‘I numeri del cancro in Italia 2023’ (Aiom, Airtum, Fondazione Aiom, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI, PASSI d’Argento, Siapec-Iap), ‘Mobilità Sanitaria Interregionale’ (dati 2022, Agenas) e ‘Quinta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali’ (Rapporto 2023, Agenas), non è stato raggiunto. Al contrario, l’istituzione di 21 diversi sistemi sanitari regionali ha peggiorato le disparità nelle cure. L’autonomia differenziata costituisce, di fatto, un’intensificazione del regionalismo sanitario introdotto nel 2001, che ha già causato troppi danni ai pazienti oncologici. E temiamo che possa peggiorare le diseguità invece che diminuirle”.

L’articolo 32 della Costituzione stabilisce che la tutela della salute è un diritto fondamentale dell’individuo. Oltre venti anni fa, a seguito della riforma costituzionale, furono introdotti i Livelli Essenziali di Assistenza, proprio per definire quali cure garantire a tutti. “I Lea avrebbero dovuto rappresentare un parametro per capire dove investire più risorse, ma sono diventati criteri per giudicare l’efficienza dei servizi sanitari regionali e per stabilire provvedimenti sanzionatori. In questo modo, sono stati trasformati in uno strumento volto a quantificare la distribuzione del Fondo Sanitario Nazionale – spiega il Presidente Aiom

- Le Regioni in difficoltà nel raggiungere i 'criteri soglia' definiti dai LEA, invece di essere supportate, sono state danneggiate con l'ulteriore riduzione dei finanziamenti, determinando così un circolo vizioso, perché senza risorse è difficile garantire una buona assistenza".

"Il sistema dei LEA, pertanto, non ha funzionato, ma la soluzione non può essere rappresentata dai Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), che verrebbero introdotti con la legge sull'autonomia differenziata – continua Francesco Perrone -. I LEP costituiscono uno svilimento e un'eccessiva semplificazione dei LEA. Dal concetto di assistenza si passa a quello della singola prestazione. Ma la cura dei pazienti oncologici è a 360 gradi e non si riduce a una somma di prestazioni, ad esempio alla sola somministrazione dei farmaci o alla possibilità di accedere tempestivamente a un intervento chirurgico. È un insieme complesso di elementi, che concorrono a risultati importanti, come la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti".

Inoltre, è nella stessa natura del regionalismo la restrizione dei confini. "Sappiamo, però, che nella ricerca scientifica non devono esistere barriere – sottolinea il Presidente AIOM -. Solo la collaborazione e la coesione senza ostacoli consentono di migliorare la qualità delle cure. Questo è un principio cardine della nostra etica professionale, sia nell'assistenza che nella ricerca".

Per troppo tempo la gestione del Servizio sanitario a livello centrale ha perso capacità propulsiva e competenze di gestione, che non sono state tempestivamente sostituite. Dall'altro lato, si sono distinte molte figure professionali in alcune Regioni, che hanno quindi richiesto maggiore autonomia. Ma, in questo modo, si sono acuite le disparità territoriali. "L'autonomia differenziata aumenterebbe il divario già esistente – spiega Francesco Perrone -. Oggi è già forte la concorrenza fra sistema pubblico e privato. Ma, con la realizzazione del regionalismo differenziato, è concreto il rischio che le stesse strutture pubbliche entrino in competizione fra loro e che le Regioni più ricche offrano ai professionisti migliori contratti e remunerazioni più elevate".

In Italia, nel 2023, sono stati stimati 395.000 nuovi casi di tumore. Circa il 60% dei pazienti è vivo a 5 anni dalla diagnosi. "Il Servizio Sanitario Nazionale è uno dei migliori al mondo, ma ha bisogno di 'manutenzione' e di essere difeso nella sua principale caratteristica, cioè l'universalismo delle cure – afferma il Presidente AIOM -. Il progresso scientifico perde buona parte della sua 'bellezza' se non arriva a tutti. Anzi, assume le sembianze sgradevoli delle occasioni sprecate, dei diritti raccontati ma non garantiti. La via da seguire non va verso un regionalismo sanitario ancora più forte ma nella direzione di un potenziamento del sistema a livello centrale, a cui servono più competenze e risorse. Dall'altro lato, vanno realizzate le reti oncologiche regionali su tutto il territorio. Come reso noto nel recente rapporto di Agenas, esistono ancora disparità sullo stato di avanzamento e sulla efficienza delle reti regionali e quelle ancora lontane dalla realizzazione degli obiettivi organizzativi vanno supportate, più di quanto non sia stato fatto fino ad ora".

"Per tutti questi motivi – conclude il Presidente Perrone – Aiom, grazie alle competenze proprie di una società scientifica, è a completa disposizione delle Istituzioni per ridurre le disparità ancora esistenti e continuare a garantire ai pazienti l'universalismo delle cure".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=119699

quotidianosanita.it

L'autonomia differenziata: pericolo o propaganda? L'esperienza della sanità aiuta a rispondere

Claudio Maria Maffei

Se si tiene conto di tutto questo nel dibattito sulla autonomia differenziata verrebbe da dire alla romana: "ma de che stamo a parlà, se dove siamo più avanti, la sanità, siamo così indietro!".

25 GEN -

L'approvazione da parte del Senato del disegno di legge sulla autonomia differenziata, [riportato e commentato qui su Qs due giorni fa](#), ha rilanciato il dibattito su questo tema e sono numerosi gli interventi anche su giornali generalisti che riportano analisi e commenti sul rischio che l'autonomia regionale differenziata sancisca la fine del Servizio Sanitario Nazionale, già in crisi di suo. A solo titolo di esempio, [oggi la Stampa titola "Autonomia, sanità a rischio"](#). Per parte mia.

Vorrei fare una breve riflessione sulla esperienza accumulata in sanità in oltre venti anni di autonomia regionale diffusa e “accentuata”, anche se ancora non differenziata.

Tanto “accentuata” che uno dei luoghi comune sulla sanità italiana è che non ce n’è una, ma ventuno quante sono le Regioni e le Province.

L’autonomia delle Regioni in sanità, che trova il suo inizio nel 2001, ha già dentro tutti gli elementi caratterizzanti la fase preliminare e cruciale dell’autonomia differenziata: la determinazione per ciascuna delle materie interessate dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, LEP, assieme ai relativi costi e fabbisogni standard e la costruzione di un sistema di monitoraggio.

In pratica, perché l’effettivo processo di devoluzione col trasferimento di ulteriori competenze dallo Stato alle Regioni possa partire bisogna “prima” bisogna avere definito bene quali siano gli standard di servizio da garantire nelle tante materie in gioco (nel commento di QS sono 15 e riguardano tra gli altri oltre alla sanità la istruzione, la tutela dell’ambiente e la ricerca scientifica), quantificare (e, per logica, erogare) le risorse necessarie per garantirle e poi costruire un sistema che verifichi che la devoluzione avvenga senza intaccare i servizi.

Bene, vediamo cosa è successo nella sanità con i LEA e quindi con la loro definizione, la loro valorizzazione e il loro monitoraggio. Se si vuole sperimentare l’autonomia differenziata, tanto vale partire dopo avere analizzato la esperienza della autonomia regionale in sanità, una delle materie più critiche, se non la più critica, tra quelle candidate alla possibile devoluzione.

Si può tranquillamente e soprattutto in modo documentato affermare che quella dei LEA e della autonomia regionale in sanità è una esperienza che ha ancora dopo oltre venti anni enormi criticità. Vediamone solo alcune: sono molto difficili da definire, sono molto difficili da monitorare, sono erogati con forti livelli di disomogeneità e non sono adeguatamente finanziati, o ancor meglio e ancor prima, non si dispone di un sistema che ne quantifichi le necessità in termini di finanziamento.

Cominciamo dalla definizione dei LEA o LEP che dir si voglia. Possiamo dare per scontato, faccio solo uno dei tantissimi possibili esempi, che ogni Regione abbia servizi dedicati alle demenze. Ma quali servizi, quanti in rapporto alla popolazione e con quali risorse non è stato definito se non in via del tutto indicativa e non vincolante nel [Piano Nazionale Demenze](#).

Talmente poco vincolante che qui su Qs sono stati riportati pochi giorni fa i risultati di [una indagine dell’Istituto Superiore di Sanità](#) che ha documentato come la quota di Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze con applicazione di un percorso strutturato di presa in carico raggiunga quote molto basse nei territori del Sud e isole (con il 27,1%), con un incremento al centro (48,8%) e valori più alti al Nord (68,8%). L’elenco dei LEP o LEA che sono diventati LIP (Livelli Immaginati di Assistenza) è lunghissimo, perché i famosi “standard di servizio” sono molto difficili da costruire e ancor più da garantire persino in sanità in cui c’è una lunga tradizione di lavoro sul tema della qualità dei servizi e ci sono organismi tecnici come l’Agenas molto attrezzati al riguardo.

Poi il monitoraggio: il Ministero lo fa su un numero limitato di servizi (non su quelli già citati per le demenze ad esempio) con un sistema di indicatori, come quello del Nuovo Sistema di Garanzia, assolutamente inadeguato in settori chiave come la salute mentale.

La disomogeneità tra Regioni nell’erogazione dei LEA, o LEP o LIP è enorme ed emerge non tanto dai sistemi di indicatori ministeriali, quanto dalle analisi di settore come quelle sulla salute mentale, i consultori, i già citati servizi per le demenze, i percorsi di presa in carico della cronicità, le reti cliniche a partire da quella oncologica e così via.

Colmare questa disomogeneità “prima” di far partire la autonomia differenziata richiederebbe una capacità di definire i costi standard (e quindi di quantificare le risorse necessarie per una adeguata tutela della salute dei cittadini) che manca assolutamente tanto è vero che [le ultime Regioni benchmark](#) identificate per il loro calcolo sono state identificate in base ai dati 2018. Il rischio in questa situazione è che i LEA diventino i LAC (i Livelli di Assistenza Compatibili) visto che per ora l’autonomia differenziata non ha copertura economica e che il nostro Ssn continua a essere sottofinanziato.

Se si tiene conto di tutto questo nel dibattito sulla autonomia differenziata verrebbe da dire alla romana: “ma de che stamo a parlà, se dove siamo più avanti, la sanità, siamo così indietro!”.

Nel dubbio se questo Ddl sia un pericolo o propaganda elettorale mi viene da rispondere che è probabilmente l’uno e l’altro. Sicuramente è propaganda elettorale, ma se poi chi lo propone vincerà sicuramente l’autonomia differenziata andrà in qualche modo avanti.

E probabilmente lo farà con LEP mal determinati, non monitorati e non finanziati. Il che si tradurrà in quello che nessuno dice di volere: l’aumento dei divelli di diseguaglianza sociale anche su base regionale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119712

Autonomia differenziata

Le mini-secessioni, bomba nel silenzio

Spacca-Italia - I "nuovi" poteri significano la fine del Ssn e della scuola pubblica italiana. Poi la questione soldi: lasciare un enorme gettito a regioni grandi e ricche sarebbe devastante per il debito pubblico

Gianfranco Viesti

23 gennaio 2024

L' autonomia regionale differenziata sarebbe una pessima scelta per l'Italia. Per tre principali motivi.

Il primo e principale riguarda i poteri richiesti.

Le regioni Lombardia e Veneto hanno fatto una scelta estrema, chiedendo competenze in tutte le 23 materie in cui è possibile farlo; l'Emilia-Romagna all'epoca (2017) non si è discostata molto, anche se oggi appare più defilata.

Le regioni vogliono poteri estesi in tutte le politiche pubbliche italiane, dalla scuola alla sanità, dalle infrastrutture all'energia, dalla cultura all'ambiente e molto altro.

Come nota la Banca d'Italia nella sua preziosa memoria di giugno, esse però non spiegano mai perché quelle materie; in base a che evidenze le gestirebbero meglio dello Stato centrale; che cosa succederebbe nel resto del Paese.

Per capirci, stiamo parlando di regionalizzare la scuola pubblica italiana, di decretare la fine del Servizio Sanitario Nazionale (con la nascita di sistemi mutualistici regionali totalmente indipendenti), di trasferire la proprietà delle grandi infrastrutture e di assicurare alle regioni ogni potere per la loro gestione e il loro sviluppo, di rendere indipendenti le politiche energetiche regionali, di frammentare la legislazione sull'ambiente.

E di molto, molto altro ancora.

Non una riorganizzazione amministrativa, ma un disegno tutto politico: il tentativo di costituire regioni-Stato.

Questo spiega perché il processo è assai rischioso anche per i cittadini delle regioni a maggiore autonomia: che vantaggio può avere una famiglia milanese se gli insegnanti dei propri figli sono scelti su concorsi regionali e lavorano su programmi definiti dall'assessore?

O se il presidente della regione ha il potere di privatizzare a proprio piacere i servizi sanitari?

E questo spiega perché le associazioni imprenditoriali temano una progressiva balcanizzazione delle normative in molti ambiti.

Su questi aspetti il silenzio è totale.

La legge in approvazione al Senato non ne parla; stabilisce solo che si debba ripartire dalle trattative del 2019. Ma i testi contenenti le possibili intese Stato-regioni di allora sono segreti (sono pubblici solo i primi articoli generali).

Calderoli ha prodotto nella scorsa primavera una ricognizione delle specifiche funzioni che potrebbero essere regionalizzate.

Una lista che fa impressione, perché include circa 500 funzioni: l'ossatura dei poteri di uno Stato sovrano.

Si pensi, per citarne una, che potrebbero essere regionalizzati anche gli enti che si occupano della sicurezza nei trasporti.

Non a caso, anche questo documento è tenuto rigorosamente segreto: è probabilmente in corso una trattativa con i ministeri di cui nessuno sa nulla.

Si ricordi sempre esse che le regioni possono richiedere poteri, ma non vi è alcun obbligo di concederli; nel 2008, con il governo Berlusconi, richieste meno estreme erano state respinte in toto.

Il secondo riguarda i soldi. Le regioni Lombardia e Veneto da sempre mirano a trattenere una parte del gettito fiscale maturato nel loro territorio, sottraendolo alle entrate dello Stato (e quindi alle risorse per i servizi nel resto d'Italia, come nota la Commissione europea nel suo Country Report di luglio).

Le norme che regolano il finanziamento delle regioni, previste dalla legge 42/2009 in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione sono lettera morta; la sanità, poi, è finanziata in modo tutto diverso, attraverso quote di riparto del Fondo sanitario che penalizzano le regioni a maggiore deprivazione sociale.

La richiesta non è certo quella di attuare le leggi vigenti, ma di prevedere nuovi meccanismi ad hoc di finanziamento: sostanzialmente simili a quelli delle piccole regioni a statuto speciale, che trattengono gran parte del gettito.

Il punto, naturalmente, è quanta parte (tecnicamente: il valore dell'aliquota di compartecipazione): chi decide su questa aliquota e soprattutto sulla sua evoluzione nel tempo.

L'obiettivo delle regioni è di stabilire norme che tengano in futuro questa decisione fuori della portata del Parlamento, affidandola a trattative con l'esecutivo.

L'Ufficio parlamentare di bilancio e la Svimez hanno mostrato che, se questi meccanismi fossero stati approvati qualche anno fa, Lombardia e Veneto avrebbero messo da parte già un notevole bottino.

Dato che il loro gettito fiscale cresce più della media nazionale, avrebbero più soldi di quanti necessari per i nuovi servizi da finanziare.

La Commissione Ue, allarmatissima, nota che lasciare tutto questo gettito a regioni grandi e ricche metterebbe in dubbio la capacità del Tesoro di far fronte al debito pubblico.

La Banca d'Italia si è detta preoccupata della possibilità di operare quelle forme di redistribuzione fra i cittadini previste dalla Costituzione.

Si noti anche che per produrre le cifre su cui tutti questi calcoli sarebbero basati, il governo ha pensato bene di sostituire l'autorevole presidente della Commissione tecnica Fabbisogni Standard con una giurista, che è anche componente ufficiale del gruppo tecnico che aiuta il presidente veneto Zaia nelle trattative.

Per far sì che non si parli di questo, e per alimentare la favola secondo cui l'autonomia differenziata porterebbe vantaggi a tutti, il governo ha astutamente alzato una fitta cortina di fumo: i "livelli essenziali delle prestazioni" (LEP) dei servizi ai cittadini, previsti dalla Costituzione e quasi mai definiti.

Ha nominato una commissione presieduta da Sabino Cassese, che è divenuto un vero e proprio propagandista dell'autonomia differenziata. I LEP sono importantissimi, ma in questa sede irrilevanti. Un'arma di distrazione di massa.

Irrilevanti perché si sta operando solo una ricognizione delle norme già esistenti e solo in alcuni ambiti; e perché, ammesso che saranno effettivamente definiti precisi indicatori, non ci sono risorse per consentire alle regioni sotto standard di migliorare.

La legge prevede espressamente l'invarianza di bilancio. Quindi, si tratta di definirli parzialmente, ma certamente non di finanziarli né tantomeno di raggiungerli.

Quel che conta è fornire argomenti ai parlamentari di maggioranza; specie di Forza Italia e di FdI, magari in cuor loro perplessi: non si dimentichi che la presidente Meloni, coerente con la propria cultura politica, nel 2014 aveva proposto di cambiare la Costituzione per abolire le regioni.

Intanto, il governo ha defanziato con la legge di Bilancio il "fondo perequativo infrastrutturale" (previsto dalla legge 42) che mirava proprio a potenziare, laddove sono più scarse, le strutture che consentono di erogare questi servizi, come scuole e ospedali.

Che credibilità può avere la promessa dei LEP dopo questa scelta?

Infine, in breve ma certo non perché meno importante: il processo decisionale sta creando un serio vulnus democratico. I cittadini sono pochissimo informati.

Si sta completamente tagliando fuori il Parlamento, a cui viene tolto il potere di valutare nel merito le richieste: l'intesa verrebbe definita dagli esecutivi e ratificata con un voto di fiducia secco. Un'anticipazione di fatto del premierato.

L'approvazione darebbe poi sostanziali potestà a commissioni tecniche paritetiche fra lo Stato e ciascuna regione, che opererebbero fuori dal controllo parlamentare e dallo sguardo della pubblica opinione.

Insomma, non di autonomia si tratta, ma di un processo nei fatti secessionistico, con la creazione di regioni-Stato in grado di disporre di risorse per servizi progressivamente assai maggiori rispetto alle altre.

Una radicale trasformazione dell'Italia.

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

Caratteristiche, gestione ed esiti in donne e uomini con insufficienza cardiaca congestizia in 40 paesi a diversi livelli economici: un'analisi dal registro Global Congestive Heart Failure (G-CHF)

Marjan Walli-Attaei, PhD   • Filippo Giuseppe, medico • Isabelle Johansson, dottore di ricerca •

Prof.ssa Karen Sliwa, PhD • Prof. Eva Lonn, MD • Prof. Aldo P. Maggioni, MD • et al. [Mostra tutti gli autori](#) •

[Mostra le note a piè di pagina](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 10 gennaio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00557-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00557-0) •

Riepilogo

Sfondo

Vi è una scarsità di dati sulle caratteristiche cliniche, sulla gestione e sugli esiti delle donne con insufficienza cardiaca rispetto agli uomini nei paesi a basso e medio reddito rispetto ai paesi ad alto reddito.

Abbiamo esaminato le differenze di sesso nei fattori di rischio, nelle caratteristiche cliniche e nei trattamenti e abbiamo valutato prospetticamente il rischio di ospedalizzazione e mortalità per insufficienza cardiaca in pazienti con insufficienza cardiaca in 40 paesi ad alto, medio e basso reddito.

Metodi

I partecipanti di età pari o superiore a 18 anni con insufficienza cardiaca sono stati arruolati dal 20 dicembre 2016 al 9 settembre 2020 nello studio prospettico Global Congestive Heart Failure (G-CHF) da 257 centri in 40 ad alto reddito, medio reddito e basso reddito. -paesi a reddito.

I partecipanti sono stati seguiti fino al 25 maggio 2023. Abbiamo registrato le caratteristiche demografiche, l'anamnesi medica e i trattamenti dei partecipanti.

Abbiamo registrato in modo prospettico i dati sul ricovero per insufficienza cardiaca e sulla mortalità per sesso nello studio complessivo, in base allo stato economico del paese e in base al livello della frazione di eiezione ventricolare sinistra (LVEF).

Risultati

23.341 partecipanti (9.119 [39,1%] donne e 14.222 [60,1%] uomini) sono stati reclutati e seguiti per una media di 2,6 anni (SD 1,4). L'età media delle donne nello studio era di 62 anni (SD 17) rispetto a 64 anni (14) negli uomini.

Meno donne rispetto agli uomini avevano una LVEF pari o inferiore al 40% (51,7% donne contro 66,2% uomini). Al contrario, più donne che uomini avevano una LVEF pari o superiore al 50% (33,2% donne contro 18,6% uomini).

L'insufficienza cardiaca ipertensiva era l'eziologia più comune nelle donne (25,5% donne vs 16,8% uomini), mentre l'insufficienza cardiaca ischemica era l'eziologia più comune negli uomini (45,6% uomini vs 26,6% donne).

Segni e sintomi di congestione erano più comuni nelle donne rispetto agli uomini: il 42,6% delle donne aveva una classe funzionale III o IV della New York Heart Association rispetto al 37,9% degli uomini.

L'uso di farmaci per l'insufficienza cardiaca e di test cardiaci non differiva sistematicamente tra i sessi, sebbene l'impianto di defibrillatore cardioverter impiantabile (ICD) fosse inferiore tra le donne rispetto agli uomini (8,7% donne contro 17,2% uomini). Il rischio aggiustato di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca era simile nelle donne e negli uomini (hazard ratio aggiustato donne-uomini [HR] 0,99 [IC 95% 0,92-1,05]).

Questo modello era coerente all'interno di gruppi di paesi classificati per status economico, regione geografica e livello di LVEF. Tuttavia, le donne avevano un rischio di mortalità aggiustato più basso (HR aggiustato da donna a uomo 0,79 [IC al 95% 0,75-0,84]) nonostante gli aggiustamenti per i fattori prognostici, un modello che è stato costantemente

osservato in tutti i gruppi di paesi indipendentemente dallo stato economico, dalla geografia e dai livelli di LVEF dei pazienti.

Interpretazione

La causa sottostante dell'insufficienza cardiaca e il fenotipo della frazione di eiezione differiscono tra donne e uomini, così come la gravità dei sintomi. I trattamenti per l'insufficienza cardiaca (ad eccezione dell'uso dell'ICD) non erano costantemente a favore di un sesso.

Paradossalmente, mentre i tassi di ricovero erano simili tra donne e uomini, il rischio di morte era inferiore tra le donne. Questi modelli erano coerenti indipendentemente dallo status economico dei paesi. La mortalità più elevata tra gli uomini è inspiegabile e merita ulteriori studi.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato nel database MEDLINE, senza restrizioni di lingua o data di pubblicazione, le differenze negli esiti tra donne e uomini con insufficienza cardiaca il 24 marzo 2023. I nostri termini di ricerca erano "insufficienza cardiaca" O "insufficienza cardiaca" E "donne" O "donne" " O "sesso" O "differenze di sesso" O "differenze di genere" O "differenze uomo/donna" E "mortalità" O "morte" O "eccessiva mortalità" O "mortalità" O "esiti clinici" O "prognosi".

Gli studi hanno riportato una maggiore incidenza di insufficienza cardiaca con frazione di eiezione conservata nelle donne e di insufficienza cardiaca con frazione di eiezione ridotta negli uomini. Le donne con insufficienza cardiaca erano più anziane degli uomini, avevano maggiori probabilità di essere obese e riferivano una peggiore autovalutazione della salute.

Alcuni studi hanno riferito che le donne venivano trattate meno bene degli uomini. Sebbene alcuni studi non abbiano riportato differenze tra i sessi nella mortalità, la maggior parte degli studi ha riportato una migliore sopravvivenza per le donne.

Tuttavia, la maggior parte delle evidenze disponibili sulle differenze sessuali nello scompenso cardiaco provengono da popolazioni nordamericane ed europee. Differenze tra i sessi negli esiti dell'insufficienza cardiaca e nei livelli della frazione di eiezione ventricolare sinistra (LVEF) non sono state riportate in ampi registri prospettici sull'insufficienza cardiaca al di fuori del Nord America e dell'Europa.

Valore aggiunto di questo studio

Riportiamo le differenze tra donne e uomini in termini di fattori di rischio, caratteristiche cliniche e trattamenti e abbiamo valutato prospetticamente il rischio di ospedalizzazione e mortalità per insufficienza cardiaca in 23.341 pazienti con insufficienza cardiaca provenienti da 40 paesi ad alto, medio e basso reddito.

Riportiamo le differenze complessive, per categorie di paesi suddivisi per status economico e per livelli di partecipanti alla LVEF. Troviamo che le donne presentano sintomi di insufficienza cardiaca più gravi rispetto agli uomini.

L'uso di trattamenti per l'insufficienza cardiaca (ad eccezione dell'uso del defibrillatore cardioverter impiantabile) e di test cardiaci non era costantemente a favore di nessuno dei due sessi. Paradossalmente, mentre i tassi di ricovero erano simili tra donne e uomini, il rischio di morte era inferiore tra le donne. Le donne avevano un rischio di morte inferiore nei paesi classificati per status economico e regione geografica e dopo aver stratificato per frazione di eiezione.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Non è chiaro il motivo per cui gli uomini abbiano un tasso di mortalità più elevato rispetto alle donne, nonostante abbiano sintomi meno gravi di insufficienza cardiaca e un uso comparabile di farmaci per l'insufficienza cardiaca, test cardiaci e tassi di ospedalizzazione. La mortalità più elevata tra gli uomini con insufficienza cardiaca non è spiegata e richiede ulteriori studi.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00557-0/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00557-0/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

Il 2023 è stato l'anno più caldo mai registrato, e persino più caldo del previsto

I gas serra, El Niño e l'aria pulita hanno alimentato un sorprendente aumento delle temperature

9 gennaio 2024

Paul Voosen

Non è una sorpresa per chiunque abbia sudato: il 2023 è stato l'anno più caldo della storia umana. [Le temperature medie superficiali sono aumentate di quasi 0,2°C rispetto al record precedente, stabilito nel 2016, fino a 1,48°C rispetto ai livelli preindustriali, ha riferito oggi](#) il servizio Copernicus Climate Change dell'Unione europea. Solo l'Australia è stata risparmiata dal caldo record. Le condizioni estreme sono una “drammatica testimonianza di quanto siamo lontani dal clima in cui si è sviluppata la nostra civiltà”, ha affermato in una nota Carlo Buontempo, direttore di Copernicus.

Eppure le temperature record del 2023, che probabilmente saranno confermate entro questa settimana dalle analisi della NASA, della National Oceanic and Atmospheric Administration degli Stati Uniti, del Met Office del Regno Unito e di Berkeley Earth, sono nascoste da un mistero. Il continuo consumo di combustibili fossili da parte dell'umanità è il motore principale della tendenza a lungo termine, ma non è sufficiente a spiegare l'improvviso picco del 2023, afferma Michael Diamond, scienziato dell'atmosfera presso la Florida State University.

Un fattore esacerbante è stata la fine del modello climatico La Niña, che dal 2020 al 2022 ha suscitato una maggiore quantità di acqua fredda profonda nell'Oceano Pacifico orientale che ha assorbito calore e soppresso le temperature globali. Nel 2023, il modello si è trasformato in un evento di El Niño, che ha ricoperto il Pacifico equatoriale di acque calde e ha iniziato ad aumentare le temperature globali.

Ma il ribaltamento non è sufficiente per spiegare il record del 2023, ha [scritto](#) Gavin Schmidt, direttore del Goddard Institute for Space Studies della NASA, in un post sul blog la scorsa settimana. In genere, El Niño gioca un ruolo maggiore nelle temperature globali l'anno successivo al suo inizio, in questo caso quest'anno. E nel 2023, il calore è aumentato lontano dall'influenza di El Niño, ha osservato Schmidt, sopra gli oceani Atlantico settentrionale e Pacifico.

L'eruzione del 2022 dell'Hunga Tonga-Hunga Ha'apai, un vulcano nel Pacifico meridionale, era stata sospettata del salto di temperatura globale a causa delle grandi quantità di vapore acqueo che riscalda il clima iniettato nella stratosfera. Ma i primi studi trascuravano le particelle di solfato inviate anche nell'atmosfera superiore, che riflettevano la luce e [annullavano l'effetto di riscaldamento del vapore acqueo](#), afferma Mark Schoeberl, scienziato dell'atmosfera presso la Science and Technology Corporation. “Per il 2022 è stato un non-evento. Ho continuato i miei calcoli fino al 2023, ancora un non-evento”.

Forse la migliore spiegazione per il riscaldamento aggiuntivo è il continuo calo dell'inquinamento che blocca la luce mentre la società si sposta verso fonti di energia più pulite, afferma Tianle Yuan, fisico atmosferico presso il Goddard Space Flight Center della NASA. Nel 2022, i satelliti hanno iniziato a rilevare questa [diminuzione dallo spazio](#). Nel 2020, nuove normative dell'Organizzazione marittima internazionale hanno rafforzato l'effetto quando le navi hanno iniziato a ridurre l'inquinamento da zolfo e inavvertitamente [hanno frenato le nuvole che riflettono la luce che le particelle di zolfo contribuiscono a creare](#). Una pre stampa su Research Square suggerisce che la perdita di queste nuvole da sola può spiegare la metà dell'aumento del tasso di riscaldamento osservato finora in questo decennio, dice Yuan, che [ha guidato il lavoro](#). “[Ciò] non spiegherebbe tutto il riscaldamento che vediamo quest'anno, ma rappresenterebbe un significativo ulteriore riscaldamento”.

ANNUNCIO

In un articolo del novembre 2023, il famoso climatologo James Hansen ha suggerito che il contenimento dell'inquinamento ha accelerato il riscaldamento a 0,27°C per decennio, rispetto al tasso di 0,18°C per decennio sperimentato dal 1970 al 2010. Ma l'accelerazione non è [ancora risultata nei registri di calore nelle profondità oceaniche](#), che resistono alle fluttuazioni a breve termine dell'atmosfera e offrono un senso più vero delle tendenze a lungo termine.

Il mistero dell'anno passato lascia le proiezioni per quest'anno meno certe del solito. El Niño potrebbe aumentare ulteriormente le temperature, spingendo il mondo oltre il “limite” arbitrario di 1,5°C stabilito dai politici

nell'accordo di Parigi del 2015 per proteggere le piccole nazioni insulari dall'estremo innalzamento del livello del mare. Ma sarà necessario che il caldo estremo si sviluppi nuovamente sugli oceani settentrionali affinché il mondo possa oltrepassare la soglia: una scommessa difficilmente sicura.

Indipendentemente da ciò, il modello di riscaldamento a lungo termine continuerà sicuramente, come è successo per decenni, fino alla fine del consumo di combustibili fossili.

https://www.science.org/content/article/even-warmer-expected-2023-was-hottest-year-record?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatesNews&et rid=691092258&et cid=5056307



Clima. La corsa contro il tempo.

Michele Innocenzio

Nel 2023 il mondo ha vissuto le temperature globali più alte degli ultimi 100.000 anni e abbiamo potuto registrare in ogni continente nuovi record di temperatura. Le fasce della popolazione più sensibili alle temperature estreme (anziani over 65 e bambini di meno di 1 anno) sono oggi esposte mediamente a due volte il numero di heatwaves rispetto al ventennio 1986-2006. La mortalità negli over 65 per cause correlate alla temperatura è aumentata dell'85% rispetto alla decade 1990-2000.

Il 16 novembre è uscito il "2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change", ormai alla sua ottava edizione¹. Ma che cosa ci aveva lasciato il report dell'anno passato? Un serio monito riguardo alla dipendenza globale dall'industria dei combustibili fossili e un auspicio a sfruttare l'opportunità trasformativa di affrontare congiuntamente il cambiamento climatico, la crisi energetica, il caro vita e la crisi sanitaria per raggiungere un livello più alto di salute e benessere. L'edizione 2023 mostra che abbiamo fatto pochissimi passi verso questo obiettivo.

Nel 2023 il mondo ha vissuto le temperature globali più alte degli ultimi 100.000 anni e abbiamo potuto registrare in ogni continente nuovi record di temperatura. Le fasce della popolazione più sensibili alle temperature estreme (anziani over 65 e bambini di meno di 1 anno) sono oggi esposte mediamente a due volte il numero di heatwaves rispetto al ventennio 1986-2006. La mortalità negli over 65 per cause correlate alla temperatura è aumentata dell'85% rispetto alla decade 1990-2000.

Il cambiamento climatico sta danneggiando gli ambienti naturali e antropici cui gli uomini fanno affidamento per il raggiungimento di un buono stato di salute. Il cambiamento climatico sta minacciando gravemente la salute della popolazione mondiale e la rapidità dei suoi danni ne sono una chiara dimostrazione. Ogni secondo emettiamo 1337 tonnellate di CO₂. Ogni secondo in cui ritardiamo un intervento di mitigamento o risoluzione, peggioriamo il rischio di salute e sopravvivenza delle persone. Il report di quest'anno ci presenta le proiezioni relative al rischio di ritardare ulteriormente un intervento serio nell'affrontare il cambiamento climatico.

Alle condizioni attuali, le morti correlate a calore aumenteranno del 370% entro il 2050. Le sempre più frequenti heatwaves saranno da sole responsabili di aumentare il rischio globale di malnutrizione per 524.9 milioni di persone che si troveranno in una condizione di insicurezza alimentare entro il 2041-2060. La sicurezza alimentare è anche strettamente legata alla percentuale di aree di terra colpite da estrema siccità che è passata dal 18% del 1951-1960 al 47% del 2013-2022.

Il sistema alimentare contribuisce inoltre al 30% delle emissioni di gas serra, dimostrando forte incompatibilità con i target di mitigamento (figura 1). Tali emissioni sono aumentate del 27% nel ventennio 2000-2020. La produzione di carne rossa e derivati caseari è responsabile del 57% di queste emissioni. Ecco che qui si presenta una duplice opportunità di intervento: potremmo diminuire la produzione di tale prodotti incentivando una dieta più salutare e meno impattante a livello ambientale. È un modello che determinerebbe anche una diminuzione delle disuguaglianze nel sistema alimentare mondiale che al momento vede un enorme divario tra le emissioni legate al consumo di prodotti alimentari tra i paesi a HDI (Human Development Index) molto alto e paesi a HDI basso. A tali indicatori si affiancano anche quelli relativi alla compatibilità di aree per la trasmissione di specie come Dengue, Zika e Vibrio – tutte in aumento

– e il numero di incendi boschivi (anch'essi in aumento) si può sottolineare una migliore capacità d'intervento e preparedness soprattutto nei paesi ad alto HDI.

Un altro punto fortemente sottolineato dal report riguarda il costante gradiente di disuguaglianza riguardo ai danni e alle minacce mediate dal cambiamento climatico. Tale gradiente sembra ricalcare perfettamente le differenze tra paesi demarcate da indici come lo HDI. I paesi a HDI molto alto stanno dimostrando maggiore capacità di adattamento, resilienza e propensione alla transizione energetica. Tale attitudine è legata ad una maggiore disponibilità di risorse. I paesi a basso ma soprattutto a medio e alto HDI presentano tutti indicatori di adattamento e mitigamento allarmanti tra cui possiamo sottolineare una dipendenza energetica da combustibili fossili ma soprattutto da biomasse localmente inquinanti ancora molto alta (figura 1). In tali paesi l'attuale crisi energetica mondiale sta inoltre spingendo all'utilizzo di fonti energetiche peggiori dei combustibili fossili come il carbone invece di incentivare una transizione a energie rinnovabili moderne.

Le disuguaglianze tra indicatori di adattamento e mitigazioni tra paesi ad alto e basso HDI si concretizzeranno direttamente nella distribuzione a livello globale dei danni mediati dal cambiamento climatico. Saranno proprio i paesi più in difficoltà a subire maggiormente l'impatto in termini di mortalità, profughi climatici e rallentamento dei processi produttivi con le sue conseguenze socioeconomiche. Tale fenomeno avverrà nonostante sia già stata dimostrata la maggiore responsabilità storica delle emissioni da parte dei paesi ad alto HDI. La ricchezza e lo sviluppo industriale dei paesi più ricchi determinerà conseguenze catastrofiche sui paesi più in difficoltà, un concetto che è stato chiamato **carbon inequality**: i 3.5 miliardi di persone più povere del mondo contribuiscono poco alle emissioni di carbonio ma sono le più colpite da fenomeni climatici estremi come inondazioni, tempeste e siccità.²

Viene presentata dal report anche l'evidenza che all'aumentare dei rischi e dei danni legati al cambiamento climatico, aumenterà anche il costo dell'adattamento e del mitigamento. Ma ci stiamo almeno muovendo nella direzione giusta? Ci sono dei segnali positivi? Nonostante i vari accordi degli ultimi anni riguardo all'impegno di non superare l'aumento di 2°C di temperatura globale, gli avvertimenti da parte della comunità scientifica sono stati accolti con insufficiente determinazione da parte delle istituzioni. Lancet nel 2022 aveva sottolineato con veemenza la necessità di velocizzare la transizione dal fossile ad una fonte energetica rinnovabile, affrontando contemporaneamente crisi energetica mondiale e cambiamento climatico.

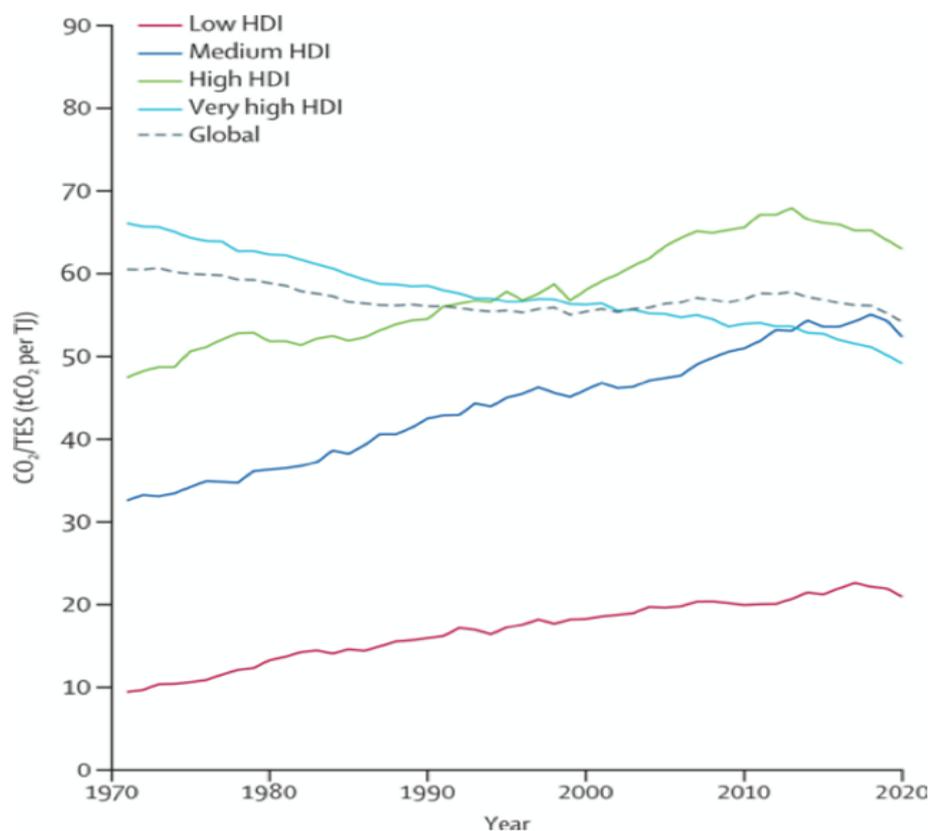
I dati di quest'anno ci presentano una triste prospettiva in merito a tale obiettivo. Le emissioni di CO₂ legate a consumi energetici sono aumentate dello 0.9% e abbiamo raggiunto il record di 36.8 Gt di CO₂ nel 2022. Meno del 10% dell'energia elettrica globale deriva da fonti rinnovabili nonostante il loro costo sia ormai al di sotto di quello derivante da combustibili fossili.

L'industria del fossile, mentre accumula profitti record, si allontana ancora di più dagli accordi di Parigi: secondo le strategie attuali nel 2040 supereranno del 173% i livelli di emissioni previsti dall'accordo di Parigi. Risulterebbe inoltre che solo il 4% del capitale delle grandi aziende del fossile sia stato investito in energie rinnovabili. Gli investimenti globali sul fossile sono aumentati invece del 10% nel 2022 raggiungendo 1 trilione di dollari. Ogni anno, in media, 40 tra le principali banche mondiali investono collettivamente 489 miliardi di dollari nel fossile, un aumento del 52% rispetto al 2010-2016 (figura 2). Ancora più interessante e preoccupante il fatto che il 78% dei paesi valutati, responsabili del 93% delle emissioni globali di CO₂, hanno erogato sussidi alle industrie del fossile per un totale di 305 miliardi di dollari. Sembra che tutte le intimidazioni ad allontanarsi dal fossile, nonostante le evidenze del danno che sta creando, non abbiano sortito alcun effetto.

Ma è solo un report negativo questo del 2023? Lancet ci mostra una finestra di opportunità, uno spazio di intervento nel quale ci invita a lavorare. Nel report infatti viene sottolineata l'opportunità trasformativa della transizione ad un mondo futuro a zero carbone che porterà benefici sia in termini socioeconomici sia in termini di salute. I benefici in termini di salute seguiranno pari passo l'allontanamento dal fossile e l'utilizzo di fonti energetiche pulite che evitano emissioni massicce di inquinanti con effetti deleteri sulle persone. Possiamo inoltre prevedere di sviluppare nuovi posti di lavoro all'interno di strutture con minore impatto di salute sui lavoratori.

Dobbiamo sottolineare che per la prima volta alla [Conference of the Parties \(COP 28\)](#), tenuta a Dubai lo scorso novembre, la salute ha rivestito un ruolo principale, è stato un core theme dell'evento. Possiamo e dobbiamo affrontare il cambiamento climatico anche in termini di vantaggio sulla salute della popolazione. La salute potrebbe rappresentare la motivazione necessaria a determinare l'intervento finalmente trasformativo delle organizzazioni internazionali, dei governi, delle industrie e degli individui verso un mondo a zero carbone.

Figura 1. Intensità di carbonio ([tonnellate di CO₂ equivalenti](#)) del sistema energetico sia a livello globale che per gruppo di paesi HDI

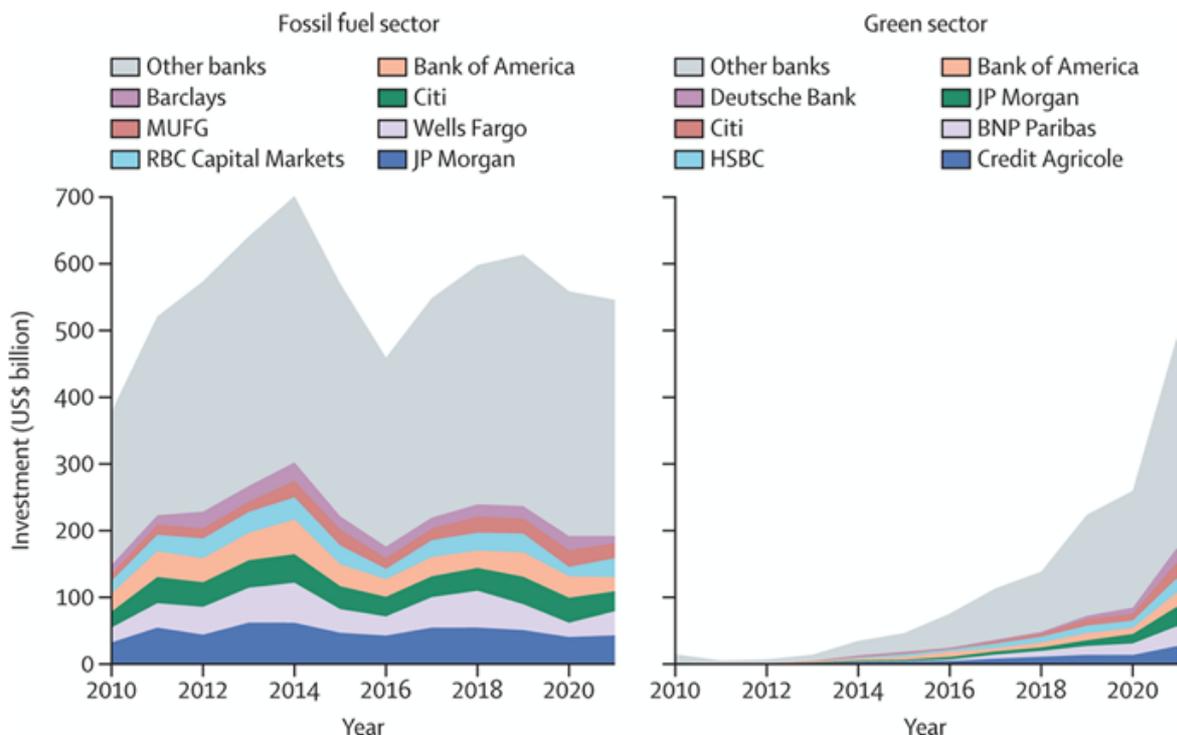


Ci appare una strada che possiamo percorrere per raggiungere un futuro più sano. La priorità numero uno è sicuramente quella legata all'abbandono del combustibile fossile: occorre con urgenza reindirizzare investimenti, agevolazioni e flussi fiscali verso fonti energetiche pulite e lontano dall'industria del fossile. Il capitale attualmente investito nel fossile è ampiamente in grado di sostenere la transizione energetica verso fonti pulite. Occorre coinvolgere direttamente le comunità locali promuovendo una transizione energetica che possa minimizzare finalmente le iniquità espresse dalla povertà energetica. Tale punto rappresenta anche la possibilità per molta popolazione di accedere a servizi sanitari di migliore qualità nonché di rafforzare determinanti socioeconomici di salute.

Le azioni per contrastare il cambiamento climatico devono essere declinate in termini di impatto sulla salute. Se pensiamo ad azioni per la salute della popolazione di pari passo possiamo attivare percorsi di adattamento e mitigamento degli effetti del cambiamento climatico. La motivazione a mettere in marcia tali politiche climatiche di promozione della salute deve individuare una leadership forte tra i professionisti della salute che si trovano oggi nella posizione unica di poter guidare azioni di salvaguardia del diritto umano alla salute e ad un ambiente sano.

*Occorre formare i professionisti sanitari a sviluppare competenze specifiche in termini di salute e cambiamento climatico. Possiamo collettivamente sviluppare un ruolo di advocacy e di promozione di cambiamento nelle nostre società. Rivendichiamo in quanto categoria, in quanto previsto dalla nostra deontologia professionale, il diritto alla salute e il diritto ad un ambiente sano per tutta la popolazione umana. Non abbiamo però più tempo per azioni che non siano veramente trasformative. Dobbiamo allontanarci adesso dal fossile, dobbiamo accelerare pratiche di mitigamento e adattamento con effetti a breve termine. Non possiamo permettere un fenomeno di healthwashing all'interno delle azioni per contrastare il cambiamento climatico incrementando ulteriormente l'accettabilità di iniziative minimamente trasformative.*³

Figura 2. Investimenti totali (in miliardi di dollari) nel carburante fossile (sinistra) e nel settore green (destra) tra il 2010 e il 2021



Lancet calcola l’impatto in termini di salute e in termine di vite perse ogni anno a causa del cambiamento climatico nonché la velocità con cui stanno aumentando le minacce per l’ambiente e la popolazione. Solo l’azione coordinata di professionisti della salute, governi e istituzioni finanziarie potrebbe finalmente offrire l’opportunità veramente trasformativa di assicurare un futuro sano e sicuro per l’umanità. Abbiamo responsabilità e capacità in quanto professionisti della salute di essere promotori di cambiamento e trasformazione investiti del mandato di proteggere la salute, il benessere e la sopravvivenza

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/01/clima-la-corsa-contro-il-tempo/>

quotidianosanita.it

Clima. Organizzazione Meteorologica Mondiale: il 2023 anno più caldo mai registrato “con un margine enorme”. Temperatura media annuale di 1,45°C in più rispetto all’era preindustriale

Dagli anni ’80, ogni decennio è stato più caldo del precedente e gli ultimi 9 anni sono stati i più caldi mai registrati. I dati ricavati dai sei set di dati mostrano che l’aumento della temperatura media decennale nel periodo 2014-2023 è stato di circa 1,20°C

15 GEN - L’Organizzazione Meteorologica Mondiale conferma che il 2023 è stato l’anno più caldo mai registrato “con un enorme margine”.

La WMO utilizza sei importanti set di dati internazionali provenienti da tutto il mondo per monitorare le temperature globali, che rivelano una nuova temperatura media annuale di 1,45°C rispetto all’era preindustriale (1850-1900). E ogni mese tra giugno e dicembre stabilisce nuovi record: luglio e agosto sono stati i due mesi più caldi mai registrati, affermato la WMO

La cifra di 1,5°C è il limite di temperatura stabilito chiaramente nell’Accordo di Parigi del 2015 sui cambiamenti climatici, ma si riferisce all’aumento della temperatura a lungo termine in media su decenni, piuttosto che a un singolo anno come il 2023. “

Il cambiamento climatico è la sfida più grande che l'umanità deve affrontare. Colpisce tutti noi, soprattutto i più vulnerabili", ha affermato il segretario generale dell'WMO, **Celeste Saulo**, presentando i risultati del rapporto. "Non possiamo permetterci di aspettare ancora. Stiamo già agendo, ma dobbiamo fare di più e dobbiamo farlo rapidamente". Per questo, ha spiegato Saulo, sono necessarie drastiche riduzioni delle emissioni di gas serra e una transizione accelerata verso le fonti energetiche rinnovabili.

Guardando al futuro, il capo della WMO ha avvertito che, poiché il fenomeno di raffreddamento La Niña è stato sostituito dal riscaldamento di El Niño a metà dello scorso anno – il quale di solito ha il maggiore impatto sulle temperature globali dopo il suo picco – il 2024 potrebbe essere ancora più caldo. “

Mentre gli eventi di El Niño si verificano naturalmente e vanno e vengono da un anno all'altro, il cambiamento climatico a lungo termine si sta intensificando e ciò è inequivocabilmente dovuto alle attività umane”, evidenzia. Dagli anni '80, ogni decennio è stato più caldo del precedente e gli ultimi 9 anni sono stati i più caldi mai registrati. I dati ricavati dai sei set di dati mostrano che l'aumento della temperatura media decennale nel periodo 2014-2023 è stato di circa 1,20°C. “

Le azioni dell'umanità stanno bruciando la Terra. Il 2023 è stata una mera anteprima del futuro catastrofico che ci attende se non agiamo ora. Dobbiamo rispondere agli aumenti record della temperatura con azioni pionieristiche”, ha affermato il capo delle Nazioni Unite **António Guterres** in risposta agli ultimi dati. “Possiamo ancora evitare la peggiore catastrofe climatica. Ma solo se agiamo ora con l'ambizione necessaria a limitare l'aumento della temperatura globale a 1,5 gradi Celsius e garantire la giustizia climatica”, ha affermato in una nota.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=119473

quotidianosanita.it

Inquinamento atmosferico e cambiamenti climatici.

Ministero aggiorna strategie nazionali di prevenzione per malattie cardio-respiratorie ed allergiche correlate

Il documento è stato aggiornato dal Comitato Esecutivo dell'Alleanza Globale contro le Malattie Croniche Respiratorie (Gard Italia) alla luce della pandemia da Covid, della pubblicazione di nuove linee guida per la qualità dell'aria emanate dall'Oms e delle nuove ricerche scientifiche realizzate dopo il 2019

26 GEN -

“L'Inquinamento atmosferico (IA) e i Cambiamenti climatici (CC) comportano gravi rischi per la salute pubblica. Politiche integrate volte a contrastare IA e a mitigare i CC possono ottenere vantaggi sostanzialmente maggiori rispetto ai costi sanitari per la cura delle patologie insorte in conseguenza dell'IA e dei CC. La riduzione di inquinanti atmosferici di breve durata come il metano, l'ozono troposferico e il black carbon non solo protegge il clima, ma migliora anche la qualità dell'aria. Tale approccio integrato è raccomandato per proteggere la salute dei gruppi più vulnerabili della popolazione e ridurre i costi sanitari legati alle Malattie croniche con trasmissibili”.

Questo l'incipit del **documento “Inquinamento atmosferico e cambiamenti climatici - Elementi per una strategia nazionale di prevenzione”**, pubblicato sul sito del Ministero della Salute, che aggiorna il precedente redatto nel 2019.

Un documento focalizzato principalmente sulle malattie cardio-respiratorie ed allergiche e sulle relazioni di queste patologie con i CC e l'IA e aggiornato dal Comitato Esecutivo dell'Alleanza Globale contro le Malattie Croniche Respiratorie (Gard Italia) in “seguito agli importanti avvenimenti successivi al 2019: la pandemia da Covid-19; la pubblicazione delle nuove linee guida per la qualità dell'aria emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Who); la serie di pubblicazioni Lancet Countdown; i nuovi documenti dell'Intergovernmental Panel on Climate Change (Ipcc); il programma Next Generation Eu; il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; la realizzazione di nuove ricerche scientifiche e la pubblicazione dei loro risultati”.

Il documento punta i riflettori sull'inquinamento atmosferico esterno e sull'inquinamento indoor, i cui livelli possono essere notevoli soprattutto nelle case dove vengono utilizzati combustibili fossili e/o da biomasse in stufe non ventilate per cucinare e riscaldare.

Secondo lo studio Global Burden of Disease, pubblicato su Lancet nel 2020, si legge nel Documento, l'inquinamento atmosferico esterno rappresenta la quarta causa di morte per le donne nel 2019, il tabacco la sesta; negli uomini il tabacco è la prima, l'inquinamento atmosferico la quarta. Per quanto riguarda gli anni di vita aggiustati per disabilità (DALYs), nelle donne, nel 2019, l'inquinamento atmosferico era la

terza causa, il tabacco la settima; negli uomini, il tabacco era la prima causa, l'inquinamento atmosferico la quarta. Questo, sottolinea il documento, ha avuto un effetto sull'evoluzione delle malattie: dal 1990 al 2019 la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è passata dall'11° alla 6° causa di DALYs ed il cancro al polmone è passato dalla 21^ alla 17^ causa.

L'inquinamento indoor (IP) è invece responsabile del 4,1 % del carico globale di malattia nel mondo. Secondo l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) statunitense, negli ultimi anni 2,31 milioni di morti sono attribuibili a IP. 33 L'Oms nel 2022 ne stimava 3,234, di cui 120.000 nella regione europea.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119757



One Health: come rendere operativo il concetto di Salute Unica

Il paradigma One Health richiede un passaggio dal pensiero lineare (medicalizzazione della salute) ad un approccio olistico, sistemico e transdisciplinare che necessita del contributo di un'ampia gamma di discipline scientifiche, della comunità e dei suoi rappresentanti in qualità di stakeholder. In tal modo, sarà possibile prevenire, mitigare e risolvere emergenze sociali complesse come quelle generate da fenomeni epidemici e pandemici

Pubblicato il 16 Gen 2022

Alessandra Scagliarini

Professoressa ordinaria - Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

La salute è tanto una pre-condizione quanto un indicatore del raggiungimento degli obiettivi di **sviluppo sostenibile 2030** delle Nazioni Unite. D'altra parte, l'uomo e gli animali vivono negli stessi ecosistemi e condividono risorse naturali, ambiente, cibo, aria e acqua.

Salute Unica/One Health (OH) è un movimento globale che riconosce come la salute e il benessere dell'uomo, degli animali e degli ecosistemi siano indissolubilmente **connessi ed interdipendenti**.

Indice degli argomenti

- [One Health in Sanità: dalla vision alle applicazioni concrete](#)
- [Una sorveglianza integrata per garantire la salute](#)
- [Separazione tra ambiti scientifici e assenza d'interazione](#)
- [One Health e Social Ecology Theory and Resilience \(SESR\)](#)
- [Analisi dei Big Data e Salute Unica](#)
- [One Health: adottare un approccio sistemico](#)
- [Note bibliografiche](#)

One Health in Sanità: dalla vision alle applicazioni concrete

Alcuni di questi concetti sono stati pienamente valorizzati nel nuovo **Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2020-2025**.

Esso considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente.

Riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono **interconnesse**, il PNP intende promuovere l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra uomo, animali e ambiente. Nonostante il riconoscimento da parte di istituzioni nazionali e internazionali, la visione One Health continua ad essere dichiarata con **pochi esempi pratici** della sua applicazione nella sorveglianza e nella gestione delle **emergenze sanitarie**.

L'approccio One Health, infatti, richiede un passaggio dal pensiero lineare (medicalizzazione della salute) ad un approccio **olistico, sistemico e transdisciplinare** che necessita del contributo di un'ampia gamma di discipline scientifiche, della comunità e dei suoi rappresentanti in qualità di stakeholder.

Una sorveglianza integrata per garantire la salute

Molte delle più importanti **sfide in campo sanitario** derivano proprio dalle **complesse interazioni** tra gli esseri umani, gli animali e gli ecosistemi in cui vivono.

È ben noto che vari fenomeni, quali l'urbanizzazione, la globalizzazione, la crescita della popolazione umana, l'aumento dei consumi, i cambiamenti climatici e la perdita di habitat e biodiversità, creano le condizioni che favoriscono la rapida trasmissione di **agenti patogeni** emergenti e riemergenti, fenomeno che può, non raramente, assumere una dimensione globale.

Le **malattie infettive emergenti** (EID) rappresentano una delle principali minacce globali per la salute, l'economia e la sicurezza.

La maggior parte delle EID hanno origine negli animali. La loro comparsa è frutto di interazioni dinamiche tra la fauna selvatica, il bestiame e l'uomo e spesso si verificano in contesti caratterizzati da una **scarsità di dati** raccolti sistematicamente.

In quest'ottica, ben si comprende che – per garantire la salute con piani di prevenzione, controllo e profilassi realmente efficaci – è essenziale una sorveglianza integrata sia delle malattie trasmissibili umane ed animali (domestici e selvatici) sia dell'ambiente.

Separazione tra ambiti scientifici e assenza d'interazione

Allo stato attuale, le attività di sorveglianza attive in campo umano, animale e ambientale producono un **enorme volume di dati** che alimentano molteplici database gestiti da diversi soggetti pubblici che hanno modalità di raccolta e scopi diversi.

L'approccio, sia nella raccolta che nell'elaborazione dei dati, tende a riflettere una prospettiva lineare riduzionista, caratterizzata da una sostanziale **separazione tra ambiti scientifici** (medico, veterinario, ecologico, agrario, economico, antropologico e via dicendo) e una totale **assenza di interazione** con gli attori sociali.

Con questa **verticalizzazione disciplinare** si fa fatica a cogliere la complessità dei sistemi ecologico-sociali nei quali la biosfera e la socio-sfera interagiscono dando luogo a dinamiche non lineari, con conseguenze imprevedibili come quelle che portano all'emergenza di malattie diffuse.

La natura dinamica dei sistemi ecologico-sociali ha conseguenze rilevanti sulla definizione di programmi di sorveglianza epidemiologica.

Infatti, un approccio riduzionista in cui il sistema è suddiviso in singole parti "mono-componente" (uomo, animali domestici, selvatici, agenti patogeni, ambiente), peraltro studiate singolarmente, ignorando le interazioni che avvengono tra i diversi componenti, fornisce inevitabilmente **dati e informazioni parziali** che non consentono di comprendere appieno e prevedere il comportamento o le proprietà del sistema.

One Health e Social Ecology Theory and Resilience (SESr)

La Social Ecology Theory and Resilience (SESr) prevede l'applicazione di un **approccio sistemico alla salute** attraverso l'applicazione di un metodo cross-disciplinare che affianca alle scienze mediche quelle ecologiche e sociali.

La SESr rende operativa la **visione One Health** in sistemi adattivi complessi (CAS) come quelli umani, animali e ambientali (1).

Questi sistemi ospitano anche una parte della biosfera rappresentata dai microorganismi che ne sono una componente rilevante in termini di biomassa. I batteri e virus rappresentano, infatti, circa il 15% della biomassa totale di tutti i taxa che popolano il pianeta (2).

Gli ecosistemi, dunque, possono essere visti come sistemi accoppiati uomo-natura (socio-sfera-biosfera) in continuo cambiamento anche in risposta alle attività umane.

Queste ultime diventano parte del sistema con effetti imprevedibili che possono portare allo scoppio di **epidemie e pandemie**.

Le dinamiche dei microorganismi, nel sistema uomo-natura, possono infatti subire cambiamenti drammatici legati ad alterazioni dell'ecosistema e della biodiversità che possono creare le condizioni favorevoli per i **salto di specie**, alla base dell'emergenza di nuove malattie trasmissibili, o modifiche alla propria ecologia, provocate – ad esempio – dall'uso massivo o improprio di antimicrobici, con conseguenze molto importanti per la salute come quella della resistenza antibiotica (1).

I sistemi complessi sono altamente interconnessi e imprevedibili e, per questa ragione, diventa difficile svolgere attività di sorveglianza e creare **modelli predittivi** adottando un approccio lineare, mentre è fondamentale adottare un **approccio sistemico**, inter e transdisciplinare, capace di coglierne al meglio i cicli adattativi per costruire scenari e identificare soluzioni e strategie condivise per una gestione adattiva e sostenibile.

Analisi dei Big Data e Salute Unica

Lo sviluppo di **strumenti innovativi** che possano valorizzare tecnologie e metodologie di **analisi di dati massivi (Big Data)** avranno sempre un maggiore impatto nel monitoraggio delle malattie infettive, della resistenza agli antibiotici e di potenziali minacce bioterroristiche.

In particolare, i Big Data possono fornire una migliore comprensione dell'instabilità e delle complesse risposte adattative dei microrganismi attraverso l'analisi olistica dei sistemi complessi, uomo-natura, in cui possono insorgere malattie trasmissibili tra gli animali e l'uomo (zoonosi).

La disponibilità di dati massivi e accessibili (**open data**) e di metodologie analitiche segna certamente l'inizio di un'era di trasformazione nella ricerca e nella gestione delle emergenze all'interfaccia uomo/animali/ambiente in una prospettiva di **Salute Unica** (3).

One Health: adottare un approccio sistemico

La gestione adattiva della salute, in chiave **One Health**, deve necessariamente incentrarsi su reti che vedono la **collaborazione di scienziati** di diverse discipline, **decisori politici** e cittadini, coinvolti nella sorveglianza passiva, per rilevare l'insorgenza e prevenire la diffusione di fenomeni epidemici ad alto impatto economico e sociale (4).

In questo contesto, anche il processo di acquisizione e analisi dei dati dovrà avvenire promuovendo lo sviluppo di reti di collaborazione su larga scala, consorzi e sistemi aperti alle conoscenze locali, per comprendere la complessità delle componenti ecologiche e sociali del sistema con le sue interconnessioni, barriere e prospettive (3).

Per rendere operativo il concetto di **Salute Unica**, nella sorveglianza e nella gestione di fenomeni diffusivi, è dunque necessario abbandonare il tradizionale approccio verticale e adottare un **approccio sistemico**, come quello proposto dalla **Social Ecological System Theory (SEST)**, affinché vengano generate le conoscenze più utili per prevenire, mitigare e risolvere emergenze sociali complesse come quelle generate da fenomeni di carattere epidemico e pandemico.

Note bibliografiche

1. Wilcox BA, Aguirre AA, De Paula N, Siritroonrat B and Echaubard (2019) Operationalizing One Health Employing Social-Ecological Systems Theory: Lessons From the Greater Mekong Sub-region. *Front. Public Health* 7:85; doi: 10.3389/fpubh.2019.00085
2. Bar-On YM., Phillips R., Milo R. (2018). The biomass distribution on Earth. *PNAS* 115 (25) 6506-6511; doi:10.1073/pnas.1711842115
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2016. *Big data and analytics for infectious disease research, operations, and policy: Proceedings of a workshop*. Washington, DC: The National Academies Press; doi: 10.17226/23654
4. Rawluk, A., R. Beilin, and S. Lavau. 2021. Enacting shared responsibility in biosecurity governance: insights from adaptive governance. *Ecology and Society* 26(2):18; doi.org/10.5751/ES-12368-260218

<https://www.healthtech360.it/one-digital-health/one-health-e-salute-unica/>

la Repubblica

L'innalzamento dei mari costerà all'Europa fino a 872 miliardi di euro a fine secolo. Veneto ed Emilia Romagna le regioni più colpite

Pasquale Raicaldo

Uno studio innovativo immagina gli effetti sul Pil entro il 2100 di una delle conseguenze del cambiamento climatico. E quantifica i danni diretti e indiretti

Quanto ci costerà, letteralmente, il cambiamento climatico? E quanto, nello specifico, l'innalzamento dei livelli del mare su scala planetaria? Che ci sia uno scotto da pagare, in termini di abitabilità del pianeta e di perdita di biodiversità, è fuori di discussione. Tanto più dopo le ultime, allarmistiche evidenze, che raccontano il Mediterraneo come una delle aree dove gli effetti del cambio climatico saranno più estremi, come sottolineato da uno [studio](#), realizzato da ricercatori italiani di INGV e dell'Università olandese di

Radbound, secondo cui in alcune zone del Mediterraneo il livello del mare sta salendo a velocità tripla rispetto alle stime fatte finora. Mettendo a rischio 38.500 chilometri quadrati di coste.

Ma ora, a quanto pare, si inizia a fare i conti anche con le conseguenze previste sul PIL. Perché il mare che avanza sottrae terra antropizzata. E può mettere a rischio l'economia di intere regioni. Quanto? I danni, direttamente e indirettamente causati dall'innalzamento del livello del mare, potrebbero ammontare a 872 miliardi di euro per l'Europa entro la fine del secolo, con una perdita di PIL stimata intorno all'1,26%. Ma con debacle economiche che, a seconda delle regioni costiere analizzate, arriveranno fino al 21% del PIL. E dall'ultimo, innovativo, [studio](#) pubblicato in queste ore su Scientific Reports, arriva anche un'altra notizia, che riguarda più da vicino Veneto ed Emilia Romagna: saranno, su scala continentale, le regioni che subiranno i danni economici più consistenti.

La [ricerca](#), firmata da Ignasi Cortés Arbués, Theodoros Chatzivasilias, Tatiana Filatova ed altri colleghi, tra cui l'italiano Francesco Bosello, ha prefigurato - per la prima volta in modo così localmente dettagliato - gli impatti economici su 271 micro regioni europee di un fenomeno sempre più rilevante, l'innalzamento del livello del mare qualora non ci siano nuove ed efficaci misure di protezione né si contrasti il cambiamento climatico.

"Va in premessa specificato che il modello sul quale abbiamo lavorato è quello più pessimistico", spiega Bosello, che insegna economia dell'ambiente nel Dipartimento di Scienze Ambientali, Informatica e Statistica dell'università Ca' Foscari di Venezia e coordina l'Economic Analysis of Climate Impacts and Policy Division della Fondazione Centro Euro-Mediterraneo sui Cambiamenti Climatici.

Nel dettaglio, lo scenario considerato prevedrebbe l'aumento della temperatura media globale di 4 gradi centigradi e un innalzamento medio del mare di 75 centimetri.

Così, dall'intreccio di un modello economico sviluppato in precedenza con i dati sugli impatti previsti dell'innalzamento del livello del mare, sulle tendenze degli investimenti e sulla distribuzione delle perdite economiche già causate, nel periodo compreso tra il 1995 e il 2016, da 155 inondazioni in tutta Europa (i fenomeni climatici estremi sono del resto in forte crescita), i ricercatori hanno calcolato potenziali perdite e guadagni economici rispetto a uno scenario in cui non sia presa in considerazione, viceversa, la variabile dell'innalzamento del mare.

Hanno così preso in esame i danni diretti alle infrastrutture, con la perdita di `_asset_fisici`, e quelli all'agricoltura, si sono interrogati sugli impatti sulle capacità, fisiologicamente differenti per ciascuna regione, di generare ricchezza, anche in modo innovativo.

E hanno dedotto per l'appunto, che l'Italia farebbe i conti, come del resto intuibile vista l'estensione delle sue coste, con una delle più consistenti perdite di PIL nazionale tra i Paesi europei, il 4,43%.

Minore impatto nelle regioni del Sud Italia

Meno scontata è però l'individuazione delle regioni più penalizzate: al Veneto (-20,84% del PIL) e l'Emilia Romagna (-10,16%) appartengono le peggiori performance su scala continentale, insieme - ma con numeri meno allarmanti - ad altre aree come Zachodniopomorskie, in Polonia, e le regioni che affacciano sul Mar Baltico, alla costa belga, alla Francia occidentale e alla Grecia.

Già, ma perché proprio Veneto ed Emilia Romagna? "Le due regioni, che insieme hanno contribuito per il 18,32% al PIL italiano nel 2015, pagherebbero più di altre gli impatti su settori come logistica, infrastrutture e reti infrastrutturali, settori considerati trasversali, con importanti ricadute sui servizi e sul turismo", spiega Bosello. Che ribadisce: "La ricerca non prende in considerazione eventuali strategie di adattamento e contrasto al climate change".

Meno penalizzate, secondo il modello sviluppato dai ricercatori, sarebbero le regioni del Sud Italia. Dove, addirittura, alcune realtà registrerebbero un incremento anche significativo del PIL. Già, ma perché? "Le enormi perdite nelle regioni costiere produttive del Nord Italia - spiegano i ricercatori - sposterebbe la domanda economica innescando una maggiore offerta nel Sud storicamente meno industrializzato, che, sebbene anch'esso danneggiato dall'innalzamento del livello del mare, sarebbe molto meno colpito in termini relativi rispetto al Nord". Un risultato coerente con quanto accadrebbe altrove, in particolar modo in Germania (dove però a essere avvantaggiate sarebbero le regioni senza sbocco sul mare).

"Ma questo non deve portarci a ragionare su eventuali benefici dell'innalzamento del mare, che resta una conseguenza critica del climate change, e che come tale va contrastato ovunque, a prescindere dalle conseguenze economiche stimate localmente", aggiunge Bosello. E dunque i risultati dello studio, come sottolineano i ricercatori, evidenziano soprattutto la necessità di politiche economiche specifiche per regione per affrontare gli impatti disomogenei del livello del mare sulle diverse regioni e sulle loro economie.

E nel 2023 gli incendi ci sono costati 3 miliardi e mezzo

Ma non finisce qui. Un altro recente [studio](#) pone l'accento sui costi diretti e indiretti, già in qualche modo sostenuti, legati agli effetti del cambiamento climatico nel 2023. In particolare, in quello che è stato classificato come uno degli anni più caldi della storia recente, le spese sostenute a livello globale per far fronte agli incendi sono stati di circa 3 miliardi e mezzo di euro, con un incremento - negli ultimi dieci anni - dell'8%. "Il caldo globale senza precedenti ha provocato numerosi eventi meteorologici estremi in tutto il mondo: tra questi intense ondate di caldo e incendi in Canada e negli Stati Uniti", spiegano i ricercatori.

In generale ammonta a più di 87 miliardi di euro il danno economico riconducibile, in tutto il mondo, alle catastrofi naturali, che in larga parte hanno interessato i Paesi asiatici. Se il trend dovesse persistere - concludono i ricercatori - è probabile che i costi aumenteranno considerevolmente nel prossimo futuro.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/01/19/news/crisi_clima_innalzamento_mari_effetti_pil_costi_regioni-421918563/?ref=RHVS-BG-P8-S8-T1

la Repubblica

La calotta glaciale della Groenlandia si è ritirata di 5000 km quadrati in quarant'anni

Anna Lisa Bonfranceschi



Lo scioglimento dei ghiacci nell'Artico visto dai satelliti (Epa/Nasa Earth) (ansa)

Mettendo insieme le osservazioni satellitari dal 1985, un team di ricercatori ha mappato la ritirata della calotta glaciale. E identificato quali potrebbero essere i ghiacciai più sensibili al riscaldamento globale. Una serie di scatti fotografici continui, ogni mese, ogni anno, per quarant'anni. Il risultato è una timeline per immagini che mostra in maniera impietosa la rapida ritirata da parte della calotta della Groenlandia. A rendere nota l'ennesima stima su quanto ghiaccio stia perdendo la calotta - contribuendo a descrivere un quadro più completo della situazione - è uno studio appena pubblicato sulle [pagine](#) di Nature.

La ricerca oltre a quantificare questa perdita di ghiaccio - in quarant'anni sarebbero sfumati oltre 5000 km quadrati - mostra anche dei trend temporali e fa luce su quelle zone che più di altre stanno contribuendo alla ritirata.

Gli scatti che hanno permesso al team di Chad Greene del Jet Propulsion Laboratory di Pasadena sono in realtà le osservazioni raccolte da diversi satelliti, oltre 230 mila quelle utilizzate per ricostruire il fronte della calotta, raccolte tra il 1985 e il 2022.

Grazie a queste - e con il contributo anche di sistemi di intelligenza artificiale - i ricercatori hanno potuto ricostruire una evoluzione, su base mensile, dell'estensione della calotta. E osservare in dettaglio come e quando le perdite hanno cominciato a verificarsi.

D'altronde già da tempo si sono accumulati studi e allarmi sullo stato della calotta glaciale, come sul suo contributo all'[innalzamento del livello del mare](#), in ogni caso, anche nello scenario climatico più ottimistico. Ed esperti glaciologi hanno calcolato come siamo ormai vicini a superare [punti di non ritorno](#) per lo scioglimento della calotta glaciale.

Lo studio di oggi non fa che aggiungersi alla letteratura in materia.

I dati raccolti da Greene e colleghi dicono che dal 1985 la calotta ha perso 5000 km quadrati di ghiaccio, equivalenti a oltre 1000 gigatonnellate, e che le perdite sono cominciate ad accumularsi soprattutto a partire dagli anni duemila, [tra i più caldi per l'isola](#).

Queste, scrivono gli autori, in alcune zone hanno portato a una ritirata di 10 km, e hanno interessato praticamente tutta la calotta ma alcune aree più di altre hanno avuto un peso sulla situazione odierna: perdite importanti per esempio si sono avute per tre ghiacciai in particolare: Zachariæ Isstrøm, il Jakobshavn Isbræ e l'Humboldt Gletscher.

La perdita di massa da parte dello Jakobshavn Isbræ e dello Zachariæ Isstrøm serve anche a sottolineare un altro dato che emerge dalla ricerca.

I ghiacciai che mostravano variazioni stagionali più spiccate (guadagno in inverno, ritirata in estate fino a raggiungere un minimo in autunno), come accaduto appunto a questi due, erano anche quelli più sensibili alle perdite. Un'informazione utile, continuano gli esperti, per sondare la sensibilità dei ghiacciai ai cambiamenti climatici.

Oltre a questo, la ricerca su Nature sottolinea altri aspetti. La perdita di ghiaccio riferita dai ricercatori avrebbe avuto "impatti minimi sull'innalzamento del livello del mare ma sufficiente a influenzare la circolazione oceanica e la distribuzione dell'energia termica", scrivono nel paper.

E soprattutto le misure del team di Green sono diverse da quelle tipiche, scrivono ancora gli autori, e proprio per questo potrebbe far rivedere le stime delle perdite finora calcolate: potrebbe mancare fino al 20% circa.

[https://www.repubblica.it/green-and-](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/01/17/news/groenlandia_calotta_glaciale_artica_ritiro_5mila_kmq_in_40_anni-421899138/)

[blue/2024/01/17/news/groenlandia_calotta_glaciale_artica_ritiro_5mila_kmq_in_40_anni-421899138/](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/01/17/news/groenlandia_calotta_glaciale_artica_ritiro_5mila_kmq_in_40_anni-421899138/)

la Repubblica

L'invasione della formica di fuoco, e l'Italia che fa?

A settembre l'allerta dei ricercatori sulla sua presenza in Sicilia. La Regione: "Pronto un piano". Ma ancora non è stato fatto nulla per contrastare l'avanzata della *Solenopsis invicta*, una formica originaria del Brasile considerata tra le specie invasive più distruttive. "Può provocare danni ingenti ad agricoltura, infrastrutture e biodiversità", spiegano gli esperti che sollecitano l'eradicazione

Natalie Sauer

Con gli stivali gialli ben piantati nel suo terreno coltivato ad aranci e fichi, **Gioele Li Gioi** ricorda il momento preciso in cui ha avvertito una presenza fastidiosa sulle sue gambe. "Stavo facendo giardinaggio, quando ho sentito qualcosa che si arrampicava sul mio polpaccio sinistro... ahi!" dice toccandosi in modo teatrale la gamba. "Poi un'altra a destra - ahi!". La **formica di fuoco** è arrivata in Europa, e da molto tempo. A settembre, una [ricerca](#) pubblicata su **Current Biology** ha lanciato l'allarme su **88 formicai individuati nella provincia di Siracusa**, nella Sicilia sud-orientale. Oggi, gli stessi autori di quello studio rivelano che la specie in questione è particolarmente invasiva e di fatto ha colonizzato tutta la costa almeno dal 2017. Forse, addirittura, dal 1995.

Una delle specie invasive più pericolose al mondo

Originario del **Brasile meridionale**, questo insetto è di colore rosso tendente al marrone e può essere confuso facilmente con le nostre formiche nere per le sue dimensioni, che vanno dai 2 ai 6 millimetri. La somiglianza, però, finisce lì. La **Solenopsis invicta** è considerata tra le **specie invasive più distruttive al mondo**, capace di avere ripercussioni su agricoltura, biodiversità, infrastrutture elettriche e idrauliche. Nelle città, adora i cavi dei condizionatori e i pali della segnaletica stradale, e costruisce i formicai nelle scatole di metallo che ospitano i circuiti, provocando spesso interruzioni della corrente.

Non soltanto morde: la formica di fuoco punge anche e, il più delle volte, lo fa in gruppo. A differenza di altre specie di formiche, tende a lanciarsi in massa sul nemico per difendere la sua colonia. La sua puntura, particolarmente dolorosa, nell'uomo provoca frequentemente reazioni allergiche e nei casi più gravi il decesso per shock anafilattico. **"Tutto quello che si trova sul terreno accanto a un formicaio di formiche di fuoco, o poco sotto la superficie, corre il rischio di essere attaccato"** sintetizza **Edward Vargo**, professore di entomologia all'Università di Agricoltura e Scienze biologiche del Texas, che ha dedicato a questa specie oltre 40 anni di studio. "Questo include quindi uccelli e piccoli vertebrati, lucertole e perfino alcuni piccoli mammiferi che nidificano sotto terra".

In una colonia possono esserci dai 100mila ai 500mila esemplari e nei suoi sette anni di vita una regina può deporre ogni giorno tra le tremila e la cinquemila uova. Al pari di altre specie di formiche, la **Solenopsis invicta** organizza le sue colonie secondo due modelli: la monoginia e la poliginia (con più regine). Nel secondo caso, il numero delle regine può oscillare da una dozzina a centinaia. Edward Vargo ha raccontato di aver individuato in Texas una colonia di 600 regine.

Con gli stivali gialli ben piantati nel suo terreno coltivato ad aranci e fichi, **Gioele Li Gioi** ricorda il momento preciso in cui ha avvertito una presenza fastidiosa sulle sue gambe. "Stavo facendo giardinaggio, quando ho sentito qualcosa che si arrampicava sul mio polpaccio sinistro... ahi!" dice toccandosi in modo teatrale la gamba. "Poi un'altra a destra - ahi!". La **formica di fuoco** è arrivata in Europa, e da molto tempo. A settembre, una [ricerca](#) pubblicata su **Current Biology** ha lanciato l'allarme su **88 formicai individuati nella provincia di Siracusa**, nella Sicilia sud-orientale. Oggi, gli stessi autori di quello studio rivelano che la specie in questione è particolarmente invasiva e di fatto ha colonizzato tutta la costa almeno dal 2017. Forse, addirittura, dal 1995.

Formiche di fuoco in Europa: dove sono i pompieri?

E l'**Europa**? Nello scenario mondiale di operazioni quasi militari ingaggiate contro l'insetto, sconcerata la totale mancanza della percezione della necessità di interventi urgenti del continente in generale e dell'Italia in particolare.

Eppure, l'Unione europea era partita bene per recuperare il ritardo accumulato. Nel **2022** ha aggiunto la **Solenopsis invicta** alla sua lista nera di specie invasive. La sua [legge](#) al riguardo, del 2014, impone agli Stati membri di "notificare per iscritto alla Commissione senza ritardo alcuno e tempestivamente la presenza sul territorio di specie esotiche invasive preoccupanti" (articolo 16). A partire da tale notifica, uno Stato membro ha a disposizione tre mesi per mettere in atto l'eradicazione o il controllo richiesto, a seconda delle dimensioni della colonizzazione, e diciotto mesi per definire una strategia di sorveglianza atta a individuare le vie di entrata dell'insetto infestante e a impedirgli un nuovo ingresso nel Paese.

Ebbene, un **"ritardo" c'è stato e continua ancora adesso a esserci sistematicamente nella gestione delle formiche di fuoco in Sicilia**. Le colonie impiantate nel territorio - che risalgono ad almeno otto anni fa oppure, nel peggiore degli scenari ipotizzabili, a quasi trent'anni fa - segnalano gravi carenze della biosicurezza italiana ed europea in fatto di protezione a fronte di specie invasive sul lungo periodo. Ma la gestione della situazione, dopo che nel novembre 2022 sono state scattate le prime fotografie documentali delle formiche di fuoco, pone interrogativi anche sulle difese d'emergenza.

A distanza di un anno, a **Fontane Bianche**, una delle zone colpite, è evidente che di formiche di fuoco non si parla. In questa sonnolenta località balneare di 900 abitanti, nessuno - dal tassista al gelataio, passando per il panettiere - ha sentito parlare della nuova colonia. Il paragone con la Nuova Zelanda è spaventoso: lì un unico formicaio è bastato per far parlare immediatamente della minaccia alla radio e alla televisione funzionari del ministero dell'Ambiente e per riempire i giornali locali di articoli in merito.

Una lunga invasione silenziosa

Sul problema delle formiche di fuoco sorgono molti interrogativi. Il primo: come è possibile che una specie così pericolosa sia riuscita a passare inosservata così a lungo? Edward Vargo non si stupisce più di tanto e dice che "quando si parla di formiche di fuoco e di altre specie invasive, tutto dipende dalla densità della popolazione della colonia". Con 18 formicai per ettaro, secondo lo [studio](#) del settembre 2023, contro i 170 negli Usa secondo uno [studio](#) del 1993, ci si trova nella fascia bassa. "Per molte specie invasive è abbastanza comune passare inosservate in una data area per anni, o anche decenni, prima che la loro popolazione esploda e diventino tante al punto da arrecare danni ecologici ed economici". Il titolare della cattedra di entomologia sospetta anche che il clima mediterraneo rallenti la propagazione della specie, originaria di una regione subtropicale umida.

Gli altri interrogativi sul problema vertono sulle carenze del sistema della biosicurezza in Italia e in Europa. È impossibile individuare tutte le negligenze nei controlli alle frontiere, nelle politiche lacunose dal 1995 in poi, altrettanto invisibili quanto la stessa invasione. L'unica cronologia di cui è rimasta traccia è quella che parte dal riconoscimento di questa specie, circa 14 mesi fa.

Con gli stivali gialli ben piantati nel suo terreno coltivato ad aranci e fichi, **Gioele Li Gioi** ricorda il momento preciso in cui ha avvertito una presenza fastidiosa sulle sue gambe. "Stavo facendo giardinaggio, quando ho sentito qualcosa che si arrampicava sul mio polpaccio sinistro... ahi!" dice toccandosi in modo teatrale la gamba. "Poi un'altra a destra - ahi!". La **formica di fuoco** è arrivata in Europa, e da molto tempo. A settembre, una [ricerca](#) pubblicata su **Current Biology** ha lanciato l'allarme su **88 formicai individuati nella provincia di Siracusa**, nella Sicilia sud-orientale. Oggi, gli stessi autori di quello studio rivelano che la specie in questione è particolarmente invasiva e di fatto ha colonizzato tutta la costa almeno dal 2017. Forse, addirittura, dal 1995.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2025/01/31/news/formica_rossa_di_fuoco_sicilia_conseguenze-421918313/

quotidianosanita.it

La finanziarizzazione della sanità è in atto anche in Italia

Marco Geddes da Filicaia

25 GEN -

Gentile Direttore,

ho letto con interesse i due articoli di Banchieri e Vannucci su [Pubblico e privato in sanità](#) e come questi possano (o debbano, per gli autori) interagire secondo criteri di "integrazione, sussidiarietà e cooperazione".

Affinché ciò si realizzi vi sono alcuni presupposti, che l'articolo esplicita con chiarezza: **1.** Un adeguato finanziamento del SSN, che "...non dovrebbe mai essere inferiore al 7-7,5 % del PIL ...coerente con l'indispensabile aumento della quota economica destinata alla sanità che è necessaria per far fronte alla combinazione di inflazione, aumento dei redditi, innovazione tecnologica e invecchiamento della popolazione". **2.** Una pianificazione e regolamentazione efficace da parte dello Stato e delle Regioni, poiché è il "pubblico" che "...ha i dati e la visione di insieme per svolgere analisi di stratificazione dei bisogni di salute" e che "può – sempre citando l'articolo dei due colleghi - e deve svolgere questo lavoro di riallineamento degli interessi "privati" presenti nelle filiere assistenziali su obiettivi di salute generali".

Gli articoli citati non affrontano un aspetto, che anch'io non approfondirò in questa nota, ma che mi limito brevemente a citare e che viene definito con un neologismo: "privatocrazia".

La salute rappresenta un diritto fondamentale dell'individuo e l'accesso ai servizi sanitari una funzione essenziale per la fruibilità di tale diritto. Ne consegue che, in tale ambito, la morale pubblica obbliga a porre limiti di natura costituzionale alla privatizzazione di tali funzioni (analogamente ad altri ambiti: giustizia, esercito, sistema carcerario ecc.) per non trasferire poteri, responsabilità e discrezionalità significative ai privati.

Esternalizzazioni massive (si tratta ovviamente di quantificarle) comportano inoltre un depauperamento di competenze pubbliche e conseguentemente anche una incapacità a esercitare un controllo efficace. Inoltre solo all'interno di un sistema democratico – quale quello garantito dal sistema pubblico – nessun cittadino rimane soggetto alla volontà meramente privata e unilaterale di un altro.

I due "presupposti" sopra citati, (finanziamento e pianificazione/regolamentazione) che gli autori richiamano, comportano di affrontare alcuni "fondamentali" della politica economica nazionale (e non solo) che è necessario tenere presenti per evidenziare la complessità – o anche i limiti – di ipotesi e proposte.

Il primo elemento concerne la disponibilità e la volontà di incrementare il Fondo sanitario fino al 7,5% del Pil, come richiesto anche da varie Regioni. L'attuale Governo non offre tale prospettiva (ma quelli precedenti – al di là dell'emergenza Covid – non hanno offerto molto di più!).

Si tratta infatti di un obiettivo impossibile, senza mettere in discussione non solo un qualche riequilibrio fra settori del welfare (Pensioni rispetto a Sanità? Contributi finanziari a persone e famiglie rispetto a Servizi?), ma ristrutturare lo stesso sistema fiscale, con il quale si finanzia il SSN: la tassazione degli italiani, che è un misto di "paradiso e inferno".

L'unica imposta progressiva – come ricordava Ferruccio de Bortoli sul Corriere della Sera (15/1/2024) – è l'Irpef, pagata solo dal 42% dei contribuenti (dipendenti e pensionati); le aliquote massime sono ridotte (un tempo 72%, ora 43%) mentre evasione ed elusione sono fra le più alte d'Europa e abbiamo una tassa di successione – un unicum - quasi inesistente!.

Ciò consente, come scriveva appunto de Bortoli, a un ristretto gruppo di concittadini di detenere 200 miliardi di dollari nei paradisi fiscali, pari al 10% della ricchezza mondiale offshore!

Un sistema fiscale così congeniato non consente adeguate politiche di welfare e tanto meno di finanziare la Sanità pubblica nella misura in cui gli autori giustamente prospettano.

L'altro fattore è rappresentato dalla finanziarizzazione della sanità. Un fenomeno assai accentuato negli Stati Uniti in cui "...la politica sanitaria riguardo a qualità, equità e costi deve fare i conti con l'influenza emergente del settore finanziario all'interno del sistema sanitario... e in cui i mercati finanziari hanno per obiettivo la crescita dei profitti a breve termine e la distribuzione di questa crescita ad attori finanziari esterni agli enti sanitari" (*The Financialization of Health in the United States*, N. ENGL. J. MED., 390:2, January 11, 2024).

La finanziarizzazione è in atto anche in Italia.

La lettura dei giornali finanziari è piena di notizie in merito:

Il Gruppo San Donato cede il 20%; opzione Borsa. Penta Investment è un fondo private equity con la più grande catena di ospedali e ambulatori dell'Europa dell'Est e ha acquisito 3.000 farmacie in Italia. La Exor (Elkann) ha investito 4 miliardi nel settore salute e acquisisce fra l'altro l'Institute Mérieux. La Kos, controllata dalla CIR (De Benedetti) con 24 strutture (RSA) sta attuando una serie di cessioni e di investimenti...

Si tratta di un processo che accentua una caratteristica dell'impresa privata che, come ricordava l'economista Milton Friedman "...ha soltanto una responsabilità sociale: usare le proprie risorse e impegnarsi nelle attività finalizzate ad aumentare i suoi profitti, nel rispetto delle regole del gioco, ossia stare nella competizione aperta e libera senza comportamenti fraudolenti" (The New York Times, 13/9/1970).

Per interagire in ambito sanitario con tali realtà sarebbe necessaria, come suggeriscono Banchieri e Vannucci, una regolamentazione e pianificazione pubblica particolarmente efficace. Ma le regole sono poche e lasche e la capacità programmatica limitata, per un progressivo depauperamento dell'apparato pubblico (quello che viene definito, spesso spregiativamente, come "burocrazia").

Siamo infatti il paese con il più basso numero di dipendenti pubblici (rispetto alla popolazione) di Svezia, Usa, UK, Francia, Spagna, Grecia e, perfino della Germania, per la quale i dipendenti sanitari non sono conteggiati fra quelli pubblici!

In tale situazione, "...in carenza di personale qualificato in grado di valutare le necessità, analizzare i mutamenti in corso, prendere decisioni conseguenti e assumersene le responsabilità" (Gabbanelli – Ravizza, Dataroom. Corriere della Sera 22/1/2024) vengono chiamati da Ministero, Regioni e Aziende sanitarie i Big della consulenza, che sono poi gli stessi che consigliano la finanza privata per la realizzazione di investimenti in tale settore!

Queste riflessioni non sono certo ottimistiche. Mi consolo con quanto affermava Umberto Eco: "Non tutti gli ottimisti sono fatui, ma tutti i fatui sono ottimisti".

Credo tuttavia che le proposte e ipotesi espresse nei due interessanti contributi vadano inevitabilmente inserite in un contesto di cui si evidenzino le problematiche fondamentali, per affrontarle consapevolmente.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119741



Sanità integrativa: una risposta efficace e complementare al servizio pubblico

Ivano Russo, Presidente dell'Osservatorio Welfare&Salute

Le spese sanitarie rischiano di impoverire gli italiani o di peggiorare la loro salute, secondo l'Istat, infatti, nel 2022 la quota di persone che hanno pagato di tasca propria visite specialistiche e accertamenti si è assestata, rispettivamente, al 41,8% e al 27,6%.

Di fronte a questi dati, l'obiettivo numero uno di ogni ipotesi di intervento sul Sistema Sanitario Nazionale dovrebbe essere quello di ridurre le liste di attesa, la cui portata ha oggi ampiamente superato ogni indice di tollerabilità.

Garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati, rappresenta un obiettivo prioritario per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il cui compito è appunto quello di soddisfare i bisogni assistenziali dei cittadini secondo i principi dell'equità di accesso alle prestazioni, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza, della correttezza e della trasparenza.

Circa 4 milioni di persone hanno letteralmente rinunciato alle cure (il 7% della popolazione nel 2022 rispetto al 6,3% del 2019), al netto dell'insostenibilità etica e civile di queste dinamiche, non c'è dubbio che ciò si tradurrà in un aggravio dei costi futuri, legato al progressivo aggravamento di patologie non trattate in maniera appropriata e per tempo.

Una buona Sanità Integrativa, efficiente e rispondente ai bisogni reali di salute della popolazione in età da lavoro, potrebbe rappresentare una risposta efficace, sgravando il servizio pubblico da tantissime prestazioni – ambulatoriali, specialistiche, diagnostiche – che esso, gioco forza, non riesce più ad erogare in tempi ragionevoli ed utili rispetto ai percorsi di cura.

Al momento, circa 15 milioni di lavoratori sono coperti da strumenti di sanità integrativa, con una formula di welfare pubblico – privato assolutamente virtuoso.

Non pesa sulla finanza pubblica, perché le risorse ad esso destinate sono investite dalle parti datoriali nell'ambito delle previsioni contenute dai CCNL delle diverse categorie. Certo lo Stato, da ormai oltre 20

anni, incoraggia giustamente tali dinamiche prevedendo meccanismi di vantaggi fiscali per le risorse destinate al welfare contrattuale, ma con circa 3 miliardi di detrazioni – quindi di investimento pubblico indiretto, in termini di minori entrate – si offrono tutele e coperture sanitarie ad oltre 15 milioni di cittadini. Per di più in buona parte in ambiti operativi sanitari non previsti dal SSN – dall'odontoiatria o alla fisioterapia

Ovviamente più si allarga la platea dei beneficiari della Sanità Integrativa – oggi 15 milioni su un totale potenziale di popolazione in età lavorativa e rispettive famiglie che oscilla tra i 30 ed i 35 milioni – più il SSN sarà liberato da una pressione e da una domanda diffusa di prestazioni che invece, in ottemperanza all'Articolo 32 della Costituzione, dovrebbero essere rivolte e dedicate soprattutto agli indigenti, cioè a chi non ha reddito e non ha lavoro

L'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute, di cui sono presidente, si propone come spazio aperto di confronto, ricerca, dibattito su ruolo e funzione della Sanità Integrativa, del cosiddetto “secondo pilastro” del Sistema Sanitario Nazionale.

Siamo fermamente convinti che l'integrazione tra sistemi debba e possa svolgere una funzione di ausilio all'SSN sempre più forte ed integrato, siamo altrettanto consapevoli della necessità di ripensare il sistema, nelle sue dinamiche soprattutto organizzative, ma salvaguardandone i principi ispiratori di mutualismo tra lavoratori, non discriminazione e complementarità con la sanità pubblica.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-01-22/sanita-integrativa-risposta-efficace-e-complementare-servizio-pubblico-103540.php?uuid=AFfQNVQC&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Pubblico e Privato: analisi serie o solo preconcetti ideologici?

Alessandro Giustini

22 GEN -

Gentile Direttore,

oramai da alcuni mesi si sono lette molteplici opinioni su questo tema; confronto senza dubbio utilissimo per approfondire da punti di vista differenti la centrale importanza di questo tema che sempre più chiaramente appare esser il nodo cruciale per una riforma del SSN (se mai la politica riuscirà a partorirla).

Purtroppo negli ultimi tempi sono prevalsi contributi che con tutta chiarezza manifestano una posizione di forte preconcetto verso il Privato. Viene descritto come un “peccato” di una fascia di popolazione che, disponendo di risorse economiche proprie, accede a prestazioni evitando le attese o le impossibilità di cure degli altri cittadini. Se questo accade gran parte della colpa va addebitato appunto ai ritardi della struttura pubblica che non riesce quasi mai a rispondere con efficienza ad uno dei parametri fondamentali della “buona medicina” che è la tempestività degli accertamenti e delle cure rispetto ai bisogni dei cittadini. Poi il preconcetto spesso si ammanta di ideologia e trasferisce sul Privato anche concetti socio-politici che sembrano uscire da antiche posizioni vetero-comuniste. Senza dubbio esiste il tema della mancanza di adeguato finanziamento governativo verso il Pubblico che è causa rilevante di questa inefficienza: inadeguato finanziamento che dura da molti anni, che ha coinvolto tutti i Governi e che ha la sua origine nel forte e crescente debito pubblico nazionale che si incrocia con le regole finanziarie Europee che hanno generato ad es. il blocco delle assunzioni e del turn-over del personale.

È però necessario accettare che per il nostro Paese ma anche per molti altri, la situazione finanziaria generale oggi ed ancor più nel futuro, non consente di puntare su un sistema tutto, solo e sempre pubblico.

Ed adesso che ragiona con preconcetto ed ideologia continua a non considerare questo problema molto reale pretendendo che si possano trovare risorse chissà dove e come! E di solito sono rappresentanti dei tantissimi politici ed amministratori che quelle risorse le hanno mal-governate, dirigenti che nel sistema pubblico avrebbero dovuto dimostrare le loro reali capacità professionali.

E questa posizione preconcetta ed ideologica cerca anche di mascherare con il Privato quella che è un'altra causa evidentissima della attuale crisi del Pubblico: la inefficienza organizzativa e gestionale di molte Regioni e Aziende: Direttori Generali e funzionari che troppo spesso sono sempre gli stessi, “migranti” tra posizioni diverse nei vertici della struttura del Servizio Sanitario quasi sempre per meriti politici e non certo per qualità dei risultati raggiunti. Peraltro avendo perfino perduto il preteso valore “elettorale” di parte dato che i cittadini hanno imparato a riconoscere i “soliti noti” responsabili delle inefficienze.

Non certo che il Privato non abbia le sue inefficienze e le sue responsabilità ma è incontrovertibile che applica la prassi di verificare se i compiti assegnati a dirigenti o professionisti siano stati raggiunti prima di promuoverli , premiarli o anche solo mantenerli. Chiaramente i compiti sono correlati al mandato "privato" che sia profit o no-profit , che però dovrebbe essere stato contrattualizzato e verificato dal Pubblico che ha su di se la responsabilità di governo complessivo.

Come giustamente scrivono Bancheri e Vannucci il Pubblico è l'unico che può e deve elaborare una "policy" di medicina di comunità , di prossimità, di continuità allineando gli interessi del Privato all'interno del sistema Sanitario Nazionale su obiettivi di Salute generali , dato che è l'unico a disporre della visione di insieme complessiva e stratificata dei bisogni e della loro evoluzione. Ed in questo compito è compreso anche il coinvolgimento del Privato come integrazione, sussidiarietà e cooperazione . Questo oltre che evitare gran parte della negativa concorrenzialità tra Pubblico e Privato può far confluire in vari modi ulteriori risorse scientifiche, professionali ed anche finanziarie nel complessivo sistema di tutela della Salute per i cittadini.

Ma il Pubblico ai vari livelli ha svolto come necessario questo compito negli ultimi decenni ? I risultati dicono senza dubbio di NO.

Ed allora la strada maestra per rimettere in carreggiata il nostro SSN evitando (non solo a parole) la deriva neo-liberista di mercato è che chi viene messo a gestire il Pubblico a tutti i livelli svolga questo compito e sia finalmente verificato sui risultati. Con le risorse date si può fare molto meglio e molto di più e quando le condizioni di finanza nazionale lo consentiranno la Sanità dovrà essere il primo impegno per ulteriori finanziamenti.

Se non si ridà efficienza, fiducia e credibilità al Pubblico si favorisce nei fatti la deriva verso il mercato liberalizzato che oggettivamente penalizza i Diritti di molti cittadini.

Come del resto altri importanti contributi comparsi su QS nelle settimane scorse , recentemente le analisi di Bancheri e Vannucci danno un indirizzo molto chiaro e solido, articolato e completo a questa esigenza di riordino complessivo del SSN che è sempre più urgente!

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119622

JAMA 2023;330(24):2365-2375. doi:10.1001/jama.2023.23147

Cambiamenti negli eventi avversi ospedalieri e negli esiti dei pazienti. Associato all'acquisizione di private equity

Sneha Kannan, medico; Joseph Dov Bruch, PhD; Zirui Song, MD, PhD

IMPORTANZA

Gli effetti delle acquisizioni di private equity di ospedali statunitensi sulla qualità clinica delle cure ospedaliere e dei risultati dei pazienti rimangono in gran parte sconosciuti.

OBIETTIVO

Esaminare i cambiamenti negli eventi avversi acquisiti in ospedale e nei ricoveri ospedalieri risultati associati alle acquisizioni di private equity di ospedali statunitensi.

PROGETTAZIONE, IMPOSTAZIONE E PARTECIPANTI

Dati provenienti dalle richieste di risarcimento 100% Medicare Parte A per 662 095 ricoveri presso 51 ospedali acquisiti da private equity sono stati confrontati con i dati relativi a 4 160 720 ricoveri in 259 ospedali di controllo abbinati (non acquisiti da private equity) per ricoveri ospedalieri tra il 2009 e il 2019. Uno studio sugli eventi, disegno della differenza nelle differenze è stato utilizzato per valutare i ricoveri da 3 anni prima a 3 anni dopo il private equity acquisizione utilizzando un modello lineare adattato alle caratteristiche del paziente e dell'ospedale.

PRINCIPALI RISULTATI E MISURE

Eventi avversi acquisiti in ospedale (sinonimo di condizioni acquisite in ospedale; le condizioni individuali sono state definite dai Centri statunitensi per Servizi Medicare e Medicaid come cadute, infezioni e altri eventi avversi), mix di pazienti e esiti del ricovero ospedaliero (inclusi mortalità, disposizione alle dimissioni, durata del ricovero e riammissioni).

RISULTATI

Eventi avversi (o condizioni) acquisiti in ospedale sono stati osservati entro 10.091 ricoveri. Dopo l'acquisizione di private equity, i beneficiari di Medicare hanno ammesso al privato gli ospedali azionari hanno registrato un aumento del 25,4% delle patologie acquisite in ospedale rispetto a quelli trattati negli ospedali di controllo (4,6 [IC al 95%, 2,0-7,2] ulteriori acquisizioni ospedaliere condizioni per 10.000 ricoveri, $P = .004$).

Questo aumento delle acquisizioni ospedaliere condizioni è stata guidata da un aumento del 27,3% delle cadute ($P = 0,02$) e da un aumento del 37,7% delle cadute centrali infezioni del flusso sanguigno associate alla linea ($P = 0,04$) negli ospedali di private equity, nonostante il posizionamento 16,2% di linee centrali in meno.

Le infezioni del sito chirurgico sono raddoppiate da 10,8 a 21,6 ogni 10.000 ricoveri presso ospedali di private equity nonostante una riduzione dell'8,1% del volume chirurgico; nel frattempo, tali infezioni sono diminuite negli ospedali di controllo, nonostante la precisione statistica del confronto tra i gruppi era limitato dalla dimensione più piccola del campione chirurgico ricoveri.

Rispetto ai beneficiari di Medicare trattati negli ospedali di controllo, quelli trattati presso ospedali di private equity erano modestamente più giovani, con meno probabilità di essere doppiamente idonei Medicare e Medicaid, e più spesso trasferiti successivamente ad altri ospedali per acuti soggiorni più brevi.

Mortalità ospedaliera ($n = 162\ 652$ nella popolazione o 3,4% su media) è leggermente diminuito negli ospedali di private equity rispetto agli ospedali di controllo; non è stato riscontrato alcun cambiamento differenziale nella mortalità entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera.

CONCLUSIONI E RILEVANZA

L'acquisizione di private equity è stata associata ad un aumento eventi avversi acquisiti in ospedale, comprese cadute e flusso sanguigno associato alla linea centrale infezioni, insieme a un aumento maggiore ma meno statisticamente preciso delle infezioni del sito chirurgico.

Spostamenti nel mix di pazienti verso beneficiari più giovani e meno ammissibili e ammessi l'aumento dei trasferimenti ad altri ospedali può spiegare la lieve diminuzione della mortalità intraospedaliera negli ospedali di private equity rispetto agli ospedali di controllo, cosa che non era più evidente 30 giorni dopo la dimissione. Questi risultati aumentano le preoccupazioni circa le implicazioni del settore privato equità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Spiegare le disuguaglianze sanitarie: l'eredità duratura dei pregiudizi storici

David S. Jones, Evelyynn Hammonds, Joseph P. e David Williams,

27 gennaio 2024

DOI: 10.1056/NEJMp2307312

Quando il Journal fu lanciato nel 1812, per secoli circolavano affermazioni sulle differenze di anatomia, fisiologia e suscettibilità alle malattie tra le diverse popolazioni umane. ¹ La convinzione persistente dei medici che queste differenze siano innate ha da tempo distolto l'attenzione da altre possibili cause di disuguaglianze di salute. Mentre il Journal esplora la sua storia e riconosce il suo ruolo nel dare voce e perpetuare il razzismo e la discriminazione, deve esaminare come ha affrontato il problema della differenza.

La portata del potenziale calcolo è vasta.

Nei primi decenni, il Journal pubblicava più spesso sulle differenze tra europei, africani e indigeni americani. Emergerebbero discorsi simili sulle differenze tra i bianchi (un termine un tempo riservato alle persone di origine europea nordoccidentale) e gli ebrei, gli irlandesi, i messicani o gli asiatici, e tra uomini e donne. ²⁻⁵ Nel corso dei secoli, le disuguaglianze sanitarie sono state descritte in tutte le principali cause di malattia umana, dal vaiolo nel XVII secolo al cancro e alle malattie cardiache oggi. ⁶

È impossibile esplorare tutti gli aspetti di questo problema in una breve recensione, quindi tentiamo un'analisi illustrativa, basandoci sugli articoli precedenti di questa serie concentrandoci sugli articoli di giornale sui neri e sugli indigeni americani. Un altro articolo affronterà i pregiudizi legati al sesso e al genere. Il lavoro di follow-up potrebbe esplorare in modo prezioso i pregiudizi nei confronti di altri gruppi.

Le dinamiche in evoluzione dell'analisi razziale comparativa possono essere dimostrate con due malattie che preoccupavano i medici del XIX secolo, la tubercolosi e la follia.

La tubercolosi era una delle principali cause di morte; follia, poco compresa, alimentava sostanziose speculazioni. Nel XX secolo sono emerse nuove preoccupazioni, tra cui il diabete e la mortalità infantile. Ulteriori ricerche potrebbero esplorare la storia di altre malattie razzializzate, dal vaiolo, la febbre gialla e la malaria al cancro o al diabete. Sebbene le affermazioni sulle differenze innate nella suscettibilità razziale alle malattie circolassero ampiamente, le critiche nel Journal emersero lentamente.

Le spiegazioni razzializzate delle differenze umane hanno conseguenze di vasta portata per la teoria e la pratica medica. La volontà dei medici di abbracciare e promuovere idee razziste ha rafforzato le preoccupazioni della società riguardo alle gerarchie razziali. Dinamiche simili hanno promulgato pregiudizi di classe, sessismo, abilismo e altre gerarchie. Gli editori condividono la responsabilità di questo focus.

Per gran parte della storia del Journal, gli editori hanno deciso da soli cosa pubblicare. Le revisioni esterne furono richieste occasionalmente negli anni '30, ma non in modo coerente fino agli anni '70.

Man mano che il Journal conquistava un pubblico nazionale e poi internazionale dopo la seconda guerra mondiale, le sue decisioni editoriali ebbero un impatto sempre più ampio. ^{7,8}

La professione medica deve fare i conti con questa storia e intraprendere azioni deliberate per affrontare le sue eredità. Un tale impegno può guidare le valutazioni su se (e come) i concetti di razza dovrebbero influenzare la medicina.

La salute prima della "civiltà"

All'inizio, molti medici seguirono l'esempio di Benjamin Rush, il quale sosteneva che la follia e la tubercolosi erano rare tra gli africani e gli indigeni americani. Rush attribuiva il vigore degli indigeni americani alle "loro principali occupazioni", in particolare alla loro vita trascorsa in "guerra, pesca e caccia". ⁹

Un medico di New York nel 1847 mise in risalto la dieta: "La tisi è quasi sconosciuta tra gli ebrei. Le razze indiane e le tribù africane che aderiscono alla loro dieta primitiva – simile a quella prescritta dalla saggezza del legislatore ebraico – godono della stessa immunità". ¹⁰

Un saggio del 1893 sulla tubercolosi sosteneva che "la Natura, quando lasciata a se stessa, è una madre molto saggia". Sfortunatamente, "la cosiddetta civiltà – a volte interferisce tristemente con lei e ostacola le sue evidenti intenzioni. Il selvaggio, obbedendo alla natura, vive all'aperto, bagnato dal sole e dall'aria fresca. È fisicamente attivo, il che lo costringe a respirare profondamente e completamente.

Corre, nuota, si arrampica; tutti questi esercizi sono eccellenti per produrre una grande capacità polmonare e un'ampia espansione del torace. Ma non è così per l'uomo civilizzato". ¹¹ *I primi scritti che elogiavano la salute dei presunti africani e indigeni americani primitivi li mettevano in contrasto con i bianchi americani "civili".*

Anche i medici invocavano la razza nell'esaminare le origini della follia. Un estratto del 1845 ristampato dall'American Journal of Insanity includeva testimonianze di diversi medici. Un medico che partecipò ai traslochi dei Cherokee "non vide né sentì mai parlare di un caso di pazzia tra loro". Joseph Cinqué e altri africani fuggiti da La Amistad e conquistati la libertà dalla schiavitù riferirono che "la follia era molto rara nel loro paese natale". ¹²

I medici hanno offerto spiegazioni poco lusinghiere per questa salute mentale. Un discorso del 1851 spiegava che l'intelletto dei "poveri e ignoranti...arrugginito dal disuso, è meno sotto l'influenza dell'eccitazione; i loro sentimenti sono più noiosi; i loro nervi sono meno sensibili...

Ecco perché tra le tribù selvagge, dove la mente è totalmente incolta, la follia è relativamente rara". ¹³

Questa spiegazione riecheggia l'affermazione di Edward Jarvis del 1842 secondo cui la schiavitù, rimuovendo "alcune delle passività e dei pericoli dell'autodirezione attiva", proteggeva gli africani schiavi dalla follia: "Se i poteri mentali e le propensioni sono mantenuti relativamente dormienti, certamente devono soffrire tanto meno da una cattiva direzione o da un'azione eccessiva". ^{14,15}

Le disparità sanitarie hanno funzionato in entrambe le direzioni. Se qualcosa proteggeva gli indigeni americani e schiavizzava gli africani dalla tubercolosi e dalla follia, qualcos'altro li rendeva vulnerabili agli effetti negativi dell'alcol.

Come spiegò Samuel Cartwright nel 1853, "una nazione di persone intemperanti si estinguerà presto, se lo saranno entrambi i sessi; di breve durata, reumatico e tifico, se solo uno fosse.

Le nazioni indiane, una dopo l'altra, stanno scomparendo poiché entrambi i sessi sono intemperanti".

Le prospettive degli africani erano altrettanto scarse: “La razza nera, come quella rossa, diminuisce più velocemente di quanto si moltiplichino negli Stati liberi, Hayti, Canada, Sierra Leone e ovunque abbiano libero accesso ai liquori spiritosi... La loro volontà è troppo debole, con l’odore di quella sostanza nelle loro ampie narici, per impedire loro di lasciare ogni attività operosa, e i luoghi di istruzione religiosa e morale, per i luoghi della dissipazione”. ¹⁶

Tali generalizzazioni sicure, radicali e razziste apparivano spesso, mettendo in discussione non solo gli africani e gli indigeni americani, ma anche gli ebrei, i cattolici, gli immigrati irlandesi, i tedeschi e i messicani americani. I sistemi di pensiero razziale si sono evoluti nel tempo, cambiando chi poteva essere incluso nell’élite bianca negli Stati Uniti.

.....

Nuove malattie, vecchie idee

L’interesse per la suscettibilità differenziale è persistito per tutto il XX secolo. L’alcol rimase una preoccupazione, come in un resoconto del 1917 del viaggio di un medico dal Massachusetts alla Florida. Scrisse cose spaventose sul suffragio e sulla segregazione, ma risparmiò il peggio per l’alcol: “Un uomo bianco istruito sotto l’effetto dell’alcol è uno spettacolo triste e disgustoso.

Un negro nelle stesse condizioni è una tigre lasciata libera, un vulcano da cui tutti possono fuggire”. Solo il divieto potrebbe garantire la sicurezza “delle mogli e delle figlie di ogni uomo”. ²⁹

Si pensava che il cancro, una cosiddetta “malattia della civiltà”, fosse raro tra le persone non bianche. Nel 1881 un medico di New York affermò il “fatto notevole che le donne negre non hanno mai il cancro dell’utero”. ³⁰ Frederick Hoffman, noto per la sua valutazione quantitativa della suscettibilità razziale, osservò nel 1923 che “Tra i nostri indiani nativi il cancro si riscontra molto raramente tra coloro che sono di sangue puro”. ³¹ Verso la fine del XX secolo, tuttavia, il cancro aveva oltrepassato la linea del colore. ³²

Anche le malattie cardiache venivano viste attraverso una lente razziale. Mentre la malattia coronarica – un’altra “malattia della civiltà” – era considerata rara tra i neri americani, la malattia cardiaca sifilitica era ritenuta comune, un riflesso del discorso razzializzato che ha motivato lo studio del servizio sanitario pubblico statunitense a Tuskegee. ^{33,34} Paul Dudley White scrisse nel 1933 che “con perfetta giustificazione dovremmo aspettarci di trovare la sifilide dell’aorta e del cuore molto più comunemente tra i negri più primitivi del Sud che in una comunità bianca altamente colta del New England”. Nel frattempo, c’era “eccezionalmente poca sifilide cardiovascolare nella razza ebraica, in larga misura, credo, a causa dell’educazione morale tradizionale e della mancanza di promiscuità che sono caratteristiche degli ebrei”. ³⁵

Un discorso contrario alla medicina razzializzata emerse tra la fine del XIX e l’inizio del XX secolo, sebbene raramente si riflettesse nel Journal. Il sociologo WEB Du Bois aveva richiamato l’attenzione sulle origini sociali della cattiva salute dei neri già nel 1899. ³⁶ Anche i medici neri divennero eminenti critici del razzismo medico. ³⁷ Verso la fine del XX secolo, prove concrete mettevano in discussione le affermazioni sulle differenze razziali e sul determinismo.

Quando il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani lanciò la campagna “Healthy People 2000”, affermò che “Ridurre il divario tra le aspettative di vita di diverse popolazioni, compresi i neri, gli ispanici, gli indiani d’America, gli asiatici americani e le persone a basso reddito, è obiettivo primario delle nostre iniziative”. ³⁸ Sebbene tali richieste siano aumentate e siano stati compiuti progressi, ³⁹ le disuguaglianze sanitarie persistono. ⁴⁰

Discutere su natura e cultura

Di fronte all’evidenza delle disuguaglianze di salute, i ricercatori medici hanno generalmente attribuito le disparità a differenze intrinseche tra i gruppi (ad esempio, genetica, ereditarietà), a comportamenti che incidono sulla salute (ad esempio, dieta o fumo), o a condizioni ambientali (ad esempio, povertà).

Spesso ci sono ampi dati a supporto di ogni spiegazione. Con poco consenso o indicazioni su quali enfatizzare, i ricercatori fanno scelte che modellano la nostra comprensione di dove risieda la responsabilità per la salute e dei possibili interventi.

Molti sottolineano le cause intrinseche delle disuguaglianze sanitarie, che sollevano i ricercatori e i loro lettori dalla responsabilità di intervenire (ad esempio, per fornire assistenza o riformare le condizioni sociali ed economiche).⁴¹ Tali tensioni continuano a infiltrarsi negli scritti di questo Journal sul diabete, la tubercolosi e la mortalità infantile, tra gli altri problemi di salute.

Il diabete, ad esempio, una volta era considerato raro tra gli indigeni americani.⁴²

Negli anni '60, tuttavia, gli Akimel O'odham (ex Pima) avevano "la più alta incidenza segnalata al mondo".⁴³ Nel 1965, i ricercatori iniziarono uno studio a lungo termine nella comunità indiana del fiume Gila in Arizona. Hanno spiegato che "gli indiani Pima hanno due distinti vantaggi come soggetti per le indagini sul diabete: un alto grado di omogeneità genetica e un'alta prevalenza di diabete mellito".⁴⁴

Partendo dal presupposto che esistesse una "forte predisposizione genetica",⁴⁵ hanno cercato i geni sospetti, senza successo.⁴⁶

Sono emersi dubbi. All'inizio del secolo l'obesità e il diabete erano rari tra gli Akimel O'odham: il loro ambiente era cambiato?⁴⁷ Anche se vivevano su entrambi i lati del confine tra Stati Uniti e Messico, il diabete era diffuso solo nelle comunità statunitensi, il che indicava cause sociali e ambientali.⁴⁸ Eppure la fede nella genetica razziale persiste. Le scuole di medicina continuano a insegnare il cosiddetto diabete Pima "senza una spiegazione sufficiente delle cause storiche e sociali".⁴⁹

Le indagini sulla tubercolosi mostrano tensioni simili. Nel 1990, i ricercatori dell'Arkansas hanno studiato la tubercolosi nelle case di cura razzialmente integrate. Tra le persone che erano negative alla tubercolina all'arrivo, più residenti neri (13,8%) che residenti bianchi (7,2%) sono successivamente risultati positivi. I ricercatori sono passati alla razza e alla genetica: "nelle stesse condizioni sociali, i neri apparentemente vengono infettati più facilmente dal *Mycobacterium tuberculosis* rispetto ai bianchi"; questi dati "suggeriscono fortemente differenze ereditarie".⁵⁰

Gli scettici suggerivano altre cause, dalle differenze nella salute di base (ad esempio, lo stato nutrizionale) alle differenze nell'esposizione (l'integrazione razziale non garantiva condizioni equivalenti). Alcuni osservatori hanno sostenuto che questa corsa al giudizio genetico è stata "un grande disservizio, poiché scoraggia la ricerca di cause rimediabili".⁵¹

Altri ricercatori mettono in dubbio le spiegazioni razziali per condizioni come il basso peso alla nascita. Ricercatori precedenti avevano sostenuto che la genetica razziale influenzava in modo significativo il peso alla nascita.

Ma quando uno studio condotto nell'Illinois ha confrontato i bambini di donne bianche nate negli Stati Uniti, donne nate in Africa e donne nere nate negli Stati Uniti, i pesi alla nascita erano simili nei primi due gruppi ma inferiori nel terzo, fornendo "alcune prove contro la teoria secondo cui c'è una base genetica per la disparità".⁵²

Le domande sul ruolo dell'ereditarietà rispetto ai determinanti sociali nella causazione delle malattie persistono nel Journal da due secoli con pochi commenti editoriali coerenti.

.....

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2307312?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX19YK6pEkLkr%2BlumVIs2g8i66rz0mhD%2BhSSNiJXJ3om0c3uwcaUBmNgt%2Fc0jI0t9bi0X9qbZ2gSX92qe7igYvyQ6IHgFksR%2FS5NCIjuXMYFeQUP9kKKhQjs5auNNY2DC0fbH2aUAjtk8qXSIT%2BJ%2FuKY1JPETNbN%2F4YHWuTDQGPI8NNAhGG2e92pbyyPhQT48dztwd2%2BrM%2F0MkA%3D%3D&cid=NEJM%20Weekend%20Briefing,%20January%2027,%202024%20DM2320507_NEJM_Non_Subscriber&bid=2068989334

quotidianosanita.it

Covid. ECDC: “A gennaio 2024 vaccinati 19,4 milioni di over 60. Elevata la variabilità tra Paesi”. Ma mancano i dati di Italia e Germania

di G.R.

E 5,5 milioni di over 80 hanno ricevuto una dose di vaccino contro il Covid nei 24/30 paesi UE/SEE che hanno riportato dati sulla copertura vaccinale per almeno un gruppo target (persone di età pari o superiore a 60 anni, persone di età pari o superiore a 80 anni, operatori sanitari, individui con patologie croniche, donne incinte donne). Nessun Paese ha raggiunto una copertura $\geq 80\%$ per la fascia over 60, quota raggiunta solo dalla Danimarca tra gli over 80 (88%).

26 GEN -

A gennaio 2024 circa 19,4 milioni di over 60 e 5,5 milioni di over 80 hanno ricevuto una dose di vaccino contro il Covid nei 24/30 paesi UE/SEE che hanno riportato dati sulla copertura vaccinale per almeno un gruppo target (persone di età pari o superiore a 60 anni, persone di età pari o superiore a 80 anni, operatori sanitari, individui con patologie croniche, donne incinte donne).

Tra questi non ci sono l'Italia e la Germania che non hanno riportato i loro dati sulle coperture vaccinali. Questo quanto emerge dall'ultimo rapporto pubblicato dall'Ecdc.

Nei 24 Paesi segnalanti, sono state somministrate circa 22,7 milioni di dosi di vaccino Covid durante il periodo di riferimento tra la popolazione totale. Circa 22 milioni di dosi (il 97% del totale di quelle somministrate) erano costituite dal vaccino Comirnaty Omicron XBB.1.5 (Pfizer BioNTech). Circa 350.000 dosi (1,55% delle dosi totali somministrate) erano costituite dal vaccino Nuvaxovid XBB.1.5 (Novavax).

Circa 56.000 dosi (0,25% delle dosi totali somministrate) erano costituite dal vaccino Spikevax XBB.1.5 (Moderna) e circa 500 dosi (<0,01% delle dosi totali somministrate) erano costituite dal vaccino Bimervax (Hipra). Circa 240.000 dosi (1,06% del totale delle dosi somministrate) sono state segnalate come "altro prodotto vaccinale".

Le restanti dosi somministrate (11.408 dosi) sono state segnalate come "prodotto vaccinale sconosciuto".

La copertura mediana tra gli over 60 è stata dell'11,1% (range: 0,01-65,8%), con un'elevata variabilità tra i Paesi. Tra i 24 Paesi che hanno riportato dati per questo gruppo target, nessuno ha raggiunto una copertura $\geq 80\%$.

La copertura mediana tra gli over 80 è stata dell'16,3% (range: 0,01-88,2%), anche in questo caso con un'elevata variazione tra i Paesi. Tra i 24 Paesi che hanno riportato i dati relativi a questo gruppo target, un solo Paese ha riportato una copertura $\geq 80\%$ (Danimarca; 88,2%).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119775

SURVEILLANCE REPORT

Interim COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns

January 2024

Fatti principali

- Nel settembre 2023, l'ECDC ha aggiornato il processo di analisi dei dati sulla copertura vaccinale contro il COVID-19, in considerazione dell'evoluzione dei tempi e degli obiettivi delle campagne di vaccinazione della stagione 2023-24. Questo rapporto presenta una descrizione provvisoria della copertura vaccinale contro il COVID-19 nell'Unione Europea/Spazio economico europeo (UE/SEE) tra il 1° settembre 2023 e il gennaio 2024.
- Durante il periodo di riferimento, 24/30 paesi dell'UE/SEE hanno riportato dati sul COVID-19 copertura vaccinale per almeno un gruppo target (persone di 60 anni e oltre, persone di 80 anni e oltre, operatori sanitari, soggetti con patologie croniche, donne in gravidanza).
- Durante questo periodo, circa 19,4 milioni di persone di età pari o superiore a 60 anni hanno ricevuto una dose di vaccino COVID-19. Circa 5,5 milioni di persone di età pari o superiore a 80 anni hanno ricevuto una dose di vaccino COVID-19.
- La copertura vaccinale mediana contro il COVID-19 tra le persone di età pari o superiore a 60 anni è stata dell'11,1% (intervallo: 0,01–65,8%), con un'elevata variazione tra i paesi. Per le persone di età pari o superiore a 80 anni, la copertura mediana era del 16,3% (intervallo: 0,01–88,2%), con un'elevata variazione tra i paesi.
- Tra i 24 paesi dichiaranti, tre paesi hanno segnalato una copertura vaccinale $\geq 50\%$ per la fascia di età 60 anni e oltre, mentre otto paesi hanno segnalato una copertura vaccinale $\geq 50\%$ per la fascia di età 80 anni e oltre.
- La maggior parte delle circa 22,7 milioni di dosi di vaccino COVID-19 somministrate nell'UE/SEE durante questo periodo alla popolazione complessiva erano il vaccino Comirnaty Omicron XBB.1.5 (Pfizer BioNTech) (circa 22 milioni di dosi; il 97% delle dosi totali somministrate).
- Questi risultati preliminari devono essere interpretati con cautela. Nelle prossime settimane e mesi è previsto un maggiore grado di consolidamento e completezza dei dati

Introduzione

Nel settembre 2023, l'ECDC ha aggiornato il processo di analisi dei dati sulla copertura vaccinale contro il COVID-19, in considerazione dell'evoluzione dei tempi e degli obiettivi delle campagne di vaccinazione nella stagione 2023-24. Il presente rapporto presenta una descrizione provvisoria della copertura vaccinale contro il COVID-19 nell'UE/SEE tra il 1 settembre 2023 e il 15 gennaio 2024.

In questo rapporto, la copertura vaccinale contro il COVID-19 è definita come la percentuale del gruppo di popolazione target che ha ricevuto una dose di un vaccino contro la Covid-19 durante il periodo di riferimento. Rappresenta il numero di individui nel gruppo target totale che hanno ricevuto una dose di vaccino durante il periodo in analisi.

Figure 1. COVID-19 vaccine coverage among people aged 60 years and above, 24 EU/EEA countries, 1 September 2023 to 15 January 2024

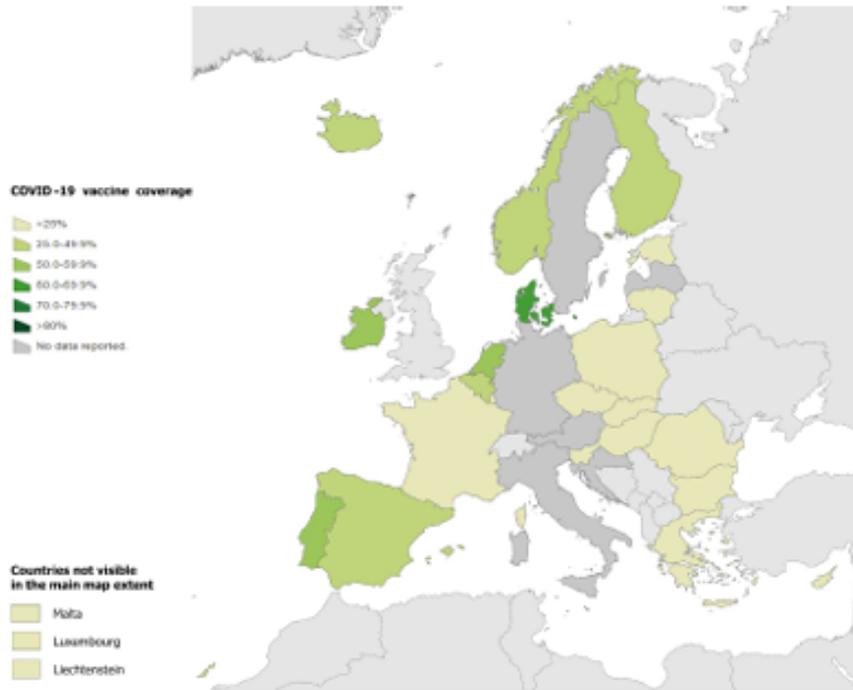
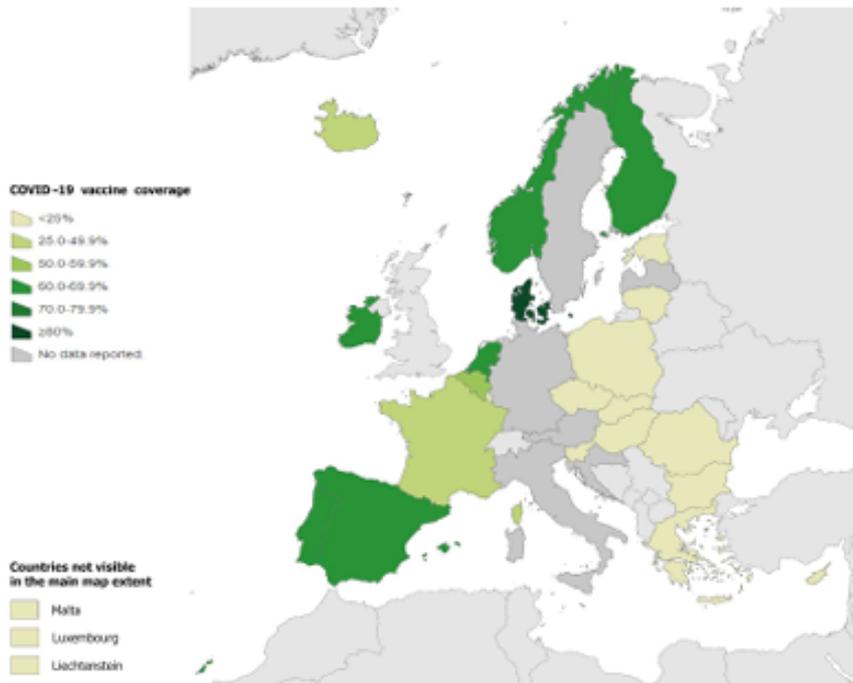


Figure 2. COVID-19 vaccine coverage among people aged 80 years and above, 24 EU/EEA countries, 1 September 2023 to 15 January 2024



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1706274135.pdf>



Simnotrelvir orale per pazienti adulti con Covid-19 da lieve a moderato

Bin Cao, Yeming Wang, Hongzhou Lu, Chaolin Huang, Yumei Yang, Dottore Lianhan Shang, Zhu Chen, Rongmeng Jiang, Yihe Liu, Ling LinPing Peng, Fuxiang Wang, et al.

N Engl J Med 2024; 390:230-241

DOI: 10.1056/NEJMoa2301425

Astratto

Sfondo

Simnotrelvir è un inibitore orale della proteasi 3-chimotripsina-simile che ha dimostrato di possedere attività in vitro contro la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) e una potenziale efficacia in uno studio di fase 1B.

Metodi

In questo studio di fase 2-3, in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, abbiamo assegnato pazienti con malattia da coronavirus 2019 da lieve a moderata (Covid-19) e insorgenza dei sintomi negli ultimi 3 giorni in un rapporto 1:1 rapporto per ricevere 750 mg di simnotrelvir più 100 mg di ritonavir o placebo due volte al giorno per 5 giorni. L'endpoint primario di efficacia era il tempo necessario alla risoluzione prolungata dei sintomi, definita come l'assenza di 11 sintomi correlati a Covid-19 per 2 giorni consecutivi. Sono state valutate anche la sicurezza e le variazioni della carica virale.

Risultati

Sono stati arruolati un totale di 1.208 pazienti in 35 centri in Cina; 603 sono stati assegnati a ricevere simnotrelvir e 605 a ricevere placebo. Tra i pazienti nella popolazione con intenzione di trattamento modificata che hanno ricevuto la prima dose del farmaco sperimentale o del placebo entro 72 ore dall'insorgenza dei sintomi, il tempo necessario per la risoluzione sostenuta dei sintomi del Covid-19 è stato significativamente più breve nel gruppo simnotrelvir rispetto al gruppo placebo (180,1 ore [intervallo di confidenza al 95% {CI}, da 162,1 a 201,6] rispetto a 216,0 ore [IC al 95%, da 203,4 a 228,1]; differenza mediana, -35,8 ore [IC al 95%, da -60,1 a -12,4]; $P=0,006$ mediante test Peto-Prentice). Il giorno 5, la diminuzione della carica virale rispetto al basale è stata maggiore nel gruppo simnotrelvir rispetto al gruppo placebo (differenza media $[\pm SE]$, $-1,51 \pm 0,14 \log_{10}$ copie per millilitro; IC al 95%, da -1,79 a -1,24). L'incidenza di eventi avversi durante il trattamento è stata maggiore nel gruppo simnotrelvir rispetto al gruppo placebo (29,0% contro 21,6%). La maggior parte degli eventi avversi sono stati lievi o moderati.

Conclusioni

La somministrazione precoce di simnotrelvir più ritonavir ha ridotto i tempi di risoluzione dei sintomi tra i pazienti adulti affetti da Covid-19, senza evidenti problemi di sicurezza.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2301425?emp=marcom&utm_source=nejmlist&utm_medium=email&utm_campaign=aomev2&utm_content=version-a&ssotoken=U2FsdGVkX19YK6pEkLkr%2BlumVIs2g8i66rz0mhD%2BhSSNiJXJ3om0c3uwcaUBmNgt%2Fc0jI0t9bi0X9qbZ2gSX92ge7igYvyQ6lHgFksR%2F55NCIjuXMYFeQUP9kKKhQjs5auNNY2DC0f bH2aUAjtk8gXSIT%2BJ%2FukY1JPETNbN%2F4YHWuTDQGPI8NNAhGG2e92pbyyPhQT48dztwd2%2BrM%2F0MkA%3D%3D&cid=132955294_Whats_Trending&bid=2067404328

Un Piano Pandemico a risorse invariate (se va bene) è una presa in giro

Claudio Maria Maffei

19 GEN -

Gentile direttore,

come sempre tempestivo, Qs ci ha messo a disposizione la [Bozza del nuovo Piano Pandemico](#).

Debbo dire che la sua lettura sconcerata perché sembra scritto nella totale mancanza di consapevolezza di come siano messi i servizi (tutti i servizi) nella stragrande maggioranza, se non la totalità, delle Regioni italiane. Il Piano, sulla cui qualità sugli aspetti di natura squisitamente "tecnica" non entro nel merito, sugli aspetti di carattere economico ed organizzativo sceglie di non prendere posizione.

Ci pensino le istituzioni, è il messaggio che viene fuori, come se quegli aspetti non fossero centrali per la eventuale implementazione del Piano.

Piano che, per trarre utili indicazioni dalla esperienza della prima prolungata ondata epidemica del Covid, dovrebbe coprire due obiettivi: contenere e gestire la condizione epidemica "in sé" e contenere e gestire l'impatto della pandemia sull'intero sistema dei servizi.

In pratica, la minimizzazione degli effetti di una eventuale recrudescenza epidemica dovrebbe trovare preparati sia i servizi direttamente impegnati nella gestione della epidemia "in sé" che tutti gli altri servizi sia a livello territoriale che ospedaliero. Il Piano Pandemico questa seconda criticità nemmeno la prende in considerazione.

Rimaniamo sulla prima criticità, la risposta dei servizi "dedicati" alla pandemia.

Nel Piano viene descritta una sorta di loro risposta "ottimale" e sulle criticità che determineranno un sicuro (e in alcuni casi gravissimo) implementation gap, per dirla in modo fine, si rimanda a scelte successive che dovrebbero essere invece contestuali. A dimostrazione di questo distacco dalla realtà, riporto dalla [efficace sintesi di Giovanni Rodriguez](#) alcune affermazioni tratte dal Piano.

A proposito delle risorse: "Le possibili fonti di finanziamento da utilizzare a copertura delle spese emergenti derivanti dall'applicazione del nuovo Piano sopra citate sono solo 'teoriche' in quanto per l'identificazione effettiva delle coperture finanziarie si rinvia alle valutazioni governative basate sulla verifica degli oneri e delle relative coperture sul saldo netto da finanziare del bilancio dello Stato, sul saldo di cassa delle amministrazioni pubbliche e sull'indebitamento netto del conto consolidato delle pubbliche amministrazioni". A proposito del personale: "appare necessario predisporre azioni volte a rafforzare il personale a disposizione".

A proposito della risposta ospedaliera: "Il potenziamento strutturale dei posti letto previsti dal DL 34/2020 risulta allo stato ancora in fieri e non ancora completato, con uno stato di realizzazione diversificato a livello regionale: nei Piani pandemici regionali sarà necessario programmare la risposta in caso di pandemia facendo riferimento alle dotazioni attuali, prevedendo modifiche in base alla progressiva attivazione di nuovi posti letto".

A proposito dei Dipartimenti di Prevenzione: "Durante la fase di risposta saranno importanti le attività di contenimento o rallentamento della trasmissione attraverso accertamenti diagnostici estesi e il tracciamento sistematico dei contatti. Per questo saranno definiti gli standard organizzativi e di personale dei Dipartimenti di prevenzione, alla luce del nuovo assetto della prevenzione collettiva e di sanità pubblica previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)."

A proposito dei servizi territoriali: "nei Piani pandemici regionali sarà necessario fare riferimento all'assetto dei servizi territoriali in essere e programmare la loro risposta in caso di pandemia, prevedendo comunque la possibilità di apportarvi modifiche in base alla progressiva evoluzione dei servizi verso i nuovi modelli organizzativi realizzata nel periodo di valenza del Piano".

Tutti questi adeguamenti in termini di risorse economiche, di personale e di adeguamento strutturale e organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione, dei servizi territoriali e ospedalieri andava incluso nelle scelte che il Governo e le Regioni hanno fatto e stanno facendo sulla sanità. Ma non solo e non tanto per rispondere alla pandemia in sé, ma per rispondere all'enorme impatto che la stessa ha su tutte le risposte ai bisogni di salute dei cittadini.

Ci rendiamo conto che il Ssn è molto più fragile oggi di quattro anni fa e che se non cambia qualcosa tutto ciò che abbiamo detto e scritto che non sarebbe più dovuto succedere probabilmente ricapiterà, ma non sarà ancora una volta un caso?

E questo riguarderà tutti i principali processi assistenziali, dall'allungamento dei tempi di attesa, compresi quelli degli interventi chirurgici di area oncologica, ai percorsi di presa in carico che saltano, da quelli dei servizi per la salute mentale a tutte le età, a quelli delle malattie croniche come la demenza.

Insomma, il Piano Pandemico che circola in bozza va bene, ma non è tutto quello che serve e probabilmente non è quello che serve di più. Per dirne una: dalla precedente pandemia la funzione epidemiologica non è uscita rafforzata tanto è vero che il nuovo Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, il Prof. Rocco Bellantone, chirurgo, nel [Comunicato stampa](#) in cui commenta il conferimento dell'incarico, per il quale gli faccio i complimenti, nemmeno la nomina.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119589

quotidianosanita.it

Pronto il nuovo piano pandemico 24-28.

I vaccini restano strumento di prevenzione più "efficace". In caso di necessità "sì" a misure che potrebbero limitare le libertà. Le risorse ci saranno ma dovranno essere quantificate
Giovanni Rodriquez

Ridurre gli effetti di una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria sulla salute della popolazione; consentire azioni appropriate e tempestive per il coordinamento a livello nazionale e locale delle emergenze; ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari; tutelare la salute degli operatori sanitari; informare, coinvolgere e responsabilizzare la comunità. Questi gli obiettivi che si prefigge il piano. Per raggiungerli si suggerisce, tra le altre cose, di rafforzare il personale sanitario. In fase di contenimento si prevede la possibilità di poter limitare le libertà individuali.

18 GEN -

Il Governo insieme alle Regioni sono alle battute finali per la stesura del nuovo Piano pandemico 2024-2028. Il documento, sui cui si dovrà siglare l'accordo in sede di Conferenza Stato Regioni, è quasi pronto e Quotidiano Sanità è in grado di anticiparne la bozza. Il Piano, realizzato tenendo in considerazione le indicazioni pubblicate dall'OMS nel 2023 con il documento "Preparedness and Resilience for Emerging Threats Module 1: Planning for respiratory pathogen pandemics Version 1.0", presenta alcune innovazioni rispetto al Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale ([PanFlu](#) 2021-2023).

Questo estende infatti il perimetro ai patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico, presenta una durata quinquennale e definisce un approccio metodologico che può essere applicato a pandemie con diverse caratteristiche epidemiologiche in termini di trasmissibilità, patogenicità e impatto sulla salute dei cittadini e sui servizi sanitari. Al momento però non prevede risorse per la sua realizzazione ma esse, assicurano dal Ministero, ci saranno.

Gli obiettivi specifici del Piano sono i seguenti:

Obiettivo 1: ridurre gli effetti di una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria sulla salute della popolazione, riducendone la trasmissione, la morbilità e la mortalità.

Obiettivo 2: consentire azioni appropriate e tempestive per il coordinamento a livello nazionale e locale delle emergenze, ovvero negli ambiti della sorveglianza integrata, della protezione della comunità, dei servizi sanitari, dell'accesso alle contromisure e del personale sanitario

Obiettivo 3: ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e garantire la continuità dei servizi essenziali.

Obiettivo 4: tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto nella gestione dell'emergenza.

Obiettivo 5: informare, coinvolgere e responsabilizzare la comunità nella risposta ad una pandemia da agenti patogeni respiratori.

Il Piano definisce i ruoli e le responsabilità dell'insieme delle istituzioni del Ssn e delle reti di coordinamento nella preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria nell'ambito dello stato di emergenza nazionale che un tale evento determinerebbe.

Composizione del gruppo di lavoro

Con l'obiettivo di aggiornare il "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023" è stato costituito un gruppo di lavoro che include rappresentanti di tutte le istituzioni partecipanti alla Rete italiana di preparedness pandemica influenzale (l'Iss, l'Aifa, l'Agenas, l'Inail e il Dpc) con l'integrazione di referenti dell'Ispettorato Generale della Sanità

Militare (Igesan), Biotechnopolo di Siena – Centro Nazionale Anti-Pandemico (Cnap) e di esperti designati. Per il Ministero della salute hanno partecipato i referenti designati dalle Direzioni generali della prevenzione sanitaria (Dgprev), della programmazione sanitaria (Dgprog), delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (Dgprof), dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico (Dgfdm), della ricerca e dell'innovazione in sanità (Dgric), della sanità animale e dei farmaci veterinari (Dgsaf), della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica (Dgssiss), della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali (Dgocirei) e del Segretariato Generale (Sg). Per le Regioni, su indicazione del Coordinamento Interregionale area Prevenzione e Sanità Pubblica (Cip) sono stati designati i referenti delle Regioni Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Molise, Puglia, Toscana, Veneto e Trento.

Metodologia

Il gruppo di lavoro così costituito ha definito i principi e la metodologia per l'aggiornamento del Piano. In particolare, si è ritenuto di garantire una continuità con il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, mantenendone l'architettura per il coordinamento (rete di italiana di preparedness pandemica influenzale), la valutazione del rischio e per la realizzazione di scenari epidemiologici e di impatto sui servizi sanitari (Rete Dispatch e Rete per la valutazione microbiologica del rischio pandemico).

Si è deciso, in considerazione delle nuove evidenze tecnico-scientifiche, di prendere come riferimento principale il documento realizzato dall'OMS "Preparedness and Resilience for Emerging Threats Module 1: Planning for respiratory pathogen pandemics Version 1.0"² e di estendere il perimetro del PanFlu 2021-2023 a patogeni a trasmissione respiratoria a maggior potenziale pandemico.

È stato ritenuto prioritario, inoltre, armonizzare il Piano con l'aggiornamento della normativa a livello Europeo sul tema della preparedness e della governance dell'emergenza da parte degli organismi europei (Ce, Ecdc, Ema, Hera) e con le azioni programmatiche attualmente in corso di realizzazione o previste a livello nazionale.

Un elemento importante è stato lo sforzo di sistematizzazione e valorizzazione dell'impianto esistente in termini di normativa, strutture di governance e sistemi di sorveglianza, adottando quindi un'ottica di coordinamento e di sviluppo armonico delle interazioni tra gli attori coinvolti nella preparazione e risposta ad un'emergenza pandemica.

Come già descritto, è stato ritenuto fondamentale realizzare una sintesi dell'approccio metodologico rivolto alla valutazione del rischio di efficace trasmissione interumana in caso di un patogeno a trasmissione respiratoria a potenziale pandemico, considerando la variabilità delle caratteristiche epidemiologiche, microbiologiche e cliniche che questo potrebbe avere, e alla realizzazione di scenari di diffusione epidemiologica e di impatto sui servizi sanitari.

Infine, sono state considerate le riflessioni emerse a seguito dell'esercizio di simulazione (Simex) "Mosaico" realizzato a livello nazionale nell'ambito del PanFlu 2021-2023 e di seguito riassunte come aree da sviluppare nel Piano. In particolare, la Simex "Mosaico" ha evidenziato l'opportunità di introdurre nella nuova pianificazione principi di gradualità nel passaggio dalla fase "interpandemica" a quella di "allerta pandemica", di chiarire la definizione della fase di "allerta pandemica" e di definire segnali per i passaggi di fase e per l'attivazione dei piani regionali. Inoltre, l'esercizio di simulazione ha posto l'attenzione sull'importanza dell'armonizzazione della gestione dei flussi informativi internazionali e dei segnali di allerta; sulla definizione delle funzioni e dei ruoli delle reti di governance, delle procedure per il loro funzionamento, della loro composizione e della loro interazione con il livello decisionale.

Elementi essenziali di programmazione

La programmazione di questo Piano si basa su alcuni elementi essenziali:

- **Pianificazione per fasi operative:** le attività, descritte in modo schematico nella sezione E "Azioni nelle fasi operative", sono pianificate in modo sequenziale per garantire una risposta graduale e mirata in caso di una pandemia.
- **Definizione di ruoli e responsabilità:** nelle tabelle disponibili nella sezione E "Azioni nelle fasi operative" sono chiaramente definiti i ruoli e le responsabilità dei diversi soggetti a livello nazionale e regionale per l'attuazione delle misure. Nella sezione C.1. "Coordinamento dell'emergenza" è riportata la normativa di riferimento a livello nazionale che definisce i ruoli del Dipartimento della Protezione Civile, del Ministero della Salute e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), delle Regioni/PPAA e sono descritte le reti e i network istituiti nell'ambito del "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023", le loro funzioni e i loro aggiornamenti per le finalità dell'attuale Piano.
- **Ciclo di monitoraggio e valutazione:** si sviluppa un ciclo continuo di monitoraggio e valutazione del Piano per garantire l'adozione delle misure previste e per disporre di informazioni aggiornate per guidare il processo di implementazione e aggiornamento del piano.

Questi elementi contribuiranno al raggiungimento degli obiettivi del Piano, rafforzando la preparazione e la capacità di risposta a una futura pandemia a livello nazionale e locale.

Il documento prevede due sezioni generali, “**A. Introduzione**” e “**B. Pianificazione**” mentre gli approcci e le azioni da intraprendere sono declinati nelle sezioni successive.

La sezione “**C. Sistemi e capacità per la preparazione e risposta**” si articola in sette capitoli che descrivono i sistemi attualmente disponibili, le principali azioni e gli approcci trasversali nei diversi ambiti di intervento che sono tra loro interconnessi e costituiscono i pilastri fondamentali per la preparazione, la risposta e la resilienza alle emergenze sanitarie.

Nella sezione “**D. Fasi operative, segnali e valutazione del rischio**” viene descritto l’approccio metodologico operativo per la gestione delle allerte internazionali e nazionali, la valutazione del rischio, i principali parametri per l’interpretazione epidemiologica della pandemia e la valutazione del rischio, la descrizione delle fasi operative e la metodologia per definire il passaggio tra le fasi operative.

La sezione “**E. Azioni nelle fasi operative**” presenta, in forma tabellare, le principali azioni che devono essere intraprese nelle diverse fasi operative.

Tra i principali ambiti di attività, il piano prevede:

- **Rafforzamento dei Dipartimenti di prevenzioni delle ASL.** Durante la fase di risposta saranno importanti le attività di contenimento o rallentamento della trasmissione attraverso accertamenti diagnostici estesi e il tracciamento sistematico dei contatti. Per questo saranno definiti gli standard organizzativi e di personale dei Dipartimenti di prevenzione, alla luce del nuovo assetto della prevenzione collettiva e di sanità pubblica previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Potenziamento dei laboratori di virologia e microbiologia. Con l’obiettivo di disporre sul territorio nazionale di capacità di laboratorio adeguate ai fini di sorveglianza, diagnostica, ricerca avanzata, il Piano prevede un’attività di ricognizione delle strutture attualmente esistenti e delle loro attività per un loro potenziamento.

- **Ricerca.** Per sistematizzare e rafforzare il coordinamento nazionale della ricerca in termini di infrastrutture e meccanismi facilitanti il rapido sviluppo di RCT e la creazione di coorti per la sorveglianza clinica attive anche nei periodi inter-pandemici è stata prevista l’istituzione di una rete di ricerca a copertura nazionale e la realizzazione di un piano nazionale per la ricerca.

- **Valutazione del rischio microbiologico e di previsione e realizzazione di scenari pandemici.** Il rafforzamento/consolidamento delle funzioni di valutazione del rischio microbiologico e di previsione e realizzazione di scenari pandemici con valutazioni di impatto sulla salute umana e sulla tenuta dei servizi sanitari da realizzare in fase interpandemica da parte di esperti (Errore. L’origine riferimento non è stata trovata.):

- Rete MiRiK (MIcrobiologic pandemic RiSk Assessment): per la valutazione di natura microbiologica del rischio pandemico;

- Rete DISPATCH (epiDemic Intelligence, Scenari Pandemici, vAluTazione risCHio): per la valutazione del rischio di diffusione e impatto pandemico sulla salute umana e sui servizi sanitari.

- Il rafforzamento del coordinamento tra gli enti nazionali e le Regioni/PPAA tramite la **Rete italiana di Preparedness Pandemica** che recepisce le valutazioni del rischio realizzate dalle reti tecniche (Errore. L’origine riferimento non è stata trovata.) ed elabora pareri per il Ministro sul passaggio di fase, nonché pareri sulle azioni da implementare e garantisce il confronto tra le diverse istituzioni sia nella fase interpandemica che di allerta e risposta.

- il **potenziamento della sorveglianza integrata per patogeni a trasmissione respiratoria** che possa rilevare e integrare dati da più fonti informative per fornire un quadro il più esaustivo possibile delle allerte potenziali sul territorio nazionale;

- lo sviluppo di un **sistema strutturato di rilevazione e analisi di allerte nazionali e internazionali** con dei criteri condivisi anche tramite la realizzazione di una sala operativa per la gestione di informazioni relative allo stato di preparazione a livello nazionale e a minacce potenzialmente pandemiche presso il Ministero della salute (PHEOC-Public Health Emergency Operations Centre);

- **Contromisure mediche.** La definizione di una strategia a medio-lungo termine per la gestione delle contromisure mediche necessarie per fronteggiare una eventuale pandemia che tenga in considerazione

tanto l'efficacia che la sostenibilità e che permetta l'integrazione tra le scorte regionali di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e Dispositivi medici (DM) previste dal PanFlu 2021-2023 e le scorte nazionali di farmaci. In questa prospettiva il piano prevede la valutazione della possibilità di adottare strumenti per la costituzione di scorte immateriali come la sottoscrizione di Joint Procurement Agreement (JPA) per i vaccini influenzali pre-pandemici e la valutazione della sottoscrizione di contratti di prelazione per l'acquisto di farmaci eventualmente ritenuti utili per la preparazione;

- **Esercizi di simulazione.** La promozione della realizzazione di esercizi di simulazione per testare e migliorare i meccanismi di allerta e risposta a livello nazionale e regionale come strumento fondamentale della pratica di sanità pubblica.

- una stima delle risorse necessarie per la sua implementazione tanto a livello regionale che nazionale a cui seguirà una richiesta di finanziamento, in continuità con quanto già realizzato per il PanFlu 2021-2023.

Un ruolo rilevante viene attribuito ai vaccini. Nel documento si riconosce come, nel contrasto ad una pandemia, "i vaccini rappresentano le misure preventive più efficaci, contraddistinte da un rapporto rischio-beneficio significativamente favorevole. La vaccinazione è caratterizzata da uno spiccato valore solidaristico, in quanto i singoli individui hanno la possibilità di apportare, attraverso la scelta di vaccinarsi, un contributo concreto volto alla protezione di se stessi e, allo stesso tempo, della collettività, in particolare delle persone più fragili. Pertanto, è cruciale la sensibilizzazione delle persone attraverso una comunicazione semplice ed efficace dei benefici e dei rischi correlati a tale atto, contrastando la disinformazione e fornendo risposte adeguate alle preoccupazioni e alle incertezze. Nella comunicazione di una eventuale campagna vaccinale pandemica, devono altresì essere opportunamente chiariti i limiti della vaccinazione, che deve essere comunque affiancata dall'adozione di buone norme di prevenzione volte al contenimento del contagio".

Nel contrasto ad una pandemia, si prevede anche in questo caso, come già successo negli anni del Covid, la possibilità di assumere decisioni che vadano a limitare la libertà personale. "Un contesto nell'ambito del quale il diritto alla tutela della salute esige limitazioni di altre libertà del singolo e della collettività è sicuramente quello che si caratterizza per la diffusione di malattie infettive: l'epidemia è un fatto emergenziale, empiricamente individuato e scientificamente provato, che mettendo in pericolo la salute dei singoli e la sopravvivenza della comunità nel suo insieme, impone al decisore pubblico di individuare le soluzioni idonee a neutralizzare o minimizzare i rischi anche attraverso le limitazioni di distinti diritti e libertà fondamentali", si spiega nel piano.

La possibilità di introdurre limitazioni alle libertà fondamentali per accadimenti legati alle esigenze di tutela della salute "non discende solo dalla sua coesistente natura di 'interesse della collettività' che lo riconduce nel novero dei diritti sociali ma anche dal principio fondamentale di solidarietà sociale evincibile dall'art. 2 della Costituzione in forza del quale ciascun consociato è tenuto a rinunciare ad una quota dei diritti della propria sfera di libertà per esigenze superiori connesse alla comune appartenenza ad una comunità organizzata vieppiù quando sia messa in pericolo la sua stessa esistenza.

Il diritto alla salute, pur non potendo in alcun caso assumere, nei giudizi di bilanciamento dei valori costituzionali, i connotati del c.d. diritto tiranno, rappresenta oggettivamente una vera e propria precondizione per il riconoscimento e per la effettiva fruibilità dei diritti di libertà. Infatti, proprio in ragione della sua natura bivalente, il diritto alla salute giustifica, nelle situazioni di emergenza sanitaria di conclamata gravità, l'adozione di misure che limitano quei diritti fondamentali dell'individuo il cui pieno esercizio è, tuttavia, incompatibile con le misure di prevenzione e di contrasto della pandemia necessarie, secondo i più accreditati protocolli scientifici, alla tutela della salute individuale e collettiva", si legge.

Coordinamento dell'emergenza, quadro normativo di riferimento. Di fronte ad una pandemia di carattere eccezionale, si può presentare la necessità e l'urgenza di adottare misure relative ad ogni settore e un necessario coordinamento centrale che solo il Presidente del Consiglio dei ministri può svolgere in ragione della sua posizione di garante dell'unità di indirizzo politico e amministrativo che assicura promuovendo e coordinando l'attività dei ministri. "In questo contesto - si legge nel Piano - il tradizionale strumento dell'ordinanza contingibile e urgente adottata dal Ministro della Salute, pur mantenendo un ruolo centrale nella gestione dell'emergenza, appare non sufficiente per il governo complessivo della molteplicità di interessi e di settori incisi dall'emergenza sanitaria.

La scelta del Dpcm quale strumento centrale di governo dell'emergenza sanitaria riflette dunque la posizione costituzionale del presidente del Consiglio quale garante dell'unità di indirizzo dell'azione di governo e di bilanciamento dei molteplici interessi pubblici".

Le risorse restano però un'incognita. Il sostegno sul Piano finanziario è fondamentale sia per la fase di "prevenzione, preparazione e valutazione del rischio", per le fasi di "allerta" e "risposta", sia nelle fasi successive fino alla piena ripresa dell'operatività dell'intero sistema economico-produttivo, della sicurezza sociale, assistenziale e sanitaria italiana. "Le possibili fonti di finanziamento da utilizzare a copertura delle spese emergenti derivanti dall'applicazione del nuovo Piano sopra citate sono solo 'teoriche' in quanto per l'identificazione effettiva delle coperture finanziarie si rinvia alle valutazioni governative basate sulla verifica degli oneri e delle relative coperture sul saldo netto da finanziare del bilancio dello Stato, sul saldo di cassa delle amministrazioni pubbliche e sull'indebitamento netto del conto consolidato delle pubbliche amministrazioni".

Interventi non farmacologici per la popolazione generale. Gli interventi non farmacologici (noti anche come interventi di mitigazione comunitaria, "Non pharmacological interventions", NPI) sono un gruppo eterogeneo di misure di prevenzione che le persone e le comunità possono adottare. **Tra questi, ad esempio, si possono annoverare: chiusura attività lavorative non essenziali, chiusura delle scuole, distanziamento fisico, limitazione degli assembramenti, limitazione degli spostamenti e uso di mascherine.**

"Gli Npi giocano un ruolo di rilievo sulla capacità di controllare la circolazione del patogeno per determinarne la soppressione/controllo. Essi quindi sono applicabili, sia pure in tipologia e modalità diversa, sia nelle fasi di contenimento che di controllo. Alcuni Npi, possono incidere sulle libertà personali (ad esempio, quarantena/isolamento) e devono essere sostenuti sia da un processo decisionale trasparente basato sulle conoscenze e sulle evidenze disponibili sia da solidi quadri giuridici ed etici identificati già in fase di prevenzione, preparazione e valutazione del rischio e in fase di allerta", si spiega.

Organizzazione ospedaliera. Nel corso della pandemia da Sars-CoV-2, sono state adottate alcune misure di potenziamento (Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020 e Circolare n. 11254 del 29/05/2020) che hanno previsto un incremento strutturale delle dotazioni ospedaliere:

- **0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia Intensiva**, comprensiva dell'adeguamento dei posti letto di terapia intensiva nei centri Hub pediatrici, con dotazione a regime di 8.679 posti letto, di cui 3.500 di nuova attivazione;

- **0,07 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia semintensiva**, di cui il 50% dotati di strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio per l'immediata conversione in posti letto di Terapia Intensiva, ed il restante 50% dotati di ventilatori non invasivi, con dotazione a regime di 4.225 posti letto complessivi, di cui 2.113 convertibili in posti letto di Terapia Intensiva.

"Il potenziamento strutturale dei posti letto previsti dal DL 34/2020 risulta allo stato ancora in fieri e non ancora completato, con uno stato di realizzazione diversificato a livello regionale: nei Piani pandemici regionali sarà necessario programmare la risposta in caso di pandemia facendo riferimento alle dotazioni attuali, prevedendo modifiche in base alla progressiva attivazione di nuovi posti letto".

Organizzazione territoriale. La nuova organizzazione prevede l'introduzione di "modelli organizzativi ed assistenziali innovativi che presentano le caratteristiche di aggregazione e univocità di governo necessarie per supportare efficacemente lo sforzo organizzativo legato ad una emergenza pandemica". Alcuni di questi, come le Case della Comunità, gli Ospedali di comunità, le Centrali Operative Territoriali, sono finanziati e monitorati quali obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) Missione 6 Salute Componente 1, ed altri come la Centrale Operativa, le Unità di continuità Assistenziale (Uca), gli Infermieri di Famiglia e Comunità (Ifc) sono stati finanziati con la manovra 2022.

Lo stato di realizzazione di questo disegno organizzativo risulta tuttavia molto diversificato a livello nazionale: di conseguenza "nei Piani pandemici regionali sarà necessario fare riferimento all'assetto dei servizi territoriali in essere e programmare la loro risposta in caso di pandemia, prevedendo comunque la possibilità di apportarvi modifiche in base alla progressiva evoluzione dei servizi verso i nuovi modelli organizzativi realizzata nel periodo di valenza del Piano".

Personale sanitario. La possibilità di fare affidamento su una forza lavoro adeguata sia in termini quantitativi che qualitativi rappresenta un elemento fondamentale per assicurare un'opportuna risposta in caso di insorgenza di un evento pandemico. La disponibilità di personale sanitario opportunamente

formato rappresenta uno strumento fondamentale non solo per rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale e per migliorare la salute della popolazione, ma anche per costruire un senso di fiducia nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale. Al fine di assicurare di avere a disposizione una forza lavoro adeguata, sia qualitativamente che quantitativamente, per mettere in campo le azioni necessarie nelle diverse fasi dell'evento pandemico, appare **necessario predisporre azioni volte a rafforzare il personale a disposizione**.

Formazione. La formazione sulle tematiche correlate ai piani pandemici è considerata elemento essenziale per la risposta alle allerte e agli eventi pandemici (in tutte le fasi), in particolare relativamente alle attività di preparedness. La pandemia da Covid ha avuto un impatto sui sistemi sanitari e ha fatto emergere in modo chiaro il ruolo strategico della formazione in sanità pubblica di tutto il personale che si occupa di salute a vario titolo.

Contenimento. In fase di risposta (contenimento) si attuano le azioni necessarie per contenere la diffusione dell'epidemia, quali: misure di contenimento su base locale, (isolamento dei casi, quarantena dei contatti, test diagnostici e assistenza sanitaria, etc.) che vengono immediatamente attivate dalle autorità sanitarie (ovvero Aziende sanitarie locali o provinciali, sindaci e presidenti di Regione); misure previste dal piano di contingenza patogeno-specifico realizzato in fase di allerta che, per limitare la diffusione territoriale, possono caratterizzarsi per la necessità di un'implementazione tempestiva, anche in presenza di informazioni limitate secondo il principio di precauzione.

Tra le possibili misure che potrebbero essere identificate all'interno del piano di contingenza troviamo, ad esempio: chiusura delle scuole, chiusura delle attività lavorative non essenziali, distanziamento sociale, limitazione assembramenti e permanenza a casa.

"Questo piano - conclude il documento - rappresenta, quindi, uno strumento di pianificazione per la fase interpandemica e uno strumento tecnico a supporto delle decisioni che possono essere adottate ai diversi livelli amministrativi e da diversi attori nelle fasi di allerta e risposta".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=119551

Science

Quattro coronavirus che causano il raffreddore possono fornire indizi sul futuro di COVID

Gli agenti patogeni poco conosciuti potrebbero essere stati una volta molto più letali, suggerendo che la SARS-CoV-2 potrebbe evolversi in un virus più delicato

Jon Cohen

Nel giro di poche settimane, nel novembre 1889, una malattia respiratoria colpì metà dei residenti di San Pietroburgo, in Russia, e presto iniziò a diffondersi in tutta Europa e nel resto del mondo. Due anni dopo, in un [libro straordinariamente dettagliato](#), un ufficiale medico britannico, H. Franklin Parsons, descrisse quella che fu soprannominata l'epidemia di "influenza russa", che imperversò fino al 1894. Le persone sembravano diffondere la malattia prima di sviluppare i sintomi, i giovani no. soffrivano quanto gli anziani, tra i malati era comune la tosse secca, alcuni avevano una "perversione del gusto e dell'olfatto", e i decessi aumentavano. Erano forti i sospetti che un agente patogeno fosse passato da un animale all'uomo.

Sembra COVID-19?

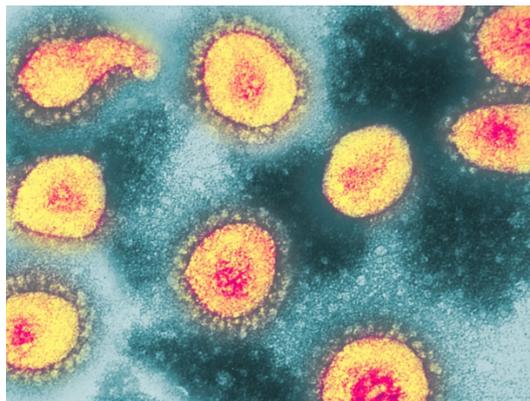
Nel 2005, gli scienziati belgi hanno proposto che la causa della precedente pandemia non fosse un virus influenzale, ma piuttosto un coronavirus. Tre anni prima che la loro teoria fosse pubblicata, un coronavirus era passato da un animale all'uomo, provocando un'epidemia altamente letale di quella che veniva chiamata sindrome respiratoria acuta grave (SARS). La malattia si è diffusa dalla Cina e ha portato nuova attenzione su questi virus un tempo oscuri. Il team belga si è chiesto se qualcosa di simile fosse accaduto in Russia più di un secolo fa.

Sulla base di indizi molecolari, hanno suggerito che il virus un tempo mortale circola ancora oggi, come un coronavirus noto come OC43 che nella maggior parte delle persone non provoca niente di peggio di un

raffreddore. Finora non ci sono prove dirette a sostegno della teoria del gruppo, ma altri due team sperano presto di esaminare campioni di tessuti della fine del XIX secolo per vedere se riescono a individuare quando il virus è diventato per la prima volta un agente patogeno umano.

Questa imminente ricerca delle radici di OC43 fa parte di una raffica di ricerche, da quando il COVID-19 è scoppiato a livello globale 4 anni fa, questo mese, su di esso e sugli altri tre coronavirus che causano il raffreddore comune. A lungo ignorati, tranne che da una piccola comunità scientifica, questi agenti patogeni dai nomi goffi e alfanumerici – NL63, 229E e HKU1 sono gli altri tre – stanno ora ottenendo ciò che meritano.

Alcuni gruppi stanno riesaminando il modo in cui i virus sono passati dagli animali alle persone, in parte per capire come potrebbe essere emersa la SARS-CoV-2, la causa del COVID-19. Lo studio dei quattro potrebbe anche chiarire se altri coronavirus scoperti negli animali selvatici e domestici rappresentino una minaccia per l'umanità. E alcuni scienziati stanno esplorando il modo in cui le risposte immunitarie a questi quattro si sovrappongono e interagiscono con la risposta alla SARS-CoV-2.



Il coronavirus umano soprannominato OC43 SCOTT CAMAZINE/SCIENCE SOURCE

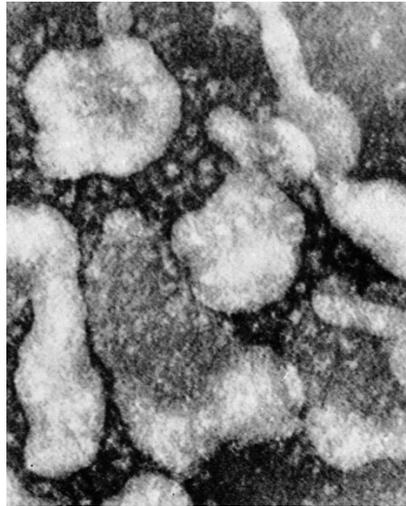
I quattro virus attualmente compaiono ogni autunno e inverno, rappresentando fino al 30% dei raffreddori che sopportiamo. Ma tutti potrebbero aver causato una volta malattie più gravi, suggerendo ad alcuni virologi di offrire uno sguardo promettente sul futuro del COVID-19. "Quei quattro sono il sistema modello di ciò che ci aspetta", prevede Lia van der Hoek, virologa dei Centri medici dell'Università di Amsterdam che nel 2003 scoprì NL63. "Il SARS-CoV-2 diventerà un comune raffreddore. Almeno questo è quello che vogliamo."

IL PRIMO CORONAVIRUS UMANO è stato isolato 6 decenni fa dal naso che cola dei ragazzi delle scuole inglesi. Nell'inverno 1960-1961, il virologo David Tyrrell, che dirigeva la Common Cold Unit nel Regno Unito, e i suoi colleghi [cercarono i virus](#) nella sostanza appiccicosa dei fazzoletti dei ragazzi. Quando non sono riusciti a identificare alcun virus del raffreddore conosciuto, hanno inoculato a volontari adulti estratti dei lavaggi nasali per confermare che qualcosa nei campioni causava il raffreddore.

ANNUNCIO

Tuttavia, nulla di quei campioni portatori di malattie crescerebbe nei terreni di coltura standard. Così si sono rivolti a uno [strano sistema di coltura](#) recentemente sviluppato per alcuni virus dell'influenza e degli adenovirus: cellule portatrici di ciglia provenienti dalla trachea – l'habitat naturale dei virus respiratori – estratte da feti abortiti. Un campione, denominato B814, ha prodotto un nuovo virus. "Dopo notevoli dubbi iniziali, ora crediamo che il ceppo B814 sia un virus praticamente estraneo a qualsiasi altro virus conosciuto del tratto respiratorio umano", [riferirono Tyrrell e colleghi nel 1965](#).

L'anno successivo Tyrrell inviò campioni di B814 a June Almeida, una talentuosa microscopista elettronica che non aveva una laurea, al St. Thomas 'Hospital di Londra. Lei riferì di aver visto particelle virali simili in campioni di polli con bronchite infettiva e topi con epatite, sebbene non avesse potuto pubblicare le sue osservazioni. "Gli arbitri hanno detto che le immagini che ha prodotto erano solo brutte immagini di particelle di virus dell'influenza", ha scritto Tyrrell in un libro di cui è coautore, [Cold Wars: The Fight Against the Common Cold](#).



Il microscopista elettronico June Almeida (prima immagine, nel 1963) scoprì che il virus umano soprannominato B814 (seconda immagine) somigliava ad alcuni virus di pollo e di topo nella sua forma e nell'"alone" circostante. (PRIMA IMMAGINE) NORMAN JAMES/TORONTO STAR TRAMITE GETTY IMAGES; (SECONDA IMMAGINE) IMMAGINI DI STORIA DELLA SCIENZA/ALAMY

Le sue nuove immagini di B814 dimostravano in modo convincente che i vari virus erano un gruppo correlato e non riconosciuto. "Allora come dovremmo chiamarli? 'Simil-influenzale' sembrava un po' debole, un po' vago e probabilmente fuorviante", ha ricordato Tyrrell. Ma lui e Almeida hanno notato "una sorta di alone che li circondava... e così è nato il nome coronavirus".

Nello stesso periodo, gli specialisti in malattie infettive Dorothy Hamre e John Procknow dell'Università di Chicago stavano conducendo la loro caccia a nuovi virus del raffreddore negli studenti di medicina di lì. Nel 1966, riferirono di aver coltivato un virus, designato 229E, da un partecipante che aveva una "malattia respiratoria superiore minore". Hanno dato campioni a Tyrrell, la cui squadra ha infettato intenzionalmente le persone con esso e ha dimostrato, sempre con il conteggio dei fazzoletti, che il 229E causava un lieve raffreddore, à la B814. I due virus sembravano identici al microscopio, ma i ricercatori sono riusciti ad adattare solo il 229E a una linea cellulare e il B814 è andato perduto nella storia prima che potesse aver luogo qualsiasi confronto genetico.

I ricercatori dietro uno studio sul raffreddore di lunga durata presso il National Institutes of Health (NIH) degli Stati Uniti nel 1967 hanno riportato quello che si sarebbe rivelato un secondo coronavirus chiaramente distinto, OC43. "Abbiamo invitato i dipendenti dell'NIH a venire all'Edificio 7, terzo piano se avevi il raffreddore, e saremmo molto lieti di lavarti le vie nasali e raccogliere i liquidi", ricorda Ken McIntosh, allora giovane medico che ha gestito il progetto nel laboratorio di Robert Chanock. Ancora una volta, la microscopia elettronica ha mostrato un virus di forma simile a quello che causa la bronchite infettiva aviaria. (Inizialmente, McIntosh poteva coltivarlo solo nel terreno di coltura dell'organo utilizzato da Tyrrell, da cui l'OC nel nome dell'isolato, ma alla fine anche questo fu adattato a una linea cellulare.)

Eppure la ricerca sui nuovi virus languiva. "Lavorare con loro era così imbarazzante e difficile che nessuno voleva farlo", afferma McIntosh. Nel gennaio 2003 erano apparsi solo poche centinaia di studi sui coronavirus umani e la maggior parte di coloro che facevano ricerche sul coronavirus erano interessati a quelli che facevano ammalare gli animali. "Le persone [del Coronavirus] che studiavano medicina umana erano rare", afferma il virologo dell'Università di Leiden Eric Snijder, che ricorda di aver lottato quel gennaio per attirare gli scienziati a un incontro da lui co-organizzato sui nidovirus, l'ordine che include i coronavirus.

Poi, nell'aprile del 2003, i ricercatori riferirono che la polmonite mortale e atipica che si diffondeva in Cina, che presto sarebbe stata chiamata SARS, era causata da un coronavirus. Quando la malattia cominciò ad ammalare persone altrove e scatenò l'allarme internazionale, le registrazioni dell'ultimo minuto per l'incontro di maggio salirono da 130 a 170, e la SARS fu aggiunta al programma. Un coronavirus umano aveva finalmente attirato l'attenzione della comunità scientifica più ampia e presto ne furono scoperti altri due.

Van der Hoek ha trovato quello che ha chiamato NL63 in un campione nasale di una bambina di 7 mesi nei Paesi Bassi che recentemente aveva febbre, occhi rosa e naso che cola. Il laboratorio di Ron Fouchier presso il vicino Erasmus Medical Center scoprì simultaneamente quello che sembrava essere lo stesso virus, e i risultati di entrambi i team apparvero online a poche settimane di distanza l'uno dall'altro all'inizio della primavera del 2004. Prima della fine dell'anno, un team guidato da un microbiologo clinico Patrick Woo dell'Università di Hong Kong ha scoperto un altro coronavirus umano, HKU1, in un uomo di 71 anni affetto da una polmonite inspiegabile.

Sia van der Hoek che Woo, ora alla National Chung Hsing University, dubitano che ci siano più coronavirus umani circolanti su larga scala che i ricercatori devono ancora rilevare. "Per anni, anni e anni, le persone hanno sottoposto a screening campioni respiratori... e nessun altro coronavirus [del raffreddore comune] è stato identificato", afferma van der Hoek. "Sono convinto che esistano solo quei quattro."

Ma alcuni coronavirologi veterani sono più cauti. "Come potrebbero essercene solo quattro?" si chiede Susan Weiss dell'Università della Pennsylvania, che studia i coronavirus da 40 anni. "Non ha senso per me." Stanley Perlman dell'Università dell'Iowa, un altro veterano del coronavirus, afferma che è importante continuare a cercare nuovi esseri umani. "Nel 2002, quando abbiamo avuto 229E e OC43, sentivamo di aver finito", afferma Perlman. "Ci inganniamo sempre quando pensiamo di aver finito."

NEL GIRO DI POCHI ANNI dalla scoperta del coronavirus che causò la SARS, gli scienziati avevano delineato uno scenario di origine convincente. Un virus presente negli **zibetti e nei cani procione** venduti nei mercati della Cina meridionale corrispondeva a quello che faceva ammalare gli esseri umani, e un virus successivamente trovato nei pipistrelli sembrava essere il suo antenato. Ciò ha innescato una spinta internazionale per campionare pipistrelli e altri animali per i coronavirus che potrebbero rappresentare una minaccia per gli esseri umani, portando alla catalogazione di migliaia di sequenze virali. Sebbene la maggior parte di questi coronavirus sia stata identificata solo sequenziando frammenti del loro genoma – ottenere virus intatti che crescono in coltura è spesso difficile – la famiglia virale è chiaramente abbondante in molte specie. E altri mammiferi sembrano essere la fonte di tutti i coronavirus conosciuti che causano il raffreddore.

Storia familiare

I coronavirus si sono ripetutamente diffusi da pipistrelli o roditori – il serbatoio naturale per molti di loro – ad altri animali come cammelli, mucche o zibetti prima di trasmettersi agli esseri umani. Con la SARS-CoV-2, i cani procione e altri mammiferi venduti nel mercato di Wuhan, in Cina, avrebbero potuto essere ospiti intermedi, anche se ciò rimane controverso.

Natural reservoir host Intermediate host Human virus Discovered | genus HKU12004 | beta SARS-CoV-12003 | beta MERS-CoV2012 | beta SARS-CoV-22020 | beta 229E1962 | alpha OC431966 | beta NL632003 | alpha ??? KILLER COUSINS COLD CORONAS

Testo alternativo per l'immagine precedente

	Virus umano	Ospite serbatoio naturale	Ospite intermedio	Scoperto	Genere
	229E	Pipistrello	Cammello	1962	alfa
CORONA	OC43	Roditore	Mucca	1966	beta
FREDDA	NL63	Pipistrello	Sconosciuto	2003	alfa
	HKU1	Roditore	Sconosciuto	2004	beta
	SARS-CoV-1	Pipistrello	Zibetto	2003	beta
	MERS-CoV	Pipistrello	Cammello	2012	beta
CUGINI ASSASSINI	SARS-CoV-2	Pipistrello	Sconosciuto, ma forse mammifero venduto al mercato, qui rappresentato da sagome indistinte in gabbia	2020	beta

I ricercatori belgi che studiavano la pandemia del 1890, ad esempio, sequenziarono il genoma di OC43 e trovarono somiglianze genetiche "notevoli" con un coronavirus riscontrato nelle mucche. Utilizzando i tassi di mutazione stimati del virus bovino e dell'OC43, hanno creato un orologio molecolare e hanno calcolato che i due virus condividevano un antenato comune da qualche parte intorno al 1890. (L'intervallo andava dal 1815 al 1918). Il cugino bovino si è diffuso negli esseri umani come un agente patogeno molto più letale e nel tempo è diventato l'OC43 relativamente mite visto oggi.

"Sembrava una coincidenza interessante che quando abbiamo stimato il tempo di divergenza tra il virus bovino e l'OC43 umano, fosse sostanzialmente esatto la data che ci si aspetterebbe per l'epidemia di influenza russa", afferma Philippe Lemey della KU Leuven, coautore di lo studio, pubblicato sul *Journal of Virology*. Lui e i suoi

colleghi sottolinearono che tra il 1870 e il 1890 un'epidemia di polmonite tra le mucche portò ad un "abbattimento di massa" degli animali nei paesi industrializzati. Ciò ha fornito "ampia opportunità al personale addetto all'abbattimento di entrare in contatto con le secrezioni respiratorie bovine" che avrebbero potuto contenere il precursore dell'OC43, hanno scritto.

Nel 2022, un team francese ha pubblicato uno studio su *Microbial Biotechnology* riportando prove biologiche "molto preliminari" a sostegno dell'ipotesi OC43: hanno trovato anticorpi contro il virus nella polpa dentale dei soldati della prima guerra mondiale che erano vivi al tempo dell'influenza russa e morì in battaglia nel 1914.

Nessuna delle analisi che collegano l'OC43 all'influenza russa convince Michael Worobey, un biologo evoluzionista dell'Università dell'Arizona che ha collaborato con Lemey in studi di alto profilo sull'origine della SARS-CoV-2. "Lo considero estremamente improbabile", afferma Worobey. Come ha sostenuto in un articolo del 2014 pubblicato negli *Atti della National Academy of Sciences*, "prove convincenti" collegano l'epidemia globale a una specifica variante virale dell'influenza, compreso uno studio su campioni conservati di persone nate nel lontano 1876 che hanno trovato anticorpi contro un nuovo virus influenzale risalente ai tempi della pandemia.

Worobey spera ora di risolvere il dibattito ottenendo tessuti archiviati da persone visitate in un ospedale di Londra intorno al 1890 e cercando sequenze genetiche persistenti di influenza o coronavirus. Anche un gruppo di ricerca spagnolo ha identificato "campioni idonei" di quel periodo nel Museo basco di storia della medicina e della scienza. Ha intenzione di sondarli presto.

Si ritiene che anche gli altri comuni coronavirus del raffreddore siano saltati dagli animali. I pipistrelli *Hipposideros* in Ghana ospitano un parente del 229E, ha riferito nel 2009 un team guidato dal virologo Christian Drosten, ora presso l'ospedale universitario Charité di Berlino. I ricercatori hanno stimato che il virus del pipistrello e il 229E hanno un antenato comune che risale al 1659 e il 1803, suggerendo che quello fu il periodo in cui trovò la strada per raggiungere gli esseri umani.

Come il virus della SARS, potrebbe essere arrivato attraverso una specie intermedia. Gli studi, alcuni condotti dal team di Drosten, hanno trovato parenti del 229E in dromedari sani nella penisola arabica e in Africa, confermando la teoria. Il team di Drosten ha anche tracciato un percorso dal pipistrello al cammello fino all'uomo per il coronavirus altamente letale che causa la sindrome respiratoria del Medio Oriente, riconosciuto per la prima volta nel 2012. Uno scenario simile sembra probabile anche per SARS-CoV-2, che alcune prove suggerisce che potrebbe essere passato dai pipistrelli alle persone attraverso un animale ospite come i cani procione o altre specie sensibili note per essere state vendute in un mercato alimentare di Wuhan, in Cina, che ha avuto il primo gruppo di casi di COVID-19.

.....

https://www.science.org/content/article/four-cold-causing-coronaviruses-may-provide-clues-covids-future?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5058682

COMMENTO | PRIMA IN LINEA

sottoscriviti Salva Condividere

Ottimizzazione della durata del trattamento antibiotico nella polmonite associata al ventilatore

Emma D. Johnson • James D Chalmers ✉

Pubblicato: 22 gennaio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00490-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00490-3)

Check for updates

La polmonite associata al ventilatore (VAP) è una delle complicanze più frequenti del ricovero in unità di terapia intensiva (UTI) ed è associata a maggiori costi sanitari, degenza prolungata in terapia intensiva e elevata mortalità. Gli organismi Gram-negativi rappresentano la maggior parte dei casi di VAP. I bacilli Gram-negativi non fermentanti, in particolare *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, sono emersi come agenti patogeni chiave. Le meta-analisi hanno mostrato una prevalenza di resistenza multifarmaco del 19,7–87,5% nelle persone con VAP causata da *P aeruginosa* e fino al 79,9% nelle persone con VAP causata da *A baumannii*.

I bacilli Gram-negativi non fermentanti sviluppano resistenza attraverso una serie di meccanismi, tra cui: produzione di β -lattamasi; alterazione delle porine della membrana esterna per impedire la penetrazione degli antibiotici; espressione delle pompe di efflusso; acquisizione di geni di resistenza; e formazione di biofilm protettivi. Condividono anche adattamenti comuni alla virulenza, inclusi sistemi di secrezione, lipopolisaccaridi superficiali e fattori di aderenza.

La VAP causata da questi agenti patogeni è associata a un aumento significativo della mortalità.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00490-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00490-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

nature

Le tracce dell'invecchiamento degli organi nel proteoma plasmatico tracciano la salute e la malattia

Hamilton Se-Hwee Oh , Jarod Rutledge , Daniele Nachun , Robert Palovics , ... Tony Wyss-Coray

Natura volume 624 , pagine164–172 (2023) [Citare questo articolo](#)

Astratto

Gli studi sugli animali mostrano che l'invecchiamento varia da individuo a individuo nonché da un organo all'altro di un individuo ¹ ² ³ ⁴, ma non è noto se ciò sia vero negli esseri umani e il suo effetto sulle malattie legate all'età.

Abbiamo utilizzato i livelli di proteine del plasma sanguigno umano provenienti da organi specifici per misurare le differenze di invecchiamento organo-specifiche negli individui viventi. Utilizzando modelli di apprendimento automatico, abbiamo analizzato l'invecchiamento in 11 organi principali e stimato l'età riproducibile degli organi in cinque coorti indipendenti che comprendono 5.676 adulti nell'arco della vita umana. Abbiamo scoperto che quasi il 20% della popolazione mostra un'età fortemente accelerata in un organo e l'1,7% ha un'età multiorgano.

L'invecchiamento accelerato degli organi conferisce un rischio di mortalità più elevato del 20-50% e le malattie organo-specifiche sono correlate a un invecchiamento più rapido di tali organi. Abbiamo scoperto che gli individui con invecchiamento cardiaco accelerato hanno un rischio di insufficienza cardiaca aumentato del 250% e l'invecchiamento

accelerato del cervello e dei vasi predittivi della progressione della malattia di Alzheimer (AD) indipendentemente e con la stessa forza del pTau-181 plasmatico (rif. [5](#)), il miglior metodo attualmente basato sul sangue biomarcatore per l'AD. I nostri modelli collegano la calcificazione vascolare, le alterazioni della matrice extracellulare e la perdita di proteine sinaptiche al declino cognitivo precoce. Introduciamo un metodo semplice e interpretabile per studiare l'invecchiamento degli organi utilizzando dati di proteomica del plasma, prevedendo malattie ed effetti dell'invecchiamento.

Principale

L'invecchiamento provoca un deterioramento della struttura e della funzione dei tessuti in tutto l'organismo che aumenta drasticamente il rischio della maggior parte delle malattie croniche.

Studi approfonditi sui cambiamenti molecolari che si verificano con l'invecchiamento in più organi nei topi hanno identificato traiettorie e tempi di invecchiamento molecolare unici [1](#)·[2](#)·[3](#)·[4](#), nonché suscettibilità e resilienza alle malattie dell'invecchiamento in organi specifici come cervello, cuore e reni varia sostanzialmente all'interno della popolazione [6](#).

Tuttavia, si sa poco su come gli organi umani cambiano a livello molecolare con l'età.

Una comprensione molecolare dell'invecchiamento degli organi umani è di fondamentale importanza per affrontare il massiccio carico globale di malattie legate all'invecchiamento e potrebbe rivoluzionare la cura dei pazienti, la medicina preventiva e lo sviluppo di farmaci [7](#). In particolare, studi preclinici hanno dimostrato che gli interventi di ringiovanimento colpiscono gli organi in modo diverso [3](#)·[8](#). Per tradurre questi studi in medicine trasformative, dobbiamo essere in grado di misurare accuratamente l'invecchiamento in tutto il corpo e comprendere la diversità dell'invecchiamento umano non solo tra gli individui ma anche all'interno degli stessi.

Sebbene siano stati sviluppati numerosi metodi per misurare l'invecchiamento molecolare negli esseri umani [9](#)·[10](#)·[11](#), la maggior parte di essi fornisce un'unica misura dell'invecchiamento per l'intero corpo.

Ciò è difficile da interpretare data la complessità delle traiettorie di invecchiamento umano. Alcuni metodi recenti hanno utilizzato marcatori di chimica clinica che includono alcuni marcatori della funzione d'organo [12](#)·[13](#)·[14](#)·[15](#).

Tuttavia, molti di questi marcatori hanno una bassa specificità d'organo, il che li rende difficili da interpretare per l'invecchiamento organo-specifico.

I metodi per misurare l'invecchiamento cerebrale hanno utilizzato misurazioni del volume cerebrale e della connettività funzionale basate sulla risonanza magnetica, che sono costose e non forniscono informazioni molecolari [16](#), o hanno richiesto campioni di tessuto, il che ne impedisce l'applicazione su persone viventi [17](#). Basandosi sulla ricchezza della letteratura e della pratica clinica che utilizza determinate proteine plasmatiche organo-specifiche per valutare in modo non invasivo aspetti della salute dell'organo, come l'alanina transaminasi per il danno epatico, abbiamo ipotizzato che la quantificazione completa delle proteine organo-specifiche nel plasma potrebbe consentire una valutazione minimamente invasiva e monitoraggio dell'invecchiamento umano per qualsiasi organo.

Le proteine plasmatiche possono modellare l'invecchiamento degli organi

Per testare questo, abbiamo misurato 4.979 proteine in un totale di 5.676 soggetti in cinque coorti indipendenti (Tabella supplementare [1](#)) e mappato il presunto proteoma plasmatico organo-specifico, che abbiamo utilizzato per addestrare modelli di invecchiamento degli organi (Fig. [1a](#)).

Abbiamo mappato il proteoma plasmatico organo-specifico utilizzando i dati del sequenziamento dell'RNA in massa di organi umani (RNA-seq) del progetto Genotype-Tissue Expression (GTEx) [18](#).

Abbiamo classificato i geni come "arricchiti di organi" se erano espressi almeno quattro volte più in alto in un organo rispetto a qualsiasi altro organo, secondo la definizione proposta nell'Atlante delle proteine umane [19](#) (Dati estesi Fig. [1](#), Tabelle supplementari [2](#) e [3](#), e [metodi](#)). Abbiamo annotato con queste informazioni le 4.979 proteine umane misurate dal test SomaScan e abbiamo scoperto che 893 (18%) proteine soddisfacevano questa definizione, con il numero più alto proveniente dal cervello.

Abbiamo eseguito un ulteriore controllo di qualità per rimuovere le proteine con un elevato coefficiente di variazione o una bassa correlazione tra le due diverse versioni del test SomaScan presenti nelle nostre coorti, lasciandoci con 4.778 proteine (856 arricchite con organi, 17,9%) che sono state utilizzate per il downstream analisi (Figura [1](#) supplementare e Tabelle supplementari [4](#) e [5](#)).

Sulla base di questo concetto, abbiamo addestrato un insieme di modelli di invecchiamento dell'operatore di contrazione e selezione minima assoluta (LASSO) per 11 organi principali utilizzando le proteine arricchite di organi mutuamente esclusive che abbiamo identificato come input (Fig. [1a](#), Dati estesi Fig. [2a,b](#), Figura supplementare [3](#) e Tabelle supplementari [6](#)–[8](#)).

Abbiamo scelto di limitare le nostre analisi al tessuto adiposo, alle arterie, al cervello, al cuore, al tessuto immunitario, all'intestino, ai reni, al fegato, ai polmoni, ai muscoli e al pancreas a causa del loro contributo relativamente ben compreso alle malattie dell'invecchiamento e della disponibilità di importanti informazioni correlate all'età. dati fenotipici nelle coorti testate.

Abbiamo anche addestrato un modello di invecchiamento "organistico" utilizzando le 3.907 proteine plasmatiche non specifiche per organo come input per confrontare il contributo di organi specifici a una firma di invecchiamento condivisa da un organo, e un modello di invecchiamento proteomico "convenzionale" utilizzando tutte le 4.778 proteine per confrontare l'invecchiamento dell'organo modelli di invecchiamento a una firma globale di invecchiamento proteomico del plasma come precedentemente riportato [20](#)·[21](#).

Abbiamo addestrato i nostri modelli in 1.398 partecipanti sani della coorte del Knight Alzheimer's Disease Research Center (Knight-ADRC) (età media = 75, fascia di età = 27-104) e poi abbiamo testato questi modelli in quattro coorti completamente indipendenti e in test di resistenza partecipanti con demenza nel Knight-ADRC. (Fig. [1a](#), Fig. [2](#) e [3](#) dei dati estesi e Fig. [2](#) supplementare).

Tutti gli 11 modelli di invecchiamento degli organi e il modello organismico hanno stimato in modo significativo l'età in tutte e cinque le coorti dopo la correzione di più test (Figura [3b](#) supplementare). Le proteine organo-specifiche selezionate dal nostro approccio erano altamente arricchite per funzioni organo-specifiche ([Informazioni supplementari](#)).

L'età degli organi predice la salute e la malattia

Per valutare la relazione tra età degli organi e invecchiamento biologico, abbiamo testato se gli e-ageotipi degli organi fossero associati a nove stati patologici legati all'età per i quali disponevamo di dati sufficienti in almeno due coorti indipendenti; AD, fibrillazione atriale, malattia cerebrovascolare, diabete, infarto, ipercolesterolemia, ipertensione, obesità e disturbi dell'andatura.

Gli e-ageotipi degli organi erano associati a specifici stati patologici con noto impatto elevato sui rispettivi organi (23 su 117, 20%, associazioni significative in una meta-analisi dopo correzione di test multipli, Dati estesi Fig. [4d](#) e Tabella supplementare [9](#)).

L'ageotipo renale era quello associato in modo più significativo alle malattie metaboliche (diabete, obesità, ipercolesterolemia e ipertensione), l'ageotipo cardiaco era quello associato in modo più significativo alle malattie cardiache (fibrillazione atriale e infarto), l'ageotipo muscolare era quello associato in modo più significativo all'andatura compromessa, l'ageotipo cerebrale era quello associato in modo più significativo alla malattia cerebrovascolare e l'ageotipo dell'organismo era quello associato in modo più significativo all'AD.

A livello di intera popolazione, le relazioni tra i divari di età degli organi e le malattie hanno mostrato le stesse tendenze degli età, ma più malattie erano significativamente associate ai divari di età a causa del maggiore potere statistico (65 su 117, 56%, statisticamente significativo dopo correzione di test multipli, Dati estesi Fig. [4e](#) e Tabella Supplementare [10](#)).

<https://www.nature.com/articles/s41586-023-06802-1>



“È pazzesco”: nuove entità simili a virus trovate nei microbi intestinali umani

L'analisi dei database di sequenze rivela nuovi genomi di RNA circolare appartenenti a "obelischi"

26 GENNAIO 2024

Elisabetta Pennisi

Mentre raccolgono e analizzano enormi quantità di sequenze genetiche di piante, animali e microbi, i biologi continuano a incontrare sorprese, comprese alcune che potrebbero mettere in discussione la definizione stessa di vita. L'ultimo, riportato questa settimana in un preprint, è un nuovo tipo di entità simile a un virus che abita i batteri che vivono nella bocca e nell'intestino umani. Questi "obelischi", come li chiama il team dell'Università di Stanford che li ha rinvenuti, hanno genomi apparentemente composti da anelli di RNA e sequenze ad essi appartenenti sono state trovate in tutto il mondo.

Altri scienziati sono entusiasti del debutto degli obelischi. "È pazzesco", afferma Mark Peifer, biologo cellulare e dello sviluppo presso l'Università della Carolina del Nord a Chapel Hill. "Più guardiamo, più cose folli vediamo."

Non è ancora noto se gli obelischi abbiano effetti sulla salute umana, afferma Matthew Sullivan, biologo integrativo presso la Ohio State University, ma potrebbero alterare l'attività genetica dei loro ospiti batterici, che a loro volta potrebbero influenzare i geni umani.

La maggior parte delle persone conosce l'RNA, o acido ribonucleico, come l'alter ego del DNA: trasporta le ricette per la produzione di proteine codificate in un gene basato sul DNA alle "cucine" molecolari esterne al nucleo cellulare che mettono insieme gli amminoacidi di una proteina. Ma più di 200 virus, compresi quelli che causano influenza, Ebola e COVID-19, bypassano il DNA, avendo genomi composti solo da RNA. I loro genomi includono sequenze che codificano per le proteine che compongono l'involucro virale e ribozimi, enzimi che consentono al virus di copiare il suo RNA originale una volta all'interno di una cellula.

Gli scienziati dibattono ancora se i virus siano vivi – non possono replicarsi indipendentemente dalle molecole di una cellula ospite – ma esistono “creature” ancora più semplici. All'inizio del XX secolo, i patologi vegetali si imbattono nei viroidi, fondamentalmente un circuito infettivo di RNA senza il tipico involucro proteico dei virus. A quanto pare, i genomi dei viroidi non codificano per nessuna proteina. I viroidi hanno suscitato molto interesse perché interagiscono con i genomi delle piante, a volte in modi devastanti: causano arresto della crescita e deformazione nelle patate, nei crisantemi e in altre colture e fiori, per esempio.

Per molto tempo si è pensato che i viroidi fossero limitati alle piante, ma recentemente ci sono state prove di genomi di RNA circolari simili ai viroidi tra database di sequenze di animali, batteri e altre forme di vita. In una nuova ricerca di genomi di RNA ancora da scoprire, il biologo di Stanford Andrew Fire, il suo studente laureato Ivan Zheludev e i loro colleghi hanno sviluppato un sofisticato software per analizzare i cataloghi esistenti di geni attivi dei microbi che vivono negli esseri umani per individuare sequenze di RNA che si prevede formino cerchi: la struttura di il materiale genetico sia nei virus che nei viroidi. "Sono davvero impressionato da questo approccio", afferma il biologo computazionale Simon Roux del DOE Joint Genome Institute presso il Lawrence Berkeley National Laboratory, che ha lavorato a un articolo del 2023 in cui suggeriva che i batteri potessero contenere viroidi o entità simili. "Gli autori erano davvero creativi."

La ricerca di Stanford ha prodotto quasi 30.000 cerchi di RNA, ciascuno composto da circa 1.000 basi e probabilmente rappresenta un obelisco distinto. Era improbabile che fossero virus autentici, ha concluso il team, perché i virus a RNA in genere hanno molte più basi. Ma alcune delle sequenze dell'obelisco codificavano proteine coinvolte nella replicazione dell'RNA, rendendole più complesse dei viroidi standard. Come i viroidi, tuttavia, gli obelischi non sembrano codificare le proteine che compongono il guscio. Roux afferma che è necessario ulteriore lavoro per vedere quanto gli obelischi siano distinti dai viroidi e da altre particelle simili ai viroidi.

Tra i database microbici umani esaminati, sequenze di obelisco sono state trovate nel 7% dei batteri intestinali umani e nella metà dei batteri presenti nella bocca umana. E gli obelischi nei microbi di diverse parti del corpo hanno sequenze distintive, riferiscono Fire e colleghi nella loro pre stampa, pubblicata il 21 gennaio su bioRxiv. Poiché gli obelischi contengono geni diversi da quelli scoperti finora in altri organismi, “comprendono una classe di diversi RNA che hanno colonizzato e sono passati inosservati nei microbiomi umani e globali”, scrive il team. (Fire e altri coautori della pre stampa hanno rifiutato di commentare il loro lavoro.)

"Penso che questo [lavoro] sia un'ulteriore chiara indicazione del fatto che stiamo ancora esplorando le frontiere di questo universo virale", afferma Roux, che è anche alla ricerca di nuovi tipi di entità simili a virus e ha contribuito a compilare un database di oltre 15 milioni di dati rilevanti. sequenze.

Una grande domanda è se i virus si siano evoluti da viroidi e obelischi sempre più complessi, oppure siano emersi prima e poi siano degenerati in queste strutture più semplici. “Questa è una delle parti più entusiasmanti dell'essere in questo campo in questo momento”, afferma Roux: “Possiamo vedere il quadro dell'evoluzione a lungo termine dei virus sulla Terra che inizia ad emergere lentamente”.

https://www.science.org/content/article/it-s-insane-new-viruslike-entities-found-human-gut-microbes?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLat estNews&et rid=691092258&et cid=5076639

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

Sottovaccinazione ed esiti gravi del COVID-19: meta-analisi di studi di coorte nazionali in Inghilterra, Irlanda del Nord, Scozia e Galles

Il Consorzio HDR UK COALESCE [†] • Mostra le note a piè di paginaAccesso Libero • Pubblicato: 15 gennaio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02467-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02467-4)

Riepilogo

Sfondo

La sottovaccinazione (che riceve un numero inferiore di dosi di vaccino SARS-CoV-2 rispetto a quello raccomandato) potrebbe essere associata a un aumento del rischio di esiti gravi di COVID-19, ad esempio ospedalizzazione o morte per COVID-19, rispetto alla vaccinazione completa (che riceve il numero raccomandato di dosi di vaccino SARS-CoV-2). -dosi di vaccino CoV-2).

Abbiamo cercato di determinare i fattori associati alla sottovaccinazione e di indagare il rischio di esiti gravi di COVID-19 nelle persone sottovaccinate in ciascuna nazione del Regno Unito e in tutto il Regno Unito.

Metodi

Abbiamo utilizzato dati di cartelle cliniche elettroniche anonimizzati e armonizzati con copertura dell'intera popolazione per effettuare studi di coorte in Inghilterra, Irlanda del Nord, Scozia e Galles. I partecipanti dovevano avere almeno 5 anni di età per essere inclusi nelle coorti.

Abbiamo stimato gli odds ratio aggiustati per la sottovaccinazione al 1 giugno 2022.

Abbiamo anche stimato gli Hazard Ratio aggiustati (aHR) per esiti gravi di COVID-19 durante il periodo dal 1 giugno al 30 settembre 2022, con la sottovaccinazione come esposizione dipendente dal tempo. Abbiamo combinato i risultati di analisi specifiche per nazione in una meta-analisi a effetti fissi a livello del Regno Unito.

Abbiamo stimato la riduzione degli esiti gravi di COVID-19 associati a uno scenario controfattuale in cui tutti nel Regno Unito fossero completamente vaccinati il 1° giugno 2022.

Risultati

Il numero di persone sottovaccinate al 1 giugno 2022 era 26 985 570 (45,8%) su 58 967 360 in Inghilterra, 938 420 (49,8%) su 1 885 670 in Irlanda del Nord, 1 709 786 (34,2 %) di 4 992 498 in Scozia e 773 850 (32,8%) di 2 358 740 in Galles.

Le persone più giovani, provenienti da ambienti più svantaggiati, di etnia non bianca o con un numero inferiore di comorbidità avevano meno probabilità di essere vaccinate completamente.

Nelle coorti si sono verificati in totale 40.393 esiti gravi di COVID-19, di cui 14.156 in partecipanti sottovaccinati. Abbiamo stimato la riduzione degli esiti gravi di COVID-19 nel Regno Unito in 4 mesi di follow-up associati a uno scenario controfattuale in cui tutti erano completamente vaccinati il 1° giugno 2022 in 210 (IC al 95% 94-326) nei 5- Gruppo di età di 15 anni, 1544 (1399-1689) in quelli di età compresa tra 16 e 74 anni e 5426 (5340-5512) in quelli di età pari o superiore a 75 anni.

Gli aHR per esiti gravi di COVID-19 nella meta-analisi per la fascia di età di 75 anni o più erano 2,70 (2,61-2,78) per una dose in meno di quella raccomandata, 3,13 (2,93-3,34) per due in meno, 3,61 (3,13-4,17) per tre in meno e 3,08 (2,89-3,29) per quattro in meno.

Interpretazione

I tassi di sottovaccinazione contro COVID-19 variavano dal 32,8% al 49,8% nelle quattro nazioni del Regno Unito nell'estate 2022. La sottovaccinazione era associata a un rischio elevato di esiti gravi di COVID-19.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato PubMed, medRxiv e SSRN il 22 maggio 2023, utilizzando i termini “assorbimento del vaccino COVID-19” e “COVID-19 in fase di vaccinazione” senza limiti di tempo.

Diversi articoli precedenti hanno studiato l’assunzione di vaccini nel Regno Unito, concludendo sostanzialmente che l’età più giovane, una maggiore deprivazione socioeconomica e le etnie non bianche erano associati a livelli inferiori di assunzione di vaccini.

Non abbiamo identificato nessuno studio a livello di popolazione nel Regno Unito che esaminasse l’associazione tra sottovaccinazione ed esiti gravi di COVID-19.

Valore aggiunto di questo studio

Abbiamo scoperto che la sottovaccinazione (ricezione di un numero inferiore di dosi di vaccino SARS-CoV-2 rispetto a quello raccomandato) era associata ad un aumento dei rischi di esiti gravi di COVID-19 in tutti i gruppi di età studiati.

Il nostro modello ci ha permesso di stimare che la vaccinazione completa (ricevendo il numero raccomandato di dosi di vaccino SARS-CoV-2) all’inizio del periodo di studio sarebbe stata associata a una riduzione di 7.180 esiti gravi di COVID-19 su un totale di 40.393 eventi gravi. A

nostra conoscenza, questa è la prima analisi epidemiologica che utilizza cartelle cliniche elettroniche a livello individuale che coprono l’intera popolazione del Regno Unito (di età pari o superiore a 5 anni).

Implicazioni di tutte le prove disponibili

La nostra analisi a livello del Regno Unito suggerisce che una migliore copertura vaccinale durante la pandemia sarebbe stata associata a un minor numero di ricoveri e decessi per COVID-19 nel Regno Unito.

Il raggiungimento dei tassi di vaccinazione target contro il COVID-19 ha il potenziale per ridurre l’incidenza di esiti gravi di COVID-19 in futuro.

L’ambiente dei dati sanitari del Regno Unito ora ha, per la prima volta, il potenziale per supportare l’impresa di analisi sull’intera popolazione.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02467-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02467-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Respiratory Medicine

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

Fattori di rischio per aspergillosi polmonare associata a COVID-19: una revisione sistematica e una meta-analisi

Francesca Gioia, PhD * • Dott.ssa Laura N. Walti * • Ani Orchanian-Cheff, MSt • Shahid Husayn, medico

Mostra le note a piè di pagina

Pubblicato: 04 gennaio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00408-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00408-3) • [Check for updates](#)

Riepilogo

Sfondo

È stato segnalato che l’aspergillosi polmonare associata a COVID-19 (CAPA) è una complicanza emergente e potenzialmente fatale della forma grave di COVID-19.

Tuttavia, i fattori di rischio per la CAPA non sono stati finora affrontati in modo sistematico.

Metodi

In questa revisione sistematica e meta-analisi per identificare i fattori associati alla CAPA, abbiamo effettuato una ricerca completa in cinque database medici: Ovid MEDLINE; Base di Ovidio; il database Cochrane delle revisioni sistematiche; il registro centrale Cochrane degli studi controllati; e il database COVID-19 dell'OMS.

Tutti gli studi caso-controllo e di coorte condotti su adulti (di età superiore a 18 anni) che hanno descritto almeno sei casi di CAPA e valutato eventuali fattori di rischio per CAPA, pubblicati dal 1° dicembre 2019 al 27 luglio 2023, sono stati esaminati e valutati per l'inclusione.

Sono stati inclusi solo studi con una popolazione di controllo di individui positivi al COVID-19 senza aspergillosi.

Due revisori hanno vagliato in modo indipendente i risultati della ricerca ed estratto i dati sui risultati come stime riassuntive dagli studi ammissibili. L'esito primario era identificare i fattori associati alla CAPA.

La meta-analisi è stata effettuata con modelli a effetti casuali, con l'uso del metodo Mantel-Haenszel per valutare i risultati dicotomici come potenziali fattori di rischio, o il metodo della varianza inversa per valutare le variabili continue per la potenziale associazione con CAPA.

Il bias di pubblicazione è stato valutato con grafici a imbuto per fattori associati al CAPA. Lo studio è registrato presso PROSPERO, CRD42022334405.

Risultati

Dei 3561 documenti identificati, 27 articoli sono stati inclusi nella meta-analisi.

Sono stati inclusi 6848 pazienti con COVID-19, di cui 1324 (19,3%) sono stati diagnosticati con CAPA.

I tassi di diagnosi di CAPA variavano dal 2,5% (14 su 566 pazienti) al 47,2% (58 su 123).

Abbiamo identificato otto fattori di rischio per CAPA. Questi fattori includevano comorbidità preesistenti di malattia epatica cronica (odds ratio [OR] 2.70 [IC 95% 1.21–6.04], $p=0.02$; $I^2=53\%$), neoplasie ematologiche (OR 2.47 [1.27–4.83], $p=0.008$; $I^2=50\%$), malattia polmonare cronica ostruttiva (OR 2.00 [1.42–2.83], $p<0.0001$; $I^2=26\%$) e malattia cerebrovascolare (OR 1.31 [1.01–1.71], $p=0.05$; $I^2=46\%$). Uso di ventilazione meccanica invasiva (OR 2,83; IC 95% 1,88–4,24; $p<0,0001$; $I^2=69\%$), uso di terapia sostitutiva renale (OR 2,26 [1,76–2,90], $p<0,0001$; $I^2=14\%$), trattamento di COVID-19 con inibitori dell'interleuchina-6 (OR 2,88 [1,52–5,43], $p=0,001$; $I^2=89\%$) e anche il trattamento del COVID-19 con corticosteroidi (OR 1,88 [1,28–2,77], $p=0,001$; $I^2=66\%$) erano associati a CAPA. I pazienti con CAPA erano tipicamente più anziani di quelli senza CAPA (età media 66,6 anni [SD 3,6] vs 63,5 anni [5,3]; differenza media 2,90 [1,48–4,33], $p<0,0001$; $I^2=86\%$). La durata della ventilazione meccanica nei pazienti con CAPA è stata più lunga rispetto a quelli senza CAPA ($n=7$ studi; durata media 19,3 giorni [8,9] vs 13,5 giorni [6,8]; differenza media 5,53 giorni [1,30–9,77], $p=0,01$; $I^2=88\%$). Nell'analisi post-hoc, i pazienti con CAPA avevano una mortalità per tutte le cause più elevata rispetto a quelli senza CAPA ($n=20$ studi; OR 2,65 [2,04–3,45], $p<0,0001$; $I^2=51\%$).

Interpretazione

I fattori di rischio identificati per la CAPA potrebbero eventualmente essere affrontati con una profilassi antifungina mirata nei pazienti con COVID-19 grave.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00408-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00408-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Respiratory Medicine

Questo diario Riviste Publiccare Clinico Salute globale Multimedia Eventi Di

COMMENTO | PRIMA IN LINEA

Rischio di aspergillosi polmonare associata a COVID-19: è tempo per un approccio sfumato alla profilassi antifungina?

Martin Hoenigl • Juergen Prattes

Publiccato: 04 gennaio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00435-6](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00435-6) • Check for updates

L'aspergillosi polmonare associata a COVID-19 (CAPA) è emersa come una grave complicanza del grave COVID-19 durante le prime fasi della pandemia di COVID-19.

Sebbene i numeri assoluti di CAPA siano diminuiti nell'era post-vaccinazione e durante l'ondata di omicron, il rischio di sviluppare CAPA è aumentato nei pazienti che necessitano di ricovero in unità di terapia intensiva (ICU) a causa di insufficienza respiratoria acuta associata a COVID-19.

Questo aumento del rischio è guidato dai cambiamenti nelle caratteristiche dei pazienti in quelli critici con COVID-19. Sebbene gli studi di sieroprevalenza abbiano evidenziato un'elevata immunità di fondo contro SARS-CoV-2 nella popolazione generale, i pazienti con particolari malattie o trattamenti immunocompromettenti sottostanti hanno meno probabilità di rispondere adeguatamente all'immunizzazione SARS-CoV-2 e sono quindi a maggior rischio di sviluppare gravi malattia.

Di conseguenza, stiamo ora osservando un aumento della percentuale di pazienti critici con COVID-19 che presentano fattori di rischio classici per l'aspergillosi invasiva, come quelli con neoplasie ematologiche.

A supporto di questa osservazione, una recente revisione sistematica e meta-analisi di Francesca Gioia e colleghi ha identificato neoplasie ematologiche associate alla CAPA.

L'analisi, pubblicata su [The Lancet Respiratory Medicine](#), ha valutato 27 studi tra cui 6.848 pazienti con COVID-19, di cui a 1.324 (19,3%) è stata diagnosticata la CAPA. Gioia e colleghi hanno anche segnalato malattia epatica cronica (odds ratio [OR] 2,70 [95% CI 1,21–6,04]), malattia polmonare cronica ostruttiva (OR 2,00 [1,42–2,83]) e l'uso della terapia sostitutiva renale (OR 2,26 [1,76–2,90]), come fattori di rischio per CAPA, che non sono considerati fattori di rischio classici, ma sono stati associati allo sviluppo di aspergillosi polmonare in studi osservazionali prima della pandemia di COVID-19.

La consapevolezza del potenziale di CAPA nei pazienti con queste condizioni di base è fondamentale, in particolare dato che nei pazienti non neutropenici con COVID-19, i test di routine sui campioni di sangue non sono sufficienti per escludere la CAPA a causa della bassa sensibilità.

In tali pazienti, una crescita impedita, non angioinvasiva ma invasiva dei tessuti delle ife fungine è il modello istologico primario dell'aspergillosi.

Di conseguenza, i test dei biomarcatori e della coltura dei campioni del tratto respiratorio inferiore sono considerati il gold standard diagnostico per la CAPA nei pazienti critici con COVID-19, in cui la biopsia tissutale non è fattibile o non è sicura. Tuttavia, la broncoscopia e il campionamento del liquido di lavaggio broncoalveolare potrebbero risultare impegnativi, in particolare nei pazienti sottoposti a ventilazione non invasiva, poiché questi pazienti potrebbero peggiorare durante la procedura e finire per richiedere una ventilazione meccanica invasiva.

Sebbene evitare la broncoscopia possa portare a mancate diagnosi di CAPA nei pazienti con COVID-19 sottoposti a ventilazione non invasiva, Gioia e colleghi hanno scoperto che la probabilità di sviluppo di CAPA era significativamente più elevata nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva (OR 2,83 [1,88– 4,24]).

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00435-6/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00435-6/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)



Numero stimato di vite salvate direttamente dai programmi di vaccinazione contro il COVID-19 nella regione europea dell'OMS, da dicembre 2020 a marzo 2023

Abstract

Contesto: entro marzo 2023, 54 paesi, aree e territori (di seguito "CAT") hanno segnalato oltre 2,2 milioni di decessi per la malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) all'Ufficio regionale 4 per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (1).

Qui, stimiamo quante vite sono state salvate direttamente vaccinando gli adulti nella Regione 5, da dicembre 2020 a marzo 2023. 6

Metodi: abbiamo stimato il numero di vite direttamente salvate per fascia di età, dose di vaccino e 7 Varianti di preoccupazione circolanti (VOC), sia a livello regionale che nazionale, utilizzando i dati settimanali sulla mortalità

per COVID-19 8 e sull'assunzione del vaccino COVID-19 riportati da 34 CAT e i dati sull'efficacia del vaccino (VE) provenienti da 9 letteratura.

Abbiamo calcolato la riduzione percentuale del numero di decessi attesi e segnalati. 10

Risultati: Abbiamo scoperto che i vaccini hanno ridotto i decessi complessivamente del 57% (intervallo CAT: dal 15% al 75%), che rappresenta 11 ~ 1,4 milioni di vite salvate in persone di età ≥ 25 anni (intervallo: da 0,7 milioni a 2,6 milioni): il 96% delle vite salvate: 12 avevano un'età ≥ 60 anni e il 52% aveva un'età ≥ 80 anni; i primi booster hanno risparmiato il 51% e il 67% è stato risparmiato 13 durante il periodo Omicron. 14

Interpretazione: nel corso di quasi 2,5 anni, la maggior parte delle vite salvate dalla vaccinazione anti-COVID-19 è avvenuta negli anziani dopo la prima dose di richiamo e durante il periodo Omicron, rafforzando l'importanza di una vaccinazione aggiornata 16 tra questi individui più a rischio. Un ulteriore lavoro di modellizzazione dovrebbe valutare gli effetti indiretti di 17 vaccinazioni e delle misure sociali e di sanità pubblica. 18

Finanziamento: questo lavoro è stato sostenuto da un accordo di cooperazione dei Centri statunitensi per il controllo delle malattie (Grant 19 numero 6 NU511P000936-02-020), che non ha avuto alcun ruolo nell'analisi o nell'interpretazione dei dati.

Dichiarazione di non responsabilità: gli autori affiliati all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono gli unici responsabili delle opinioni espresse in questa pubblicazione e non rappresentano necessariamente le decisioni o le politiche dell'OMS.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1705413771.pdf>

nature immunology

Il COVID lungo si manifesta con disregolazione delle cellule T, infiammazione e una risposta immunitaria adattativa scoordinata al SARS-CoV-2

Kailin Yin , Michael J. Peluso , Xiaoyu Luo , Ruben Thomas , Min-Gyoung Shin , Jason Neidlemann , ... Nadia R. Roan

Astratto

Il COVID lungo (LC) si verifica dopo almeno il 10% delle infezioni da sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV-2), ma la sua eziologia rimane poco compresa.

Abbiamo utilizzato test "omici" e sierologia per caratterizzare in profondità l'immunità globale e specifica per SARS-CoV-2 nel sangue di individui con traiettorie cliniche LC e non LC chiare, 8 mesi dopo l'infezione.

Abbiamo scoperto che gli individui LC mostravano infiammazione sistemica e disregolazione immunitaria. Ciò è stato evidenziato dalle differenze globali nella distribuzione dei sottoinsiemi di cellule T che implicano risposte immunitarie in corso, nonché da perturbazioni sesso-specifiche nei sottoinsiemi citolitici.

Gli individui LC hanno mostrato frequenze aumentate di cellule T CD4⁺ pronte a migrare verso i tessuti infiammati e cellule T CD8⁺ specifiche per SARS-CoV-2 esaurite, livelli più elevati di anticorpi SARS-CoV-2 e una cattiva coordinazione tra i loro anticorpi SARS-CoV-2 e risposte specifiche delle cellule T e B.

La nostra analisi ha suggerito un'interferenza impropria tra l'immunità adattativa cellulare e umorale nella LC, che può portare a disregolazione immunitaria, infiammazione e sintomi clinici associati a questa condizione debilitante.

<https://www.nature.com/articles/s41590-023-01724-6>

“La Cina mappò il Covid-19 due settimane prima dell’annuncio”. Rivelazione del Wall Street Journal

Esclusiva del giornale statunitense su base di documenti del Congresso Usa

I ricercatori cinesi isolarono e mapparono il Covid-19 alla fine di dicembre 2019, almeno due settimane prima che Pechino rivelasse al mondo i dettagli del virus mortale: lo rivela in esclusiva il Wall Street Journal, dopo aver esaminato i documenti che il Dipartimento della Sanità americano ha ottenuto da una commissione della Camera.

Secondo il Wsj, un ricercatore cinese a Pechino caricò una sequenza quasi completa della struttura del Covid in un database gestito dal governo americano il 28 dicembre 2019, mentre la Cina condivise la sequenza del virus con l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) solo l'11 gennaio 2020.

Quando il ricercatore, Lili Ren dell'Institute of Pathogen Biology di Pechino, aveva già mappato il virus, i funzionari cinesi descrivevano ancora pubblicamente l'epidemia a Wuhan come una polmonite virale "di causa sconosciuta" e dovevano ancora chiudere il mercato all'ingrosso locale di animali vivi, luogo di uno dei primi focolai di Covid-19.

Le nuove informazioni, precisa il quotidiano Usa, non fanno luce sul dibattito se il coronavirus sia emerso da un animale infetto o da una fuga di laboratorio, ma suggeriscono che il mondo non dispone ancora di una spiegazione completa dell'origine della pandemia.

Le due settimane in più avrebbero comunque potuto rivelarsi cruciali per aiutare la comunità medica internazionale a individuare come si diffonde il Covid-19, a sviluppare le difese mediche e ad avviare un eventuale vaccino, secondo gli specialisti.

Alla fine del 2019, scienziati e governi di tutto il mondo stavano facendo a gara per comprendere la misteriosa malattia che poi avrebbero chiamato Covid-19 e che avrebbe ucciso milioni di persone.

https://www.repubblica.it/esteri/2024/01/18/news/cina_covid_allarme_ritardo_rivelazione_w_all_street_journal-421905489/?ref=RHLF-BG-P1-S2-T1

PNRR e sua implementazione

quotidianosanita.it

Pnrr. Gimbe: “Rispettate scadenze europee ma troppi ritardi del Centro Sud su assistenza domiciliare”

*Cartabellotta: “Ostacoli all’orizzonte: grave carenza infermieri, ruolo dei medici di famiglia e gap nord-sud”.
E sul Ddl Calderoli: “Va in direzione opposta all’obiettivo del Pnrr di ridurre le diseguaglianze”*

24 GEN -

“Nell’ambito delle attività del nostro Osservatorio sul Servizio Sanitario Nazionale – dichiara Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – nel 2023 abbiamo avviato il monitoraggio indipendente dello status di avanzamento della Missione Salute del PNRR, al fine di fornire un quadro oggettivo sui risultati raggiunti, di informare i cittadini ed evitare strumentalizzazioni politiche”.

STATO DI AVANZAMENTO AL 31 DICEMBRE 2023

Monitoraggio del Ministero della Salute. Secondo i dati resi pubblici il 23 gennaio 2024 sul [portale del Ministero della Salute](#) che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del PNRR:

- **Milestone e target europei:** con il raggiungimento del target [“Almeno un progetto di telemedicina in ogni Regione”](#), sono state rispettate tutte le scadenze fissate per gli anni 2021-2023.

- **Milestone e target nazionali:** «Traguardi e obiettivi nazionali – spiega Cartabellotta – sono step intermedi che non condizionano l'erogazione dei fondi da parte dell'Europa, ma che richiedono un attento monitoraggio perché potrebbero compromettere le correlate scadenze europee». Sono stati raggiunti entro le scadenze fissate tutti quelli previsti nel 2021 e 2022. Relativamente al 2023, sono stati differiti tre target: da giugno 2023 a giugno 2024 la “Stipula di un contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria” e la “Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali”. Un ulteriore target - “Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)” - era già stato differito di 12 mesi: da marzo 2023 a marzo 2024

“Al momento i ritardi sulle scadenze nazionali non sono particolarmente critici – commenta Cartabellotta – fatta eccezione per i “Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)”. In dettaglio, entro marzo 2023 avrebbero dovuto essere assistiti in ADI 296 mila pazienti over 65, una scadenza slittata di 12 mesi per le enormi differenze regionali nella capacità di erogare l'assistenza domiciliare, ambito in cui il Centro-Sud era già molto indietro». Infatti, secondo quanto previsto dal [Decreto del Ministero della Salute del 13 marzo 2023](#) per assistere almeno il 10% della popolazione over 65 in ADI il PNRR si pone l'obiettivo di aumentare il numero delle persone prese in carico passando dagli oltre 640 mila del dicembre 2019 a poco meno di 1,5 milioni nel 2026, per un totale di oltre 808 mila persone in più. «Tuttavia – spiega Cartabellotta – se da un lato è realistico il raggiungimento del target nazionale, dall'altro è molto più difficile colmare i divari regionali. Infatti, se Emilia-Romagna, Toscana e Veneto per raggiungere il target 2026 devono aumentare i pazienti assistiti in ADI rispettivamente del 35%, del 42% e del 50%, in alcune Regioni del Centro-Sud i gap sono abissali: la Campania deve incrementarli del 294%, il Lazio del 317%, la Puglia del 329% e la Calabria addirittura del 416%”.

RISORSE ASSEGNATE E SPESE EFFETTUATE. Secondo la [memoria dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio](#) (UDP) sulla base delle informazioni della piattaforma ReGiS di monitoraggio del PNRR - aggiornate al 26 novembre 2023 - la Missione 6 Salute si caratterizza per un insolito paradosso, di cui è difficile comprendere le motivazioni. Da un lato si registra un'elevata percentuale di risorse assegnate ai progetti (83,6%); dall'altro emerge che la Missione Salute è quella con la percentuale più bassa (1%) delle risorse spese, rispetto al 20% della Missione 1, al 19% della Missione 2, al 18% della Missione 3, al 7% della Missione 5, e al 5% della Missione 4.

RIMODULAZIONE MISSIONE 6 SALUTE. In occasione del monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento della Missione 6 Salute del PNRR è utile ricordare le principali variazioni che la proposta di rimodulazione [approvata il 24 novembre 2023](#) dalla Commissione Europea prevede rispetto al piano originale.

- Riduzione di Case della Comunità (-312), Centrali Operative Territoriali (-120) e Ospedali di Comunità (-74) e interventi di antisismica (-25) secondo criteri di distribuzione regionale al momento non noti. «Se ad essere espunte saranno le strutture da realizzare ex novo – spiega Cartabellotta – ad essere penalizzate saranno prevalentemente le Regioni del Centro-Sud». Secondo le dichiarazioni pubbliche le strutture espunte dovrebbero essere realizzate con le risorse del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20 L. 67/1988) non spese dalle Regioni. «Tuttavia – precisa il Presidente – se da un lato le Regioni hanno già espresso le loro perplessità in merito all'utilizzo di tali fondi, dall'altro il documento approvato dalla Commissione Europea li cita solo per compensare gli investimenti relativi all'antisismica».
- Aumento del numero di persone over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila a 842 mila) – di cui non è ancora disponibile la ripartizione per Regioni – e del numero di pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila a 300 mila).
- Riduzione dei posti letto di terapia intensiva (-808) e semi-intensiva (-995).
- Differimento temporale del target relativo all'attivazione delle Centrali Operative Territoriali dal 30 giugno 2024 al 31 dicembre 2024 (+6 mesi) e, soprattutto, all'installazione delle grandi apparecchiature dal 31 dicembre 2024 al 30 giugno 2026 (+18 mesi).

Formalmente, al 31 dicembre 2023 le scadenze europee sul PNRR che condizionano il pagamento delle rate sono state tutte rispettate. E delle scadenze nazionali l'unica da “attenzione”, tra le tre differite, riguarda l'assistenza domiciliare negli over 65. Tuttavia, commenta il Presidente «effettuata la “messa a terra” della Missione Salute, il rispetto delle scadenze successive sarà condizionato soprattutto dalle criticità di attuazione del DM 77 nei 21 servizi sanitari regionali, legate sia alle figure chiave del personale sanitario coinvolte nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, sia alle enormi differenze regionali, che rischiano di essere amplificate dall'autonomia differenziata».

Innanzitutto, la gravissima carenza di personale infermieristico: gli ultimi dati relativi al 2021 documentano un numero di infermieri in Italia pari a 6,2 per 1.000 abitanti, rispetto alla media OCSE di 9,9, con rilevanti

differenze tra Regioni che penalizzano prevalentemente quelle del Centro-Sud sottoposte a Piano di Rientro. Una carenza che stride con il fabbisogno stimato da Agenas per attuare il DM 77: un range da 19.450 a 26.850 infermieri. In secondo luogo, il limbo in cui rimangono le modalità di coinvolgimento dei medici di famiglia nelle Case della Comunità. Infine, tutte le differenze regionali che, oltre alla già citata ADI, riguardano i modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, la dotazione iniziale di Case della comunità e Ospedali di comunità e l'attuazione del fascicolo sanitario elettronico. Ma soprattutto, continua Cartabellotta «l'esigibilità dei miglioramenti organizzativi e dei nuovi servizi da parte dei cittadini si allontana anche per la rimodulazione al ribasso e lo slittamento di 18 mesi della scadenza per rinnovare le grandi apparecchiature, peraltro motivato da criticità minori, quali lo smaltimento delle vecchie apparecchiature e l'adeguamento dei locali».

“La Missione Salute del PNRR – conclude Cartabellotta – rappresenta una grande opportunità per potenziare il SSN, ma la sua attuazione deve essere sostenuta da azioni politiche. Innanzitutto, per attuare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale servono coraggiose riforme, finalizzate in particolare a definire il ruolo e responsabilità dei medici di famiglia; in secondo luogo, urgono interventi straordinari per reclutare in tempi brevi il personale infermieristico, oltre a investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027; infine, occorre supportare le Regioni meridionali per colmare i gap esistenti con il Nord. In tal senso, va in “direzione ostinata e contraria” l'intero impianto normativo del Ddl Calderoli che contrasta il fine ultimo del PNRR, sottoscritto dall'Italia e per il quale abbiamo indebitato le future generazioni. Ovvero perseguire il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni per rilanciare il Mezzogiorno, accompagnando il processo di convergenza tra Sud e Centro-Nord quale obiettivo di crescita economica, come più volte ribadito nelle raccomandazioni della Commissione Europea”.

Tabella 1. PNRR Missione Salute: Milestone (M) e Target (T) di interesse nazionale differiti nel 2024

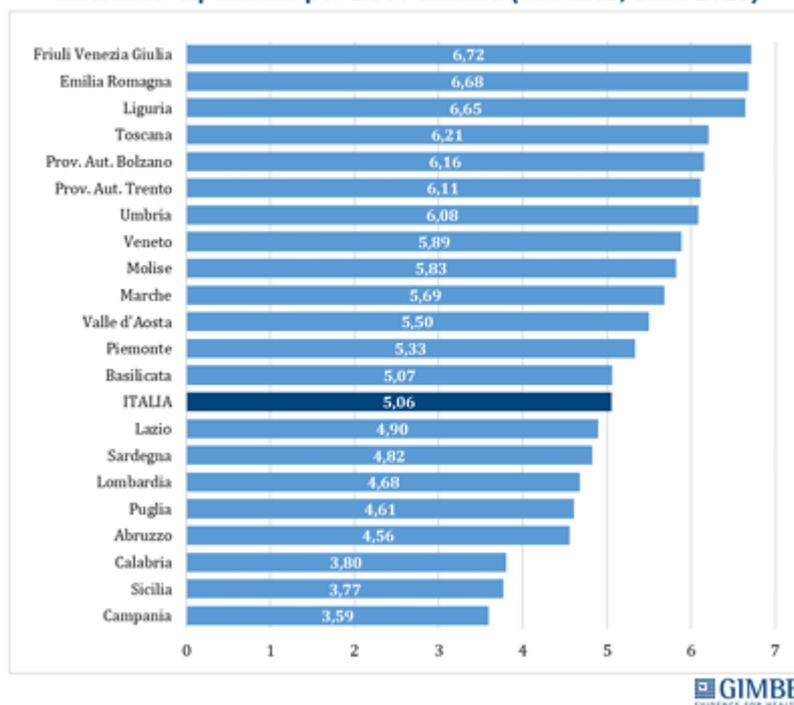
M/T	Descrizione	Target raggiunto	Scadenza iniziale	Nuova scadenza	Gap (mesi)
T	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)	66%	31/03/23	31/03/24	+12
T	Stipula contratto per gli strumenti di Intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria	N.A.	30/06/23	30/06/24	+12
T	Stipula contratti per l'interconnessione aziendale	91%	30/06/23	30/06/24	+12

Tabella 2. 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%

Figura 1

Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti (dati MdS, anno 2021)



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119686

quotidianosanita.it

Case di comunità, come costruirle indipendentemente dal territorio o/e dalla Regione di riferimento

R. Polillo, M. Tognetti

Obiettivo del nostro contributo oltre a quello di disegnare una Casa di Comunità secondo una metodologia partecipata, è quello di individuare i punti forte di tali nuove realtà organizzative del Ssn

30 GEN -

Cogliamo l'occasione della pubblicazione del [documento sulle Case di Comunità](#) per contribuire, speriamo, a dare concretezza al processo di rilancio e revisione del SSN. Crediamo che sia giunto il tempo di misurarci su questioni concrete, operativizzabili come ad esempio la [proposta del gruppo di lavoro "Medici MMG per la dirigenza"](#) in cui si chiede il passaggio a dipendenza dei MMG per una loro effettiva integrazione nelle CdC o quella più generale relativa a tutto il personale sanitario di S. Proia.

Ciò che cercheremo di illustrare in questo contributo, oltre a quello di disegnare una CdC secondo una metodologia partecipata, aspetto su cui il documento si concentra, è di individuare i punti forte di tali nuove realtà organizzative del SSN.

Un progetto da condividere e rafforzare

Condividiamo l'orizzonte entro il quale si muove il succitato documento, che fa proprio quanto contenuto nel Decreto Ministeriale 77/2022 recepito con Dgr 1508/22 della regione Toscana: "Le Case di Comunità costituiscono un punto di particolare attenzione, perché destinate a diventare i luoghi fondamentali di costruzione di una maggiore integrazione e multidisciplinarietà tra i professionisti delle reti sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali. Le Case di Comunità avranno lo scopo di avvicinare i servizi ai cittadini, a partire da quello di cui hanno bisogno i malati cronici e gli anziani, facendo della prossimità il concetto chiave che punta a valorizzare sia la presenza diffusa e capillare di servizi sul territorio, sia il contributo che può arrivare dalle nuove tecnologie".

Crediamo però utile evidenziare alcuni punti forti che dovrebbero essere alla base della costruzione delle CdC, indipendentemente dal territorio o/e dalla Regione di riferimento.

1) Le case di comunità (CdC) come strumento/occasione di attivazione delle reti di cura dal basso L'avvenuta transizione epidemiologica, con il prevalere delle poli-patologie ad andamento cronico, rende indispensabile potenziare o ricostruire quelle reti di prossimità rese più fragili dal processo di disintegrazione e trasformazione della famiglia tradizionale e dalla crescente denatalità.

La ricostruzione di un tessuto connettivo di cura e supporto necessita tuttavia di un percorso di attivazione e potenziamento che non può avvenire senza interventi proattivi del servizio pubblico. In tale senso dunque il coinvolgimento del terzo settore e delle comunità organizzate, come comitati di cittadini, di quartiere o associazioni dei malati, ma anche dei cittadini in generale, deve essere strutturale e non rapsodico. Il pieno coinvolgimento dell'infermiere di comunità, dello psicologo, del servizio di assistenza domiciliare e della telemedicina (vedi oltre) e l'addestramento dei pazienti e dei loro familiari (family Learning) come anche il rafforzamento dell'expertise del paziente nel percorso di auto-cura devono essere realizzati attraverso l'implementazione di specifici protocolli di attività. Così come per tutti gli operatori. E i risultati di quanto ottenuto deve essere oggetto di specifica e periodica valutazione e di eventuali correttivi per superare eventuali criticità.

2) Le tre p delle CdC: prevenzione, promozione, partecipazione. Le sfide che le patologie croniche e la non autosufficienza pongono al servizio sanitario necessitano di una strategia di risposta globale e integrata.

Se è vero come è vero che le patologie croniche hanno le loro cause remote fin dal momento del concepimento, dove i fattori di nocività agiscono sul patrimonio genetico condizionandone i meccanismi di espressione (epigenetica), è chiaro che un intervento globale sulla salute non può prescindere dalla circolarità di prevenzione, promozione e partecipazione tipici della One-health. Si promuove salute agendo sull'ambiente di vita e di lavoro, attraverso la lotta ai diversi fattori di nocività. Si previene il verificarsi di fatti morbosi e delle loro complicanze attraverso una medicina di iniziativa mettendo in campo interventi non esclusivamente sanitari come es. l'esercizio fisico monitorato e gestito da personale qualificato nel caso del controllo non farmacologico della glicemia nei soggetti con diabete, ecc.

E infine si co-decidono le strategie di intervento che devono svolgersi in un lungo arco temporale e che per essere efficaci e ottenere un'adeguata compliance da parte del paziente/utente devono nascere con il diretto coinvolgimento degli utenti che in tale percorso non possono essere ridotti a soggetto passivo.

3) La co-progettazione e l'health literacy Solo servizi calibrati e capaci di rispondere alle esigenze e alle specificità dei cittadini di un determinato contesto e al suo ambiente più ampio potranno valorizzare il capitale sociale, culturale ed economico su cui si basa un intervento per la salute partecipato e co-progettato. Una riorganizzazione e una riprogrammazione degli interventi e delle procedure coerente potrà avvenire sulla base di una reale e validata co-progettazione.

Azione che oltre a rendere protagonista l'individuo della propria salute favorirà e accrescerà l'apprendimento e le conoscenze necessarie e utili affinché l'individuo sappia e possa muoversi in modo appropriato nel sistema dell'offerta pubblica e privata per la salute. Essa inoltre sarà anche un grado di valorizzare le risorse più vaste di un dato contesto a partire da quelle ambientali e culturali.

4) La telemedicina come fattore di integrazione fra professioni Appare sempre più chiaramente come la telemedicina costituisca strumento essenziale per avvicinare i servizi sanitari alle fasce più deboli di cittadini nella gestione delle malattie croniche, nella salute mentale, nel follow-up dopo la dimissione ospedaliera, nella ospedalizzazione a domicilio, nel controllo del corretto funzionamento a remoto di device elettro-medicali come pace maker, ecc.

Ciò è particolarmente strategico nei contesti territoriali difficili, isolati, ai margini delle risorse servizi sanitari. La telemedicina e l'uso delle tecnologie è poi utile per favorire e accrescere l'integrazione conoscitiva e operativa di soggetti e enti che insistono sulla salute degli individui, nonché per valutare i risultati degli interventi in essere. L'occasione nuove tecnologie può poi essere valorizzata anche per ripensare e riorganizzare i servizi di emergenza come anche in particolare le procedure e le routine operative dei servizi in generale e della Governance in particolare.

Ogni operatore delle CdC e della rete dei servizi sarà chiamato non tanto e non solo ad avvalersi di dati e informazioni proveniente da altre fonti, ma ad integrare le conoscenze individuali e del contesto, ad utilizzare i dispositivi di rilevazione, ad addestrare e accompagnare il cittadino ad utilizzare al meglio tali risorse. Processi che saranno alla base degli step di valutazione e di reimpostazione degli interventi e dell'efficacia di funzionamento organizzativo.

5) La prospettiva dell' one health e dell'integrazione Che la salute e la malattia siano un processo complesso fra dinamiche individuali, umane ed animali, ambientali, nonché di specifico contesto, è questione acclarata e che sta interrogando operatori e servizi circa la necessità di interventi e processi di prevenzione e di cura che tengano conto dell'ambiente di vita e di lavoro, dell'interazione fra uomo e ambiente, ambiente e umano, ambiente e non umano.

Approccio che oltre a richiedere una visione adeguata, necessita di processi di integrazione sostanziale fra operatori di diversa competenza e servizi di natura differente e più in generale di attori del territorio di competenza che agiscano per la salute direttamente e indirettamente. In altre parole: una nuova e diversa cultura della salute.

Considerazioni conclusive Le CdC sono uno snodo essenziale del nuovo SSN, e i ritardi nella loro attuazione mostrano ancora una volta come la cultura della salute e l'investimento sul SSN siano considerati purtroppo questione opzionale a partire dal Ministro della salute, ma anche per molti operatori ancorati ad un paradigma novecentesco e che faticano a rinnovarsi e a rinnovare il loro operato.

Le CdC che ci immaginiamo accoglienti, accessibili, belle anche sul piano architettonico, inserite in spazi di verde pubblico, come espressamente previsto nel documento della regione Toscana, costituiscono un luogo ma anche una grande occasione per riallacciare il dialogo far cittadini e istituzioni preposte alla salute. Dialogo che si è interrotto ormai da troppo tempo.

Le CdC costituiscono una sfida ma anche un'opportunità, non solo un nuovo piano edilizio, per la nostra salute, presente e futura. Per ripensare le cure primarie, la medicina territoriale e non solo. Per ridare slancio al processo di integrazione che sta alla base della logica d'intervento di prossimità.

Per ridare senso ad attività professionali, come quelle dei MMG, oggi soffocate dalla burocrazia e dalla scarsa incisività per l'isolamento in cui esse sono svolte.

Per realizzare in fine la presa in carico del paziente assumendosi appieno la gestione della complessità assistenziale che i grandi mutamenti sociali hanno determinato sulla salute umana.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119829

quotidianosanita.it

Gli Ospedali di comunità e il rischio di uno stravolgimento delle indicazioni di Pnrr e Dm 77

Giuseppe Belleri, Claudio Maria Maffei

Nell'autonomia incontrollata delle Regioni le progettualità del PNRR corrono il rischio di essere tradite nel loro spirito dalla concreta realizzazione che se ne farà da parte delle Regioni.

17 GEN -

C'è preoccupazione, come testimoniano molti interventi qui su Qs, circa i ritardi nella effettiva realizzazione delle strutture previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed in particolare delle Case della Comunità (CdC) e degli Ospedali di Comunità (OdC), [documentati tra l'altro di recente dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio](#), e sul rischio che una volta realizzate ci sia l'impossibilità di farle funzionare per carenza di personale, [come segnalato più volte dalle Regioni](#).

La nostra impressione è che vi sia un terzo e ulteriore problema: nell'autonomia incontrollata delle Regioni le progettualità del PNRR corrono il rischio di essere tradite nel loro spirito dalla concreta realizzazione che se ne farà da parte delle Regioni. E' questo il caso della Lombardia e delle Marche, le Regioni in cui chi scrive ha a lungo operato e che conosce bene (GB per la Lombardia e CMM per le Marche).

La nostra chiave di lettura è semplice: il PNRR e il DM 77 hanno un obiettivo chiaro, anche se magari non tradotto in indicazioni tutte condivisibili, e cioè puntare ad un riequilibrio/integrazione tra assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale come richiesto dalla prevalenza della cronicità come problema di salute.

La esperienza delle due Regioni Lombardia e Marche evidenzia il rischio della sostanziale trasformazione dei tre nodi della rete territoriale rinnovata - CdC, OdC e COT - da strutture funzionalmente integrate come indicato da AGENAS in appendici della organizzazione e della cultura dell'Ospedale.

La nostra ipotesi è che, in assenza di un monitoraggio centrale dei Piani Regionali di utilizzo delle risorse del PNRR che entri nel merito dei modelli organizzativi e culturali sottesi agli interventi strutturali,

rischiamo in alcune Regioni di ritrovarci a interventi completati una sanità più vecchia e ingessata di quella pre-PNRR e pre-DM 77. In questo intervento ci concentreremo in particolare sugli OdC.

Il disallineamento tra progettualità nazionali ed implementazione regionale

In linea teorica il problema della mancanza di una cultura comune di fondo sui servizi previsti da PNRR e DM 77 non si dovrebbe porre, visti ad esempio i numerosi contributi di indirizzo dell'Agenas, come il recente [Documento Agenas sull'infermiere di famiglia o comunità](#) preceduto da quelli sulle [Case della comunità](#), sull'[Ospedale di Comunità](#) e sulle [Centrali Operative Territoriali](#).

L'esperienza insegna però che non basta fare un Decreto o un atto di indirizzo per determinare un impatto coerente con le sue indicazioni nelle Regioni. Tra il disegno riformatore e la sua realizzazione concreta si frappone il cosiddetto implementation gap, sovente di tale entità da mettere a repentaglio il raggiungimento degli obiettivi del progetto originario.

Quello che rischia di avvenire con il PNRR e il DM 77 ha dei precedenti sia a livello ospedaliero che territoriale. A livello ospedaliero il DM 70, che era la base per una progressiva razionalizzazione della rete ospedaliera e il contestuale investimento sulle reti territoriali, è stato largamente inapplicato nella stragrande maggioranza delle Regioni.

A solo titolo di esempio, le Marche hanno approvato un [Piano Socio Sanitario e un Programma di Edilizia ospedaliera del tutto difforni dalle indicazioni del DM 70](#), di fatto non solo confermando, ma addirittura accentuando, la dispersione delle strutture ospedaliere che il DM 70 voleva contrastare.

Quanto alle reti territoriali basta tenere presente quel che è successo col [Piano Nazionale della Cronicità](#) (PNC) e col [Piano Nazionale Demenze](#). Sulla cronicità venne costituito nel 2021 un [Gruppo Interparlamentare](#) che nel settembre 2022 produsse il suo [Documento conclusivo](#) che confermava disomogeneità e ritardi.

Dopo di che la cronicità è uscita dai radar del dibattito sulla evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, travolta da altre priorità anche mediatriche e quindi di consenso, come quella sulla crisi dei Pronto Soccorso e l'ulteriore allungamento delle liste di attesa.

C'è tornata solo di recente col [XXI Rapporto di Cittadinanzattiva sulle Politiche della cronicità](#) che già dal titolo la dice lunga sullo stato di attuazione del Piano della cronicità in Italia: "Nel labirinto della cura".

E anche sulle demenze per documentarsi nei ritardi del Piano Nazionale basta andare al [comunicato stampa dell'Istituto Superiore di Sanità del marzo 2022](#) pubblicato dopo una survey nazionale sui Centri dedicati. E da allora le cose possono essere solo peggiorate.

Un esempio emblematico del disallineamento tra il quadro di riferimento nazionale e quello applicativo regionale è venuto dalla [esperienza della Presa in Carico \(PiC\) lombarda](#) avviata nel 2017.

Tra gli elementi comuni ai vari modelli regionali indicati nel PNC erano assenti i tratti ritenuti innovativi della PiC del modello lombardo, vale a dire i Gestori organizzativi e i Clinical Manager specialistici candidati alla PiC dei cronici in sostituzione dei generalisti territoriali.

La scelta lombarda, unica tra le Regioni, di spostare il baricentro delle cure della cronicità dall'assistenza primaria a quella specialistica, specie del livello ospedaliero, era dissonante con la visione sistemica e la promozione dell'integrazione tra livelli e contesti assistenziali enfatizzata dal PNC: "la sfida alla cronicità è una sfida di sistema, che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità".

Le tendenze al trasferimento della PiC al livello specialistico sono state vanificate prima di tutto dagli specialisti ospedalieri, che in teoria dovevano fare concorrenza al MMG, ma che alla prova dei fatti hanno arruolato un risicato 5% del 10% totale scarso di pazienti cronici che hanno accettato la proposta di PiC.

Ospedale di Comunità e rete territoriale

Venendo agli OdC, c'è un rischio di fondo nell'aver usato nella loro definizione la parola "Ospedale", scelta che rischia di portare la politica a spingere verso una caratterizzazione ospedaliera di questo tipo di struttura.

L'Ospedale di Comunità non è stato "inventato" dal PNRR e regolamentato dal DM 77, ma [ha già una lunga storia](#).

Ne parlava già, infatti, il [Piano Sanitario Nazionale 2006-2008](#).

L'OdC non è un piccolo ospedale ancor più piccolo, tipo "piccolissimo ospedale", ma qualcosa di diverso. E non è nemmeno un pezzo a bassa intensità assistenziale di un ospedale per acuti.

E' una struttura a gestione territoriale in cui si fa una attività di ricovero non ospedaliero senza la continuità della presenza del personale medico di reparto nelle 24 ore, una assistenza rivolta a pazienti "intermedi" tra quelli degli ospedali veri e quelli delle strutture residenziali o in assistenza domiciliare provenienti in dimissione dai reparti per acuti o dal territorio.

La sua collocazione ideale è in un'unica infrastruttura accanto a e in sinergia con gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale.

Per quanto riguarda gli OdC nella Regione Lombardia, qui si registra la tendenza ad inserire in modo diffuso gli OdC all'interno degli ospedali per acuti.

Nel [capitolo del Rapporto Oasi 2022 del Cergas dell'Università Bocconi](#) si analizza la situazione della AST di Mantova – ma il riferimento vale anche per gli ospedali di [Cremona](#) e di [Brescia](#) - e si afferma che “dal punto di vista delle dotazioni tecnologiche, la maggior parte degli OdC della provincia di Mantova sono/saranno ubicati dentro ospedali per acuti pertanto potranno disporre delle tecnologie presenti”.

Nelle intenzioni il DM 77 prevede invece di collocare gli OdC soprattutto sul territorio in coerenza con le indicazioni del [metaprogetto dell'OdC elaborato da Agenas](#): “l’inserimento di un OdC integrato con la CdC e COT in un edificio esistente può risultare la soluzione più ottimale per generare rigenerazione urbana, ridurre l’impatto sull’ambiente e permettere la valorizzazione patrimonio costruito esistente”.

La tendenza della Regione Lombardia a collocare numerosi OdC in un ospedale per acuti rischia di spostare il baricentro della sua attività verso le esigenze organizzative dell’ospedale e di ridimensionare il suo rapporto con il territorio, le CdC e la rete dei professionisti dell’Assistenza Primaria.

E’ probabile, e in alcuni casi inevitabile, che un OdC inserito nella struttura ospedaliera venga quasi esclusivamente utilizzato per pazienti dimessi dai reparti per acuti dai reparti di area medica in modo da alleviare il boarding dei ricoverati in OBI, riducendo così al massimo le ammissioni dal territorio.

Questa scelta rischia di disincentivare la integrazione e la continuità con il territorio e di limitare un recupero della gestione clinica da parte dei MMG più votati a tale dimensione, in quanto affidata ai medici dipendenti del SSN e non ai convenzionati come indica il DM77. Per giunta [la recente apertura della Regione Lombardia alla gestione degli OdC da parte dei privati](#) va nella stessa direzione, ricorrendo ad una esternalizzazione gestionale che sottrae queste strutture ad una governance pubblica di sistema della cronicità.

Nelle Marche il Piano Socio Sanitario approvato di recente addirittura stravolge il DM 77 inventando per alcuni OdC di una sorta di loro versione “di area disagiata”. Si tratta di tre OdC di un territorio molto concentrato ed elettoralmente molto interessante per la Giunta di centrodestra. Non c’è nessuna analisi a conforto di questa scelta, né alcun supporto normativo.

E’ letteralmente una invenzione giustificata dall’essere l’area geografica che ne “benefica” contraddistinta da una situazione climatica caratterizzata da abbondanti nevicate e da venti molto intensi (motivazione che conoscendo la geografia delle Marche farebbe ridere, ma meglio non riderne per la sua gravità).

Ma quali sono i vantaggi legati a questo riconoscimento? Il primo e più importante è che viene previsto un potenziamento della rete di Emergenza-Urgenza presso queste tre strutture. Il Piano prevede per loro una sorta di quasi-Pronto Soccorso con personale medico dedicato con adeguata qualifica fornito dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione di riferimento.

Le tre strutture beneficiarie del riconoscimento (Cagli, Fossombrone e Sassocorvaro) si avvantaggiano poi del riconoscimento di status di Ospedale di Comunità “di area disagiata” per un altro motivo: viene loro concesso di avere almeno sulla carta una attività di ricovero nell’area della post-acuzie (lungodegenza e/o riabilitazione) che non dovrebbero avere perché vorrebbe dire avere la guardia medica interna specialistica nelle 24 ore, non prevista per gli OdC. In coerenza con questa scelta dentro i tre ospedali in questione è previsto un poliambulatorio specialistico con le seguenti discipline: Patologia vascolare, Ematologia, Endocrinologia, Geriatria, Ginecologia, Medicina interna, Nefrologia, Neurologia, Oculistica, Oncologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Flebologia, Dermatologia, Urologia, Gastroenterologia, Psichiatria e Psicologia Clinica, più una attività immunotrasfusionale, un Ambulatorio Chirurgico (Endoscopia digestiva di I livello, chirurgia breve, ecc.) e un Centro Ambulatoriale di Terapia del Dolore. Siamo in presenza di un evidente stravolgimento della lettera e dello spirito sia del DM 77 che del PNRR.

Conclusioni

Queste scelte di due Regioni così diverse tra loro, ma accomunate dall’essere molto rappresentative sul piano politico dell’attuale governo centrale, ci fanno suggerire l’importanza di includere nel monitoraggio della applicazione sul campo del DM 77 affidato all’Agenas (vedi [il Report sul Monitoraggio Fase 2 concernente l’applicazione del DM 77](#)) oltre agli aspetti strutturali anche quelli di processo relativi ai modelli organizzativi adottati, per evitare un “patologico” disallineamento di alcune Regioni e una disomogeneità inter-regionale inaccettabile.

Per quanto riguarda le funzioni degli OdC la diversificazione delle implementazioni locali rispetto al DM77 rischia già di eccedere la “fisiologia”.

Per non ritrovarsi poi a piangere sulla ennesima occasione persa col PNRR e il DM 77, così come sono state perse le occasioni legate alla mancata applicazione del DM 70, del Piano Nazionale della Cronicità e di tutti gli infiniti atti di indirizzo rimasti nella maggioranza delle realtà regionali recepiti nella forma, ma sostanzialmente inapplicati nella sostanza.

Se dovesse prevalere, come la chiamano [Giovanni Bertin e Marta Pantalone](#), la “colonizzazione del territorio con la stessa cultura di governo utilizzata nella gestione dei sistemi ospedalieri”, l’auspicata integrazione ospedale-territorio, già di per sé problematica, diverrebbe ancor più ardua.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119526

quotidianosanita.it

Case di Comunità, raccomandazioni per renderle luoghi di partecipazione: l’esperienza toscana

Luca Caterino, Federsanità Anci Toscana, https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119676**Francesco Ranghiasi**, Sociolab Impresa Sociale

24 GEN - Gentile direttore,

nel [Decreto Ministeriale 77/2022 \(regolamento recante la definizione di “modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”\)](#) la Casa della Comunità (CdC) è definita come [...]“il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento”. Oltre a tali principi, il documento ministeriale afferma il ruolo cruciale della partecipazione della Comunità, nelle sue forme associative e di Terzo settore; tale aspetto viene rilanciato con forza anche all’interno della [Delibera regionale toscana 1508/2022 \(La programmazione dell’assistenza territoriale in Toscana\)](#), quando afferma che la CdC [...] “deve rappresentare il luogo della partecipazione dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti”.

Tali strutture, che per certi aspetti rappresentano un’evoluzione delle Case della Salute già presenti da anni in Toscana, riconoscono quindi sin dai propri atti istitutivi l’importanza e il valore della partecipazione comunitaria, intesa tanto negli aspetti di coprogrammazione, coprogettazione e valutazione dei servizi, che in quelli relativi alla loro erogazione. Durante l’autunno del 2022 il progetto [Cantieri della Salute](#) dedicato alla partecipazione civica sui temi della Salute, sviluppato grazie alla collaborazione tra Regione Toscana e Anci Toscana e con il supporto tecnico di Sociolab Impresa Sociale, ha affrontato in alcuni territori proprio la questione di come declinare la partecipazione della Comunità all’interno delle CdC. Attraverso la discussione e il dialogo che hanno arricchito le Agorà in quattro Società della Salute - coinvolgendo cittadini, associazioni, operatori e operatori dei Servizi, Amministratori locali e regionali - sono quindi emerse una serie di indicazioni concrete per valorizzare il ruolo della Comunità sin dalle fasi di progettazione di queste strutture, per renderle luoghi attraenti e accessibili, una casa di tutte e tutti dove poter sperimentare la collaborazione tra Pubblica Amministrazione e Terzo settore, e dove creare sinergie all’interno del mondo del volontariato locale, avendo come riferimento costante i bisogni in tema di Salute del proprio territorio.

Da tale percorso è stato prodotto un [documento](#) che rappresenta allora una raccolta di idee e raccomandazioni emerse dall’ascolto di coloro che sono chiamati a vivere le CdC, ovvero utenti, associazioni, operatori e/o manager dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, amministratori:

- **3 sezioni tematiche** che affrontano ciascuna una dimensione che le persone coinvolte negli eventi organizzati da Cantieri della Salute hanno ritenuto centrali per le future Case di Comunità:
 - Luoghi inclusivi e intergenerazionali
 - Luoghi collaborativi
 - Luoghi che offrono servizi di qualità
- **9 raccomandazioni** utili per chi dovrà implementare le Case di Comunità in modo che diventino luoghi di partecipazione e co-produzione di servizi
- **7 buone pratiche** nate dall’esperienza dei Cantieri della Salute e da replicare o utilizzare come fonte di ispirazione
- **6 schede con approfondimenti metodologici** utili per migliorare la partecipazione, la collaborazione e la qualità dei servizi all’interno delle Case di Comunità.

Una sorta di “cassetta degli attrezzi” in grado di guidare quelle scelte funzionali a rendere questi luoghi inclusivi, stimolanti per la collaborazione tra i Servizi e tra questi e il Terzo settore, mai perdendo di vista la qualità di interventi sempre più orientati alla prossimità, alla prevenzione e all’integrazione sociosanitaria.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119676

Dal "documento di posizione" dell'associazione MMG per la dirigenza un momento di svolta

Roberto Polillo e Saverio Proia

Il [documento](#) è importante per i contenuti che esprime, per il livello di analisi a supporto delle tesi espresse e per la costituzione gruppo che lo ha elaborato essendo formato da MMG che operano sul campo. Si esce dalla crisi della medicina generale con un cambio di paradigma che ribalta la condizione di "separatezza normativa" e "isolamento professionale" più volte richiamate nel documento e che considera i MMG come parte di un tutto

24 GEN - Il "[documento di posizione](#)" dell'associazione MMG per la dirigenza rappresenta un momento di svolta nella lunga lotta per dare dignità professionale e reale capacità di intervento ai medici di medicina generale. Il documento è importante per i contenuti che esprime (e che in sostanza sono sovrapponibili alle proposte da noi avanzate negli ultimi 10 anni), per il livello di analisi a supporto delle tesi espresse e per la costituzione gruppo che lo ha elaborato essendo formato da MMG che operano sul campo.

Si esce dalla crisi della medicina generale con un cambio di paradigma che ribalta la condizione di "separatezza normativa" e "isolamento professionale" più volte richiamate nel documento e che considera i MMG come parte di un tutto, come componente con pari doveri e pari diritti dell'insieme del personale sanitario pubblico o privato che opera nelle strutture territoriali

Da tempo abbiamo avanzato proposte in linea con il documento: accesso alla professione tramite titolo di specializzazione universitaria in sostituzione del diploma fatto in casa e cogestito da regioni e sindacati corporativi; rapporto di dipendenza; lavoro nelle case delle comunità in team con personale infermieristico, amministrativo e psicologi nonché di specialità a contratto di dipendenza e infine continuità assistenziale con le strutture ospedaliere, specie quelle a gestione infermieristica ma non solo.

Abbiamo anche sostenuto che la complessità clinica, richiamata anche dal documento che caratterizza i pazienti con pluripatologie, necessita di personale clinicamente addestrato il cui aggiornamento periodico dovrà avvenire in parte anche nelle strutture ad alto impatto assistenziale, rompendo lo steccato che oggi esiste tra ospedale e territorio.

Nel documento vengono anche smontate le tesi senza fondamento di chi ritiene che le case della comunità privino di assistenza i piccoli paesi e i cittadini che vi vivono o che impediscano la libera scelta del medico da parte dell'assistito: una menzogna che viene smentita da quanto avviene in altri paesi come Spagna o Portogallo dove la dipendenza sei MMG è già una realtà consolidata.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119674



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1705921077.pdf>

S O M M A R I O

• 01

INTRODUZIONE E PREMESSE

Considerazioni introduttive
Attrattività della professione di Medico di Medicina Generale
Storia ed obiettivi del Movimento
Uno sguardo all'Europa

• 02

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Formazione accademica
Status giuridico professionale

- I vantaggi della dipendenza
- Previdenza

Care della Comunità e Organizzazione

- Medicina di prossimità
- Le Case della Comunità
- Transizione tecnologica

• 03

CONCLUSIONI

Modello complessivo e fase di transizione

• 04

BIBLIOGRAFIA

Gruppo di lavoro

Anna Antonucci *Napoli* - MMG

Alberto Arboritanzza *Bari* - MMG

Federico Bonventre *Trapani* - MMG

Michele Bosco *Trapani* - MMG

Enzo Bozza *Belluno* - MMG

Mila Consiglio *Palermo* - MCCP

Ilaria Cuoghi *Roma* - MMG

Roberta Di Domenicantonio *Roma* - MMG

Baldo Di Silvestre *Palermo* - MMG

Maria Francesca Falcone *Catania* - MMG

Serenella Fasulo *Palermo* - MMG

Arianna Giusti *Pisa* - MCCP

Antonio Infantino *Bari* - MMG

Mariangela Murdaca *Bergamo* - MMG

Carmela Sorci *Palermo* - MMG

Giovanni Tiberio *Roma* - MMG

Sabrina Valguarnera *Palermo* - MMG

Laura Viotto *Roma* - MMG

quotidianosanita.it

Alla Asl di Teramo il Convegno nazionale sull'ospedale del futuro

Il convegno che si terrà il prossimo 11 gennaio, ospiterà un momento di riflessione sull'evoluzione degli ospedali pubblici. Il Dg Di Giosia: "Vogliamo fornire alla comunità contributi qualificati, con i massimi esperti nella programmazione sanitaria a livello nazionale, che illustreranno i nuovi modelli organizzativi e dunque quello che saranno gli ospedali di un futuro ormai prossimo"

09 GEN -

Domenico Mantoan, direttore generale Agenas e **Americo Cicchetti**, direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute fra i nomi di rilievo che parteciperanno giovedì 11 gennaio al convegno nazionale "Ospedale del futuro: flessibile, tecnologico, sostenibile: I modelli organizzativi". La sala convegni del secondo lotto del Mazzini dalle 9,30 ospiterà un momento di riflessione sull'evoluzione degli ospedali pubblici a cui parteciperanno alcuni fra i nomi di spicco nel panorama della programmazione sanitaria nazionale.

I lavori saranno aperti dai saluti istituzionali del direttore generale della Asl **Maurizio Di Giosia**, di **Pierluigi Cosenza**, direttore dell'Agenzia sanitaria regionale, **Silvia Scelsi**, presidente nazionale Asiquas, **Nicoletta Veri**, assessore regionale alla Salute e dal governatore **Marco Marsilio**.

Subito dopo sarà presentato un ebook realizzato da Asiquas (Associazione italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria e sociale) con Quotidiano sanità su "Ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro" a cura del segretario nazionale Asiquas **Giorgio Banchieri**, con **Maurizio Dal Maso**, **Virginia Serrano** e **Antonio Giulio de Belvis**.

Successivamente, alle ore 11,30, prenderà il via una tavola rotonda su "L'ospedale che cambia, l'ospedale 4.0". Introdurrà **Americo Cicchetti**, direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute. Al dibattito parteciperanno anche Luigi Bertinato (Who), **Antonio D'Amore** (vicepresidente nazionale Fiaso), **Francesco Enrichens** (Agenas), **Camillo Odio** (responsabile Accordi di programma con il ministero del Dipartimento sanità Regione Abruzzo), Maria Pia Randazzo (dirigente statistico Agenas). Le conclusioni saranno affidate a **Domenico Mantoan**, direttore generale Agenas. Modererà i lavori Ester Maragò (Quotidiano Sanità).

"Da tempo il nostro territorio è animato da un dibattito su quello che sarà il nuovo ospedale di Teramo", commenta il direttore generale **Maurizio Di Giosia**, "con questo convegno abbiamo voluto fornire alla comunità contributi qualificati, con i massimi esperti nella programmazione sanitaria a livello nazionale, che illustreranno i nuovi modelli organizzativi e dunque quello che saranno gli ospedali di un futuro ormai prossimo. Un dibattito che così non si limiterà a considerare il contenitore, ma potrà arricchirsi anche dei contenuti e quindi di una visione integrata dei modelli assistenziali e di presa in carico del paziente".

L'evento sarà trasmesso in diretta sulla pagina Facebook della Asl: Help Desk Aslteramo.

https://www.quotidianosanita.it/abruzzo/articolo.php?articolo_id=119357

quotidianosanita.it

Fuga dalla sanità italiana. Oltre 6mila medici e operatori all'estero nel 2023, il 60% in Medioriente. I dati dell'associazione medici stranieri

Foad Aodi, fondatore e presidente dell'Amsi: "Medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, e tanti altri colleghi, ogni giorno ci scrivono e si rivolgono alla segreteria dell'Amsi. Ogni mese ci arrivano in media circa 500 email"

10 GEN - Medici e operatori sanitari italiani in fuga all'estero.

"Ci lasciamo alle spalle un 2023 che ha rappresentato l'anno dei record, e non è certo una buona notizia, per le richieste di professionisti della sanità decise a lasciare l'Italia. Siamo di fronte ad un vero e proprio vento di malcontento che soffia fortissimo sul nostro Paese. Più di 6mila sono le richieste arrivate all'Amsi, l'Associazione medici stranieri, solo negli ultimi 12 mesi.

Negli ultimi 5 anni in Italia avevamo registrato un picco di richieste di circa il 30%. Si è poi arrivati al 40% tra maggio e settembre scorsi". Così **Foad Aodi**, fondatore e presidente dell'Amsi. "Medici, infermieri,

fisioterapisti, logopedisti, e tanti altri colleghi, ogni giorno ci scrivono e si rivolgono alla segreteria dell'Amsi. Ogni mese ci arrivano in media circa 500 email - avverte il presidente dell'Amsi - Gli ultimi 12 mesi hanno poi aperto la strada al sogno Medioriente. Oltre 4mila delle 6mila richieste arrivano oggi per i Paesi del Golfo, in primis Emirati Arabi, Arabia Saudita e Qatar”.

“Come Amsi rispondiamo alle domande dei medici, accogliamo i loro interrogativi, comprendiamo i loro timori e anche le loro ambizioni. Nel contempo, però, lavoriamo da anni, e come non mai lo abbiamo fatto negli ultimi 12 mesi, per convincere la politica - rimarca Aodi - ad agire per arginare quella che è una vera e propria fuga, un esodo di massa che rischia di indebolire ulteriormente la nostra sanità pubblica e naturalmente anche quella privata, già notevolmente messe a dura prova.

Ognuno di noi deve fare la sua parte per arginare la fuga dei nostri medici all'estero, per noi risorsa preziosissima, creando terreno fertile per convincerli a restare, senza ovviamente nel contempo frenare il loro desiderio di miglioramento e crescita, sia chiaro più che legittimo - ricorda -

L'Associazione Medici di origine straniera in Italia, insieme all'Unione Medica Euromediterranea, porta avanti da anni un impegno encomiabile che è sotto gli occhi di tutti, con propri rappresentanti in ben 120 Paesi nel mondo”.

La qualità della tutela della salute della collettività è fortemente a rischio, a fronte di un sistema sanitario italiano sempre più fragile, se non si porrà un freno alla fuga di medici e infermieri creando per loro il terreno fertile per decidere di rimanere nel nostro sistema sanitario e soprattutto per ridonare appeal alle professioni sanitarie italiane - conclude Aodi - Il nostro appello è sempre 'aiutarli a casa loro in Italia', al quale stanno aderendo più di 75 tra associazioni e sindacati di professionisti della sanità, organizzazioni e associazioni di strutture sanitarie e cliniche privati e poliambulatori”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119387

quotidianosanita.it

Edilizia sanitaria.

Oltre il 40% delle risorse stanziato risulta ancora non speso. Necessaria una semplificazione delle procedure. La bozza di documento dell'indagine conoscitiva al Senato

Giovanni Rodriguez

Al 31 dicembre 2020, a fronte di 23,3 miliardi destinati alla sottoscrizione di accordi di programma, ne erano stati sottoscritti 86, per un importo pari a 12,9 miliardi (circa il 50% delle risorse destinate). Dal 2020 al 2022 sono stati sottoscritti 6 accordi, portando a 91 il numero di quelli complessivamente sottoscritti dalle regioni, per un valore complessivo di 13,8 miliardi. Le risorse ancora da utilizzare rappresentano il 43% delle somme attribuite. Molte le diversità tra Regioni: sono 10 quelle che, pur avendo ottenuto il finanziamento, non hanno portato avanti nuovi accordi.

26 GEN -

Pronto lo schema di documento conclusivo proposto dal relatore **Franco Zaffini (Fdl)** sull'indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della missione 6 del Pnrr. Il documento, presentato in commissione Sanità al Senato è ancora una bozza, rimessa alla riflessione della Commissione per individuare possibili miglioramenti del testo.

L'indagine conoscitiva ha voluto innanzitutto ricostruire in termini puntuali il concreto funzionamento della normativa vigente ed esaminarne i singoli aspetti applicativi, attraverso i contributi offerti dai soggetti istituzionali coinvolti, allo scopo di prospettare le possibili modifiche, funzionali al superamento delle numerose criticità e dei limiti riscontrati in relazione alla definizione e allo stato di attuazione degli accordi di programma.

Da quanto emerso, l'impiego dei fondi sembra richiedere tempi molto lunghi, che comportano pesanti ritardi nella realizzazione degli investimenti pubblici in edilizia sanitaria, e la capacità di spesa delle regioni appare "gravemente inficiata". In termini numerici, risulta eloquente il dato citato dai rappresentanti della stessa Corte dei conti, in base al quale, **al 31 dicembre 2020, a fronte di 23,3 miliardi destinati alla sottoscrizione di accordi di programma, erano stati sottoscritti 86 accordi di programma, per un importo pari a 12,9 miliardi (ovvero poco più del 50 % delle risorse destinate).**

Negli ultimi anni, spiega il documento, "continua inoltre ad osservarsi un forte rallentamento nel funzionamento del Programma: dal 2020 al 2022 sono stati sottoscritti 6 accordi, portando a 91 il numero di quelli complessivamente sottoscritti dalle regioni, per un valore complessivo (al netto delle revoche) di 13,8 miliardi".

Le risorse ancora da utilizzare sono poco meno di 10,5 miliardi e rappresentano il 43 per cento delle somme attribuite al Programma. Un dato medio che, come evidenziato in audizione in Commissione dai rappresentanti della Corte dei conti nella seduta del 9 maggio 2023, nasconde diversità considerevoli tra regioni. Sono infatti ben 7 quelle che presentano risorse da utilizzare sopra la media, e 4, in particolare, hanno sottoscritto accordi per meno del 40% delle somme disponibili. Il confronto tra lo stato del programma nel 2016 e quello degli anni più recenti conferma il rilievo delle somme non utilizzate: **sono ben 10 le regioni che, pur avendo ottenuto il finanziamento per il complesso delle risorse degli accordi sottoscritti, non hanno portato avanti nuovi accordi**", si legge nella bozza.

Quanto alle conclusioni e ipotesi migliorative rappresentate in Commissione, è emersa in Commissione la necessità di procedere alla **semplificazione delle procedure relative alla realizzazione degli interventi infrastrutturali**. Si è invocata anche la necessità di rendere disponibili linee guida per standardizzare i processi base, come ad esempio la programmazione regionale di settore, nonché di individuare e divulgare le best practices che, definite da alcune regioni, potrebbero essere adottate anche da altre. Infine, sempre nell'ottica della semplificazione amministrativa dei processi, è stata sottolineata la necessità di individuare un iter amministrativo semplificato per gli interventi non complessi e al sotto di una determinata soglia di spesa.

Con riferimento alla **definizione del livello di progettazione previsto per l'inserimento degli interventi negli accordi di programma**, sono giunte nel corso delle audizioni diverse proposte finalizzate ad individuare "un livello di progettazione di grado più elevato di quello attualmente utilizzato ai sensi dell'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008, ad integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002, andando a recepire anche quanto previsto ai sensi del nuovo codice dei contratti pubblici".

Con riferimento al **miglioramento dell'attività di progettazione**, è stata avanzata la proposta di istituire un fondo rotativo nazionale per la progettazione che consenta di operare anche nella fase propedeutica alla definizione degli accordi di programma e comunque a "valutare l'opportunità di un ulteriore incremento della dotazione del FRP, attualmente gestito dalla Cassa depositi e prestiti Spa, mediante uno stanziamento aggiuntivo a carattere pluriennale sul bilancio dello Stato. Per riferimento, uno stanziamento aggiuntivo di euro 1 milione consentirebbe, ai tassi vigenti, di concedere nuove anticipazioni per circa euro 100 milioni".

Riguardo alla **revisione del fabbisogno economico-finanziario previsto per gli interventi** e possibile adeguamento prezzi, sono giunte alcune proposte finalizzate ad "individuare specifiche modalità semplificate di revisione del fabbisogno economico-finanziario previsto per ogni specifico intervento, nonché le opportune modalità di adeguamento delle coperture anche attraverso specifici accantonamenti sulle risorse ex art. 20 della legge n. 67/88 disponibili a bilancio".

In riferimento alle **necessità di implementare e incrementare il supporto tecnico-amministrativo dovuto al blocco del turn over**, che ha comportato negli anni una forte riduzione del personale tecnico-amministrativo con competenze specifiche per definire e attuare gli interventi previsti dagli accordi di programma, è stato suggerito di "prevedere l'individuazione di una specifica unità di missione ovvero di una cabina di regia in grado di fornire supporto tecnico, amministrativo e procedurale, anche avvalendosi di realtà esistenti ed operanti nel campo dell'assistenza tecnica".

Facendo inoltre riferimento alla **trasparenza delle informazioni sulla realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67/1988**, secondo quanto emerso nelle audizioni, "la mancata disponibilità di tali informazioni non rende possibile l'esercizio delle previste forme diffuse di 'controllo democratico' sugli interventi programmati, sulla loro realizzazione e sull'utilizzo delle risorse. Pertanto, è stato suggerito di indicare, già negli schemi degli accordi di programma, tutti i Cup riferiti agli interventi, in modo da assicurarne una più efficace tracciabilità all'interno dei sistemi informativi di monitoraggio degli investimenti pubblici".

Infine, in relazione alle **criticità e ai limiti connessi all'esercizio da parte delle regioni dei poteri di revoca**, la Corte dei conti ha rilevato che la finalità dell'istituto della revoca non è stata quella di recuperare le risorse non utilizzate, quanto quella di sollecitare le regioni all'utilizzo effettivo delle risorse definite in un Accordo di programma già stipulato. Secondo l'avviso della Corte, pertanto, tale istituto non sembra abbia effettivamente sortito l'effetto atteso. Le risorse assegnate, seppur oggetto di revoca, rimangono attribuite alle regioni per ulteriori interventi. Questo riduce di molto l'incentivo a predisporre e chiedere il finanziamento di progetti effettivamente in grado di essere realizzati. Certamente, la semplificazione delle procedure e della documentazione relativa alle parti degli accordi meno complesse potrà ridurre i casi di ritardo non riconducibile a cattiva progettazione. Rimane, tuttavia, da rendere più efficace il disincentivo alla cattiva progettazione degli interventi.

Ad avviso della Corte, quindi, potrebbe essere valutata la **possibilità di introdurre una qualche penalità in caso di revoca**: si potrebbe, ad esempio, prevedere che una quota dell'importo (ad esempio il 5 - 10 per cento) sia sottratta alla disponibilità dell'ente per essere destinata ad una finalità diversa o per finanziare le regioni che hanno esaurito le proprie disponibilità e che sono nei tempi nella realizzazione delle opere. In tal modo si introdurrebbe, accanto ad un disincentivo, un incentivo ad una progettazione operativa da portare avanti nei tempi previsti.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=119760

quotidianosanita.it

Il 46% dei medici pensa alla pensione anticipata e il 38,7% dei non pensionabili di lasciare il pubblico. La nuova survey Fadoi

Ma circa il 70% degli ospedalieri vede ancora nel Ssn un baluardo del diritto alla salute, che mette le ragioni assistenziali davanti a quelle economiche. Solo il 9,8% pensa che gli straordinari meglio retribuiti possano risolvere il problema delle liste di attesa, che per il 41,2% si affronta assumendo personale

29 DIC -

Quasi la metà pensa di appendere in anticipo il camice bianco al chiodo, soprattutto per evitare presenti e futuri tagli alle loro pensioni, ma anche per i carichi di lavoro eccessivi. Ma a preoccupare è soprattutto quel terzo abbondante di loro che se tornasse indietro non sceglierebbe più di iscriversi a medicina e quel 12 e passa per cento che addirittura oggi pensa di cambiare proprio mestiere. Mentre l'idea di pagare meglio gli straordinari, come previsto dalla manovra è la ricetta idonea a tagliare le liste d'attesa per a mala pena un dottore su dieci.

A sondare l'umore dei nostri medici, sempre più tentati di dire addio al servizio pubblico, è la survey condotta da Fadoi, la Federazione dei medici internisti ospedalieri, su un campione rappresentativo di camici bianchi di tutte le regioni italiane. Medici d'esperienza, con alle spalle in oltre la metà dei casi molti anni di carriera, con appena il 30% del campione che lavora da meno di 10 anni nel Ssn.

L'idea di tagliare in anticipo il traguardo della pensione sta passando per la testa del 46,15% di loro. Una percentuale così alta che se pure nel 10% dei casi si trasformasse in realtà significherebbe la fuoriuscita anticipata dai nostri ospedali di decine di migliaia di professionisti. A spingere il 57,14% dei medici al pensionamento anticipato è la paura di subire un taglio alla propria pensione, magari con misure retroattive come quelle introdotte nella manovra, anche se poi alleggerite con un successivo emendamento. Per il 30,95% la causa sarebbero gli eccessivi carichi di lavoro, mentre la bassa retribuzione motiva solo il 2,38% e la voglia di chiudere la carriera all'estero il 9,53%.

Anche chi non è in età di pensione nel 38,71% dei casi sta pensando di lasciare il servizio pubblico. Il 21,82% per andare nel privato, il 4,55% all'estero, mentre un preoccupante 12,33% di scoraggiati pensa di cambiare del tutto attività.

Uno scoramamento che trova conferma nel 36,43% che alle condizioni attuali tornando indietro nel tempo non sceglierebbe più di fare il medico.

Però le motivazioni di chi si sente ancora legato al servizio pubblico restano forti, con il 59,2% che motiva la sua scelta con la coscienza di voler garantire a tutti il diritto alla salute, seguito dal 17,46% che percepisce ancora come un valore la sicurezza del posto di lavoro, mentre per il 13,66% a non sciogliere il legame con il Ssn è il fatto che le esigenze assistenziali nel pubblico vengano prima delle ragioni economiche. Un altro 9,68% da invece come motivazione la qualità dei nostri ospedali, che resta ancora alta.

L'indagine punta poi ad analizzare le criticità nei reparti di medicina interna, quelli che in media assorbono circa il 50% di tutti i ricoveri ospedalieri. Per il 52,55% il problema numero uno resta la carenza di personale medico e infermieristico, soprattutto se rapportato alla intensità di cura medio-alta dei reparti di medicina interna, ancora classificati come reparti a bassa intensità di cura. La scarsa valorizzazione del medico di medicina interna nell'organizzazione del lavoro ospedaliero è invece segnalata dal 30,91%. La scarsa o mancata integrazione tra ospedale e servizi territoriali è indicata da un altro 9,27%, mentre per il 7,27% l'elemento di maggiore criticità è la carenza di posti letto nei reparti di medicina. Anche questa frutto della classificazione degli stessi reparti come "a bassa intensità di cura".

Quasi un plebiscito per l'utilizzo degli specializzandi a copertura dei vuoti in pianta organica con solo il 21,25% che pensa possano mettere a rischio la qualità dell'assistenza. Per il 56,36% è invece utile purché svolgano le loro attività affiancati da un tutor, mentre per il 22,39% servono, ma sarebbe utile semplificare la burocrazia che ancora vincola il loro utilizzo negli ospedali al parere delle Università.

Non convince infine la formula straordinari meglio pagati uguale meno liste di attesa, contenuta nella manovra economica, giudicata efficace solo dal 9,87% degli intervistati, mentre per il 41,18% serve assumere personale, per il 19,92% organizzare meglio le attività in modo da garantire un utilizzo più esteso sia delle apparecchiature diagnostiche che delle risorse umane. A parere del 27,70% andrebbe invece ridotta l'inappropriatezza prescrittiva, mentre appena l'1,33% ricorrerebbe al privato convenzionato per tagliare le liste di attesa.

“L'indagine rivela, forse a sorpresa per chi non conosce a fondo la realtà medica, che per continuare a tenere legati i medici al servizio pubblico non sono tanto le più alte retribuzioni, che pur andrebbero almeno avvicinate a quelle europee, quanto piuttosto il miglioramento delle condizioni di lavoro e di carriera, oltre che la garanzia del rispetto dei diritti pensionistici acquisiti”, afferma il **Presidente di Fadoi, Francesco Dentali**. “Certo - prosegue- preoccupa quel 40% che pensa di lasciare il servizio pubblico, ma sono gli stessi medici nelle loro risposte a indicare la via della rinascita: un Ssn che torni a garantire a tutti il diritto alla salute, apponendo le esigenze assistenziali davanti a quelle economiche, indicate da oltre il 70% dei medici come elemento che ancora li lega al pubblico”.

“Quanto una buona riorganizzazione possa incidere positivamente nel motivare i medici lo dimostrano le criticità emerse riguardo le medicine interne che assorbono una parte notevole di tutti i ricoveri”, sottolinea a sua volta il **Presidente della Fondazione Fadoi, Dario Manfellotto**. “Nei nostri reparti -prosegue- basterebbe superare una anacronistica e vetusta classificazione ministeriale, che con il codice 26 li definisce ancora a bassa intensità di cura, quando basta scorrere l'elenco delle cartelle cliniche per capire che i nostri sono pazienti complessi necessitano di alti livelli di assistenza”. “Un problema che sembra di natura burocratico-amministrativa ma che in realtà si traduce in una sotto-dotazione sia in termini di organico che di tecnologia”, conclude Manfellotto. Che chiede di “ridefinire gli standard di personale sanitario ancora vincolati a un vecchio decreto emesso da Donat Cattin”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119288



Infezioni correlate all'assistenza ospedaliera, Moro (SIMPIOS): “Il 60% è evitabile applicando le procedure di riduzione del rischio già note”

Un recente studio, pubblicato sull'*American Journal of Infection Control* rivela che anche dopo un'accurata pulizia, nel rispetto dei protocolli standard, le superfici possono continuare ad ospitare microbi nocivi. Il commento di Maria Luisa Moro, Presidente della SIMPIOS, in un'intervista a Sanità Informazione

Isabella Faggiano

Infezioni delle vie urinarie, della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi sono le principali quattro cause delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera che, in Italia, colpiscono tra il 5 e l'8% dei pazienti ricoverati, ovvero 450-700mila persone. Ogni anno, circa 4.500-7mila pazienti perdono la vita proprio a seguito di un'infezione nosocomiale che può rappresentare la causa principale o accessoria di morte. “Eppure queste quattro tipologie di infezioni potrebbero essere ridotte fino al 35-60%, a seconda della tipologia, semplicemente applicando le procedure di riduzione del rischio già note”, assicura Maria Luisa Moro, Presidente della Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS), in un'intervista a **Sanità Informazione**.

La contaminazione delle superfici

Tra queste, la detersione e, ove necessario, la disinfezione di routine delle superfici ospedaliere è sicuramente una delle più semplici e note, anche se, tuttavia, non sempre garantisce i risultati sperati. Un recente studio, pubblicato sull'*American Journal of Infection Control*, infatti, rivela che anche dopo un'accurata pulizia, nel rispetto dei protocolli standard, le superfici possono continuare ad ospitare microbi nocivi. “Il rischio di contaminazione microbica sui tavoli, sulle sponde del letto e su tutte le altre superfici presenti nelle stanze di degenza, è un problema ben noto – continua la Presidente Moro -. Tanto che, nel corso del tempo, sono state adottate precise procedure di sanificazione, attentamente stabilite, per mantenere al sicuro i pazienti e i

sanitari. Solo per fare un esempio, gli operatori sono 'istruiti' affinché procedano alla igiene delle mani ogni qual volta toccano una superficie, soprattutto se potenzialmente contaminata, e sempre immediatamente prima e dopo un contatto diretto con il paziente".

La ricerca americana

Lo studio è stato condotto presso il Central Texas Veterans Healthcare System, dove i ricercatori hanno prelevato campioni da 400 superfici. Si sono concentrati su quelle ad alto contatto, come manichini utilizzati per la pratica di rianimazione, postazioni di lavoro, tavoli, sponde del letto e tastiere dei computer nelle postazioni infermieristiche. Tutte queste superfici ospitavano batteri. In totale sono stati identificati 60 diversi tipi di batteri in tutti i campioni, tra cui 18 noti patogeni. I tipi più comuni di batteri patogeni noti includevano *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Escherichia coli* e *Klebsiella aerogenes*, tra gli altri. Alcuni tipi di batteri potenzialmente patogeni erano associati ad infezioni del flusso sanguigno correlate a catetere, meningite ed endocardite. Circa la metà dei batteri identificati attraverso questi campioni è stata trovata anche in campioni clinici prelevati dai pazienti

I limiti dello studio

Pur dimostrando la necessità di porre maggiore attenzione alla possibile contaminazione delle superfici, questo studio mostra dei limiti: "Dalla ricerca emerge che presso il Central Texas Veterans Healthcare System sono attivi protocolli standard per la sanificazione delle superfici. Tuttavia, i ricercatori non menzionano affatto che tali procedure siano state oggetto di monitoraggio", aggiunge la dottoressa Moro. In altre parole, appare impossibile stabilire se le superfici sono risultate contaminate perché i metodi standard non sono sufficienti a garantire la disinfezione o se, invece, gli operatori incaricati non abbiamo effettuato le pulizie nel pieno rispetto dei protocolli previsti. "In Italia, ad esempio – continua la Presidente della SIMPIOS – i lavori di pulizia degli ospedali sono spesso affidati a ditte esterne attraverso gare di appalto e, pur mettendo nero su bianco le modalità con le quali il lavoro di sanificazione deve essere svolto, non sempre viene fatto un controllo a posteriori, per verificare che tali parametri siano rispettati. Detto ciò – continua la specialista – ritengo doveroso sottolineare che la totale decontaminazione delle superfici non è un obiettivo perseguibile: un ambiente frequentato da persone sarà sempre soggetto alla contaminazione dei batteri che questi stessi individui veicoleranno attraverso la propria flora".

Le infezioni ospedaliere allungano i tempi di degenza

Tutto questo a discapito dei più fragili: le persone ricoverate, infatti, possono sviluppare delle infezioni anche entrando in contatto con batteri comunemente non patogeni, ovvero che non creerebbero alcuna conseguenza in soggetti sani. Le persone maggiormente vulnerabili, infatti, non di rado, devono anche prolungare la propria degenza ospedaliera proprio per affrontare le cure necessarie a debellare l'infezione nosocomiale contratta: il 7,5-10 % delle giornate di ricovero è imputabile all'insorgenza di una complicanza infettiva. Da non trascurare nemmeno l'impatto economico sul sistema sanitario, superiore ad un miliardo di euro all'anno, soprattutto a causa dei costi che derivano dalla necessità di prolungare la degenza dei pazienti che contraggono un'infezione durante il ricovero già in corso.

Le soluzioni

Eppure, applicare un programma efficace di interventi di sorveglianza e controllo potrebbe prevenire fino a sei infezioni correlate all'assistenza ospedaliera su 10, una percentuale talmente significativa che dovrebbe indurre ad inserire il miglioramento della qualità e di gestione del rischio in Sanità tra gli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie. "Non basta formare e addestrare tutti gli operatori sanitari sulle procedure di riduzione del rischio delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera, la cui efficacia è già nota, è necessario anche che in ogni struttura si proceda alla verifica della reale applicabilità di tali procedure, della disponibilità di risorse economiche e della presenza di condizioni organizzative favorevoli, coinvolgendo anche le direzioni generali. E una volta che tutta la macchina di gestione del rischio verrà avviata sarà necessario effettuare controlli periodici per verificarne l'efficacia, così – conclude la presidente SIMPIOS – da poter procedere all'eventuale correzione dagli errori procedurali riscontrati".

https://www.sanitainformazione.it/salute/infezioni-correlate-allassistenza-ospedaliera-moro-simpios-il-60-e-evitabile-applicando-le-procedure-di-riduzione-del-rischio-gia-note/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGQwfYeJaqlpo-D1tML0LTvGXXvL4jyZYv_wa-ZMMd1_r73vG3ypN4k4b3alzR-rXyBY_KihWjO6mhAb98QWLGJpEodrcXzJoAFxs0pwyjP



Medici: il grande disagio e la nuova ricetta dell'Anaa, ma sulla svolta del Ssn pesa l'incognita del Mef

Stefano Simonetti

I dirigenti sanitari stanno attraversando da anni momenti di grande disagio sotto molteplici punti di vista: il nuovo contratto collettivo con tutte le sue incognite, le condizioni di lavoro sempre peggiori, le mancate promesse come quella della detassazione dell'accessorio, la questione della depenalizzazione dell'atto medico, le continue irrefrenabili violenze contro i sanitari (le ultime il 20 gennaio a Termini Imerese ed Enna) per finire con l'età pensionabile e le sue deroghe. Sicuramente ho dimenticato qualche ulteriore criticità ma quelle indicate bastano e avanzano per giustificare lo stato di agitazione della categoria, ormai in pratica perenne. Ad essere oggettivi, tutte le tematiche di cui sopra riguardano nella stragrande maggioranza i medici ospedalieri ma è impensabile che le soluzioni possano essere parcellizzate o dirette solo ad alcuni contesti. Da un paio di anni i sindacati medici stanno seguendo una strategia che dovrebbe portare alla profonda revisione dello stesso stato giuridico della dirigenza sanitaria.

Nel lontano 2015 scrissi un articolo sulla specificità del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria e in seguito ho sempre sostenuto, anche in occasione pubbliche, la forte esigenza di attuare delle revisioni profonde, fino all'intervento su questo sito [del 26 aprile 2022](#).

Anche Claudio Testuzza lo scorso [6 dicembre](#) ha puntualmente commentato sul sito la problematica parlando della "categoria speciale" per i dirigenti medici.

Detto questo come presupposto di partenza, sono rimasto molto sorpreso nel leggere l'intervista del Segretario nazionale dell'ANAAO rilasciata al quotidiano "La Stampa" lo scorso 20 gennaio.

Già il titolo dell'articolo spiazza notevolmente: "Fateci lavorare di più nel privato".

Ma anche i punti toccati nell'intervista testimoniano un cambio di strategia che potrebbe essere il prodromo di cambiamenti epocali e sembra che i primi contatti informali con il Governo siano stati positivi. In estrema sintesi, quello che potrebbe accadere:

- uscita dal recinto della pubblica amministrazione
- cancellazione delle norme sull'esclusività del rapporto
- superamento degli attuali vincoli economici e della compressione dovuta al CCNL
- possibilità di effettuare 34 ore settimanali e dopo lavorare dove vogliono

Il tutto a beneficio dei cittadini che vedrebbero abbattute le liste di attesa. La proposta coinvolge anche gli infermieri e questa è senz'altro la notizia più clamorosa.

Ora, l'intervista è abbastanza generica e sommaria nell'affrontare le varie problematiche ma è comunque un evidente segno di grande insofferenza e della ineludibile necessità di "fare qualcosa". Ovviamente molti sono gli aspetti da approfondire puntualmente: dal ruolo di dirigenti al destino di tutti gli altri professionisti fino ai possibili profili di incostituzionalità; ma credo che il più rilevante sia l'atteggiamento del MEF. In ogni caso, si sta giocando una partita decisiva per il futuro del Servizio sanitario nazionale, anche se non so bene in quale direzione.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-01-22/medici-grande-disagio-e-nuova-ricetta-anaao-ma-svolta-ssn-pesa-incognita-mef-095815.php?uuid=AFyYQUQC&cmpid=nlqf>



Lombardia/ Bertolaso: stop ai gettonisti, da Regione il bando per assumere medici liberi professionisti in Pronto soccorso e Anestesia e rianimazione

«Regione Lombardia conferma lo stop ai "gettonisti". Areu, infatti, ha già pubblicato il primo avviso unificato che consentirà di assumere i medici liberi professionisti negli ospedali lombardi».

Lo comunica l'assessore regionale al Welfare, Guido Bertolaso, in occasione dell'apertura del bando, dell'Agenzia regionale di Emergenza Urgenza, per il reclutamento di personale medico cui conferire incarichi libero professionali.

«È il primo passaggio - ha sottolineato l'assessore regionale - per riportare i medici all'interno del Servizio sanitario regionale.

Il provvedimento, adottato dalla Giunta regionale, mira a riequilibrare un modello iniquo utilizzato da alcune cooperative di 'gettonisti'.

Ritengo che la proposta economica per i liberi professionisti sia congrua rispetto al compenso che ricevono i colleghi dipendenti ospedalieri. Il nostro auspicio - ha concluso Bertolaso - è che questi medici decidano di rientrare nel Sistema sanitario partecipando anche ai bandi di concorso».

Possono inviare la domanda di partecipazione all'avviso di Areu gli specialisti in Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore, specialisti in Medicina d'Emergenza Urgenza, medici in formazione specialistica in tutte le discipline e medici non specialisti.

Al termine della procedura comparativa sarà predisposto un elenco di medici idonei cui conferire incarichi libero professionali per prestare attività di emergenza urgenza intra ospedaliera presso i servizi di anestesia e rianimazione, presso il pronto soccorso e presso gli ambulatori per i 'codici minori' degli Enti del servizio sanitario di Regione Lombardia

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione è fissato entro le 24 di sabato 20 gennaio 2024. Maggiori informazioni all'indirizzo <https://www.areu.lombardia.it/web/home/bandi-e-concorsi>

Areu è stata individuata come cabina di regia per svolgere tutte le procedure previste sino all'indirizzamento dei liberi professionisti negli Enti del Ssr. Attualmente è stata avviata una rilevazione dei bisogni di copertura dei servizi sanitari con le strutture sanitarie regionali.

L'incarico sarà conferito dai singoli enti del Ssr che attingeranno dall'elenco predisposto da Areu. Gli Enti scorreranno l'elenco degli idonei in ragione delle specifiche esigenze.

Ogni Ente potrà attingere più volte (per massimo di 3 volte ciascuno) dall'elenco per il conferimento di ulteriori incarichi libero professionali a parità di condizioni.

Il singolo professionista potrà essere titolare di vari incarichi libero professionali conferiti da Enti diversi.

Il compenso orario omnicomprendivo lordo sarà di 80 euro per tutte le attività di emergenza urgenza intra ospedaliera di medici specialisti e di medici non specialisti con più di tre anni di esperienza specifica; 60 euro per medici specializzandi da destinare sia ai Ps sia ai Servizi di Anestesia e Rianimazione, con profilo di competenza e livelli di autonomia compatibili con i documenti di riferimento regionali, sia per la specialità di Meu (Medicina di Emergenza Urgenza) ed equipollenti, sia per altre specialità da destinarsi ad aree di Ps (ad es. ortopedia, chirurgia).

Infine, sarà di 40 euro per i medici specialisti in qualsiasi disciplina, medici non specialisti e medici specializzandi dedicati agli ambulatori "codici minori".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-01-09/lombardia-bertolaso-stop-gettonisti-regione-bando-assumere-medici-liberi-professionisti-pronto-soccorso-e-anestesia-e-rianimazione-141955.php?uuid=AFQ2z1HC&cmpid=nlqf>

quotidiano**sanita**.it

Ospedali, ecco perché le stanze devono essere singole

Laura Stabile, ex Direttore Medicina d'Urgenza Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste
ex Senatrice della Repubblica nella XVIII Legislatura

23 GEN - Gentile Direttore,

con diversi stati di avanzamento sono in corso importanti ristrutturazioni dei tre maggiori ospedali del Friuli Venezia Giulia. Un aspetto di fondamentale importanza per gli ospedali, forse poco noto e senz'altro trascurato dalla Regione FVG, è quello di assicurare il rispetto della privacy e della dignità delle persone, oltre alla prevenzione delle infezioni, costruendo ospedali il più possibile a stanze singole, con un secondo letto per un eventuale accompagnatore.

Un tempo c'erano enormi corsie ospedaliere, 25 letti allineati nei corridoi e stanzoni con 12-15 letti, poi progressivamente nel tempo le stanze sono diventate più piccole, a due o a quattro posti. Con le ristrutturazioni in corso, la Regione sta costruendo ospedali che hanno per la gran parte camere a due o a tre posti. Evidentemente ritiene che così siano sufficientemente "moderni" e adeguati per i prossimi decenni. I nostri ospedali del futuro.

Però il problema principale resta: le stanze ospitano ancor meno degenti di una volta, ma si continua, e si continuerà a condividere la stanza, e la vita in ospedale, con persone estranee.

Se solo gli amministratori regionali che si sono avvicendati negli anni avessero messo il naso fuori dalla propria porta, si sarebbero accorti che il mondo della sanità già da tempo, e da ben prima della pandemia, sta andando in un'altra direzione.

Dieci anni fa l'oncologo Umberto Veronesi affermava la necessità di avere "ospedali che possano garantire una camera singola ad ogni malato e la possibilità di ricevere i propri cari durante tutto l'arco della giornata. Anche questa è etica. Anche questo serve a guarire. Costa ma serve"¹. Nello stesso periodo Renzo Piano progettava l'ospedale composto tutto da stanze singole con finestre affacciate sul verde.

In diversi Paesi europei si sono costruiti negli anni sempre più ospedali in tutto o in gran parte a camere singole, e lo stesso è stato fatto anche in alcune sedi in Italia (ospedale di Siracusa², Gaslini a Genova³). La pandemia Covid ha impresso un'ulteriore spinta in questo senso, tanto che nel Regno Unito il governo ha preso l'impegno di costruire o ristrutturare d'ora in poi tutti gli ospedali con il 100% di stanze singole⁴, in base alla considerazione che su questo aspetto l'Inghilterra, che da anni costruiva di regola ospedali con il 50% di camere singole, fosse "lagging behind", in ritardo rispetto ad altri Paesi, dove le stanze singole già costituivano la norma.

In gran parte d'Italia, e ovunque in Friuli Venezia Giulia, le persone ricoverate continuano a vivere, a dormire, a soffrire accanto a estranei, davanti ai quali capita anche di parlare di questioni personali e delicate della propria vita, e proprio in momenti di disagio, sofferenza e preoccupazione. A questo si aggiunge la separazione dai propri cari, perché la presenza continua di un familiare sarebbe possibile, e accettabile, solo in una camera singola.

Non si tratta però "solo" di una questione di rispetto di privacy e dignità (che in ogni caso fa parte delle buone cure), vi sono importanti aspetti di carattere prettamente sanitario che indicano la degenza in una stanza singola.

Prima di tutto il controllo delle infezioni: l'Italia ha purtroppo il primato in Europa per le morti da infezioni da germi resistenti agli antibiotici, 11.000 morti all'anno in Italia nel periodo pre-Covid a fronte di 33.000 in tutta Europa^{5,6}. In questo contesto è degno di nota il fatto che l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) nelle statistiche sui fattori di rischio per le infezioni ospedaliere effettua il monitoraggio delle percentuali di letti in stanza singola negli ospedali dei diversi Paesi, e purtroppo l'Italia non brilla⁷.

Durante la pandemia un'importante fonte di diffusione dei contagi sono stati proprio gli ospedali e, per un'infezione respiratoria, non dare importanza al fatto che i degenti siano costretti a respirare la stessa aria ventiquattr'ore al giorno vuol dire proprio non vedere il pachiderma nella stanza.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera l'edilizia ospedaliera un cardine della preparazione a future possibili pandemie e, nella pubblicazione 2023 "Hospitals of the future-A technical

brief on re-thinking the architecture of hospitals⁶ suggerisce quale migliore soluzione le stanze singole da impiegare in modo flessibile, per esempio utilizzando il secondo letto (quello dell'accompagnatore) in caso di maxiemergenze.

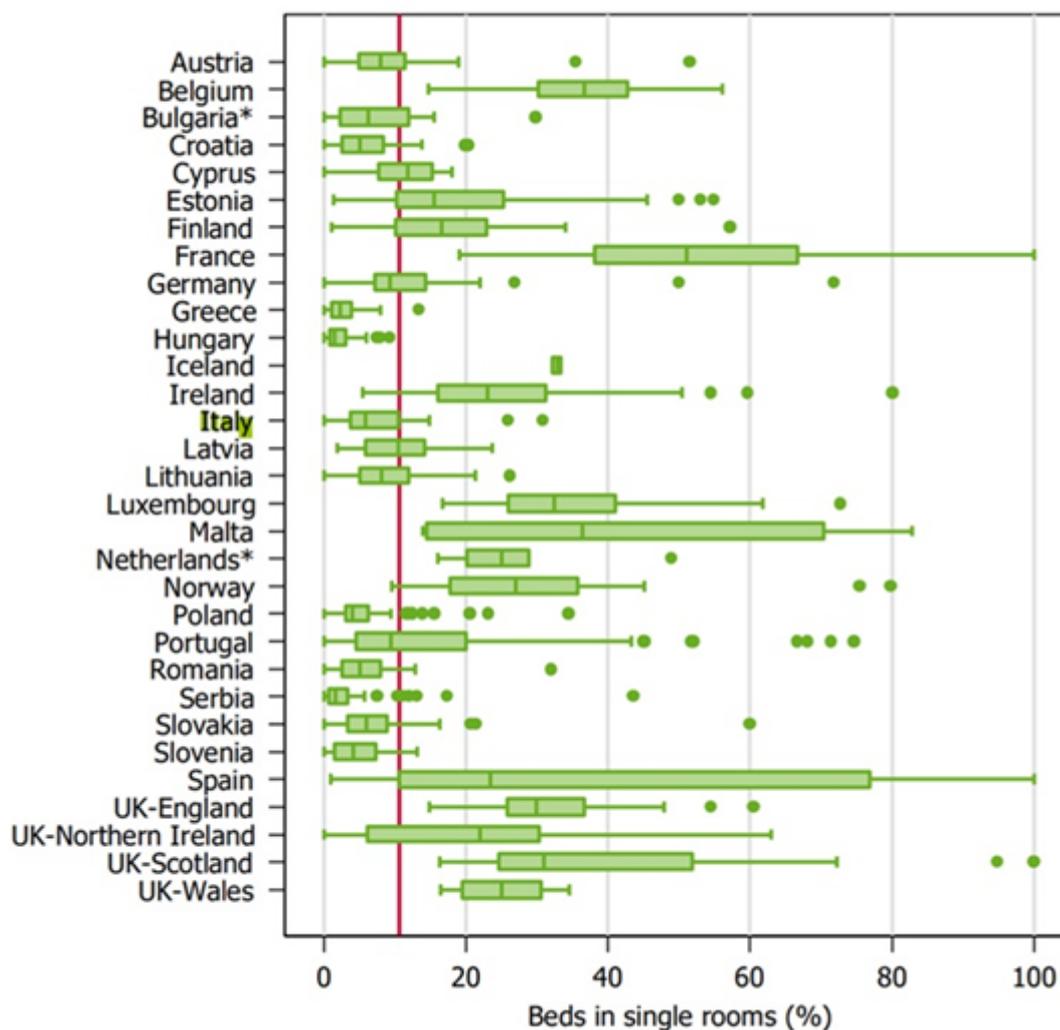
Inoltre, la possibilità di avere accanto un accompagnatore ha una valenza sanitaria fondamentale. Gli anziani con problemi di demenza, che tendono a peggiorare se circondati da estranei in ambienti a loro sconosciuti, traggono enorme beneficio dalla presenza di un proprio caro.

Questi può anche diventare uno sgravio di lavoro per il personale, occupandosi di alcune semplici necessità assistenziali, come aiutare il paziente a mangiare, a spostarsi nel letto, o segnalare alcuni problemi.

Molte persone ancora considerano "normali" le stanze a più letti negli ospedali, e ritengono si tratti solo di una questione di comfort alberghiero, che non ha a che vedere con la qualità e gli esiti delle cure. E sotto sotto, forse è ancora diffusa una mentalità per cui il servizio pubblico, gratuito e universale, non sia un diritto ma una sorta di opera di carità.

"Chi vuole il lusso di una stanza singola, se la paghi".

Figure 119. Percentage of single-room beds by country



*PPS data representativeness was poor in Bulgaria and the Netherlands. Red vertical line=median.

Più preoccupante è il fatto che vi siano anche operatori sanitari che continuano a ritenere che le camere singole siano superflue e, soprattutto, troppo costose. Ma forse si occupano di altro, e non sanno che esperti del settore, architetti e ingegneri che lavorano nell' edilizia sanitaria, considerano i costi sì maggiori, ma probabilmente sostenibili, tenendo conto anche dei risparmi derivanti dalla riduzione delle infezioni e quindi dei giorni di degenza, delle invalidità, dell'impiego di terapie costose...

Appare invece meno comprensibile che la Regione Friuli Venezia Giulia, con la necessità, e l'occasione della ristrutturazione di tutti e tre i suoi principali ospedali, paia non aver tenuto conto di evidenze

scientifiche e orientamenti internazionali e, invece dell'ospedale del futuro, stia costruendo gli ospedali del passato.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119654



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Accuratezza ed equità nella previsione del rischio clinico

Emma Pierson, Ph.D.

6 gennaio 2024

DOI: 10.1056/NEJMp2311050

Quando avevo 19 anni, ho saputo che mia madre era portatrice di una mutazione BRCA1, che conferisce un alto rischio di cancro al seno e alle ovaie.

Da allora ho passato gran parte della mia vita a pensare al rischio. Mentre aspettavo di scoprire se avevo ereditato la mutazione, ho cercato di fare i conti con cosa significasse avere un rischio esatto del 50% di averla. A volte sento di sapere di non averlo", ho scritto nel mio diario. Ma un secondo dopo, ho liquidato quell'idea come irrazionale.

Quando ho saputo di essere portatore della mutazione, ho iniziato, all'età di 25 anni, la risonanza magnetica annuale raccomandata per le donne ad alto rischio. Ho iniziato a pensare ai rischi di falsi positivi e falsi negativi derivanti dallo screening: le imperfezioni della mammografia che richiedono la risonanza magnetica per le giovani donne con la mia mutazione, i risultati inaffidabili dei test di screening del cancro ovarico che li rendono per lo più inutili.

Ora, a 32 anni, mentre cerco di pianificare con la mia ragazza quando avremo figli, desidero disperatamente che i medici possano dirmi esattamente come aumenterà il mio rischio di cancro alle ovaie anno dopo anno: quanto tempo possiamo aspettare in sicurezza?

Le stime del rischio per la salute hanno plasmato le mie decisioni più importanti nella vita.

Ciò mi ha convinto che abbiamo un profondo obbligo nei confronti dei pazienti di prevedere i loro rischi nel modo più accurato possibile. In qualità di professore di informatica e salute della popolazione, creo algoritmi che prevedono i rischi per la salute, con particolare attenzione a garantire che funzionino equamente tra i gruppi.

Negli ultimi anni ho assistito a un gradito e atteso aumento di interesse per l'equità algoritmica. Ma ho anche osservato, con inquietudine, come il mio campo a volte – con il lodevole intento di garantire equità – si sia discostato dal nostro mandato fondamentale di prevedere il rischio dei pazienti nel modo più accurato possibile.

Equità e accuratezza non devono necessariamente essere in conflitto – migliorare l'accuratezza della previsione del rischio spesso può anche migliorare l'equità – ma abbiamo fatto scelte che riducono l'accuratezza in nome dell'equità, senza ottenere, in definitiva, nessuno dei due risultati.

Un esempio chiave è l'esplosione dei metodi di "debiasing": soluzioni tecniche chiavi in mano che possono essere eseguite su qualsiasi algoritmo clinico, anche in contesti in cui hanno poco senso, come hanno documentato recenti revisioni. ¹

Spesso questi metodi cercano di raggiungere l'equità equiparando alcune misure tra due gruppi.

Ad esempio, potrebbero cercare di eguagliare la frazione di persone in ciascun gruppo – uomini e donne, o pazienti neri e pazienti bianchi – identificati come ad alto rischio.

Ma spesso questo obiettivo non ha senso. Se stai cercando di prevedere il rischio di cancro al seno, non vuoi eguagliare la frazione di uomini e donne che si prevede abbiano un rischio elevato: i loro rischi reali sono diversi. Sebbene questo sia un punto abbastanza ovvio, molti metodi di debiasing analoghi cercano di equalizzare altre misure di prestazione, come i tassi di falsi positivi o falsi negativi, tra i gruppi.

Questo approccio sembra intuitivamente più ragionevole rispetto all'equalizzazione della frazione di ciascun gruppo prevista ad alto rischio, ma risulta presentare problemi simili.

Uno studio sistematico di tali approcci ha scoperto che hanno causato un “degrado quasi universale di molteplici parametri di prestazione”. ¹

Credo che dovremmo anche essere cauti nel lanciare appelli categorici a rimuovere la razza come input in ogni previsione di rischio per la salute.

Certamente a volte ci sono ottimi motivi per rimuovere la razza dagli algoritmi di previsione: gli usi passati si sono basati su dati non rigorosi, derivanti da convinzioni razziste, maggiori disparità sanitarie o tutto quanto sopra. ^{2,3} Ma in altri casi, l’eliminazione della razza può compromettere l’accuratezza della previsione del rischio per gli stessi gruppi che cerchiamo di aiutare.

È stato dimostrato che gli algoritmi che non incorporano informazioni sulla razza sottostimano il rischio di diabete per i pazienti asiatici e il rischio di cancro del colon-retto per i pazienti neri.

Direi che non facciamo alcun favore a questi pazienti – e, anzi, rischiamo di aggravare le disuguaglianze sanitarie – se sottovalutiamo consapevolmente i loro rischi per la salute in nome dell’equità.

I sostenitori dell’eliminazione della razza dagli algoritmi spesso sostengono che si tratta solo di un proxy imperfetto per le variabili più direttamente correlate al rischio – ad esempio, l’ascendenza genetica e i determinanti sociali della salute – e quindi dobbiamo raccogliere dati migliori.

Sono completamente d’accordo. Se vogliamo prevedere se un paziente ha un rischio elevato di portare una mutazione dell’anemia falciforme, ad esempio, l’ascendenza genetica è più direttamente rilevante della razza socialmente costruita.

Il mio lavoro ha quindi quantificato i limiti dei dati razziali esistenti ⁴ e ha richiesto una migliore raccolta dei dati. ⁵

Allo stesso tempo, avendo fatto appello direttamente ai sistemi ospedalieri, agli assicuratori sanitari e ai ricercatori clinici per tali dati, so che ottenerli sarà un processo difficile e lento. Credo che l’approccio pragmatico sia quello di combattere una battaglia su due fronti: mentre manteniamo il nostro sostegno e la nostra pressione per raccogliere dati migliori e aspettare che i sistemi sanitari lo facciano, dovremmo anche fare del nostro meglio per i pazienti che hanno bisogno di rifarsi la vita. decisioni -o-morte oggi. Ciò significa fare le previsioni più accurate possibili partendo dai dati che abbiamo, non da quelli che vorremmo avere.

Fare previsioni di rischio meno accurate escludendo fattori che si sono rivelati predittivi anche se altamente imperfetti – caratteristiche che sono, nella migliore delle ipotesi, proxy delle vere caratteristiche di interesse – a volte può comportare grandi costi umani. Quando a mia madre fu diagnosticato un cancro al seno, i suoi medici la esaminarono per individuare eventuali mutazioni cancerogene perché prevedevano che fosse ad alto rischio per tali mutazioni.

Questa previsione del rischio è stata influenzata dal fatto che era ebrea ashkenazita. Il potere predittivo di questa caratteristica è ben documentato, poiché gli ebrei ashkenaziti sono un gruppo piccolo e insolitamente ben studiato.

Ma l’uso di questa caratteristica nelle previsioni è anche complicato: il suo potere predittivo deriva in parte da secoli di omicidi ed espulsioni antisemite, ed è solo un’approssimazione imperfetta dell’informazione che idealmente avremmo: l’ascendenza genetica di mia madre. Ma continuo a credere che i medici abbiano fatto la scelta giusta.

Mia madre aveva una probabilità 10 volte maggiore rispetto alle donne non ebreo ashkenazite di portare queste mutazioni, il che aumentava il rischio di cancro alle ovaie di un fattore 30; il cancro ovarico ha una sopravvivenza a 10 anni del 36%. Se i medici non l’avessero esaminata, forse non sarebbe vissuta abbastanza da vederci crescere.

Prevedere il rischio nel modo più accurato possibile per tutti i pazienti non significa ignorare l’equità. Al contrario, è necessario impegnarsi più profondamente nei confronti dell’equità, rifiutando soluzioni tecniche rapide e soluzioni eccessive e lavorando con esperti del settore per comprendere i fattori specifici del contesto che producono disuguaglianza. Nel valutare l’equità di un algoritmo di previsione del rischio di cancro, ci sono molte domande da porsi.

Stai addestrando l’algoritmo per prevedere il bersaglio appropriato o la tua misurazione del cancro potrebbe essere distorta da una sottodiagnosi o da altri errori?

La popolazione di pazienti su cui hai addestrato il tuo algoritmo riflette la diversità dei pazienti che servirà o i pregiudizi nell’accesso alle cure influiscono sul tuo set di dati? Ci sono molte altre

domande importanti, ma tutte richiedono di affrontare i fattori che contribuiscono alla disuguaglianza in un contesto specifico.

Applicare soluzioni tecniche rapide che non sono state sviluppate per quell'ambiente, senza capire cosa fanno o se sono rilevanti, spesso è peggio che non fare nulla.

Molti metodi di debiasing generici, ad esempio, sono stati motivati e sviluppati utilizzando i dati provenienti dalle previsioni del rischio criminale, un contesto completamente diverso dalla previsione del rischio di cancro.

Qualche settimana fa sono andata dal mio oncologo. È il tipo di medico di cui sono felice di fidarmi della mia vita e ha risposto alle mie domande sul rischio di cancro alle ovaie con compassione e precisione.

Quando avrò 40 anni, ha spiegato, il mio rischio cumulativo di cancro alle ovaie sarà salito al 3%.

Quel numero sembra così piccolo, eppure è la base su cui i medici mi avvertono di farmi rimuovere le ovaie prima dei 40 anni.

Sarei furioso se, in nome del trattamento "equo", i miei medici mi dicessero che il mio rischio era del 3% quando in realtà era del 6%, o dell'1%, perché le mie decisioni più critiche nella vita dipendono da quei numeri.

Quindi voglio per gli altri pazienti quello che voglio per me stesso: darci la migliore stima del nostro rischio, impegnandoci profondamente con le disuguaglianze specifiche del contesto che distorcono le previsioni di rischio, così possiamo decidere cosa fare.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2311050?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX189646Q7tB0k9nCmvHI4iQ%2FPuS6wPoyGUPqa04PS%2BdD7qUckF6FzKdly61iq5cKC2wmaZ9J1LX%2F4IYd9Zdnxhe9z%2FipcTQTBxbJjVxvW5zgnMRngXYkPkIEX6vVpo9aWvYIAkR%2B%2B3Dw6QCKI she2xknQImKjAX%2Brg70MINx84b%2FaoY7Z4bngYx%2BGt7tkuCrZaVkaEHNXZYxQ%3D%3D&cid=NEJM%20Weekend%20Briefing,%20January%206,%202024%20DM2315313_NEJM_Non_Subscriber&bid=2027744301

Legislatura 19ª - Atto di Sindacato Ispettivo n. 7-00009

Atto n. 7-00009 (in 10ª Commissione)

Publicato il 21 dicembre 2023, nella seduta n. 140

ZAFFINI, GUIDI, MAGNI, MAZZELLA, MURELLI, SBROLLINI, SILVESTRO, SPAGNOLLI, ZAMPA, ZULLO

La 10ª Commissione permanente,

considerate le numerose criticità connesse alla realizzazione del programma pluriennale di interventi finalizzati alla ristrutturazione edilizia e all'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, di cui all'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67, più volte poste in evidenza dalla Corte dei conti, da ultimo anche nel rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica, e che comportano un pesante differimento nell'utilizzo di buona parte delle risorse stanziare in un ambito strategico quale il Servizio sanitario nazionale;

sottolineata la farraginosità e la lunghezza dell'iter relativo alla definizione e all'attuazione degli accordi di programma funzionali alla realizzazione degli interventi di cui al citato articolo 20, che spesso determinano maggiori costi o l'emergere di nuovi e diversi fabbisogni, con la conseguente necessità di rimodulare o revocare interventi già approvati;

tenuto conto dell'attuale situazione critica in cui versano diverse strutture del patrimonio sanitario pubblico;

richiamati gli aspetti problematici emersi nel corso delle audizioni effettuate dalla Commissione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della missione 6 del PNRR, in relazione alla quale è in corso di predisposizione il documento conclusivo,

impegna il Governo, tenuto conto anche di quanto previsto nel disegno di legge di bilancio per il 2024:

1) a promuovere, attraverso il Ministero della salute, coadiuvato da AGENAS, in sede di Conferenza Stato-Regioni, un piano straordinario e urgente per la messa in sicurezza del patrimonio sanitario pubblico, con specifico riferimento alle vigenti norme in materia di sicurezza antisismica (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 3274 del 2003 e decreto ministeriale 17 gennaio 2018) e antincendio (decreto ministeriale 19 marzo 2015, decreto ministeriale 20 febbraio 2020 e articolo 2, comma 9-bis, del decreto-legge n. 198 del 2022, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 14 del 2023), destinato anche a superare le criticità procedurali e attuative connesse all'utilizzo delle risorse dell'edilizia sanitaria;

2) a mettere a disposizione delle Regioni e delle Province autonome le risorse finanziarie necessarie per la realizzazione del piano: 1) quote inutilizzate delle risorse di cui al citato articolo 20; 2) risorse a disposizione dell'INAIL; 3) allo scopo di rafforzare la capacità progettuale e amministrativa delle Regioni del Mezzogiorno e per specifiche finalizzazioni, risorse del fondo per la coesione;

3) a far sì che il piano si ispiri al "metodo PNRR" e stabilisca:

a) la scadenza (auspicabilmente 30 marzo 2024) entro la quale ciascuna Regione, nel quadro della propria programmazione, è tenuta ad effettuare la ricognizione dei fabbisogni in materia di messa in sicurezza delle strutture sanitarie con identificazione della complessità dell'intervento e delle relative priorità, da articolare su tre livelli;

b) la scadenza per la successiva firma degli accordi di programma, entro 30-60-90 giorni dal completamento della ricognizione dei fabbisogni, a seconda del grado di complessità, che ciascuna Regione dovrebbe poter concludere separatamente, accorpando eventualmente gli interventi.

Negli accordi di programma, gli interventi andranno identificati e localizzati e dovranno essere corredati da un progetto di massima, con segnalazione di eventuali problematiche autorizzatorie e realizzative;

c) il termine per la successiva presentazione della domanda di ammissione al finanziamento, comprensivo dei progetti esecutivi per ciascun intervento, pronti per essere messi a gara;

d) la scadenza per l'aggiudicazione dei progetti e per il loro completamento;

4) a promuovere un monitoraggio periodico dell'attuazione del piano, con scadenza almeno semestrale, supportando, ove necessario, anche attraverso AGENAS, le Regioni e le Province autonome nella predisposizione dei documenti di programmazione e della documentazione necessaria, nonché nella fase progettuale ed esecutiva;

5) inoltre, in prossimità di ognuna delle scadenze individuate, a informare il Parlamento sullo stato di attuazione del piano, nonché sulle difficoltà eventualmente emerse nel rispetto delle

Questo sito fa uso di cookie, anche di terze parti. Continuando la navigazione si ne accetta l'utilizzo. Per maggiori informazioni sulle caratteristiche e sulle modalità di disattivazione dei cookie si veda l'informativa estesa. [Chiudi](#)

Medicina territoriale



INDICE

CAPITOLO III

La Governance di sistema e il ruolo dei protagonisti

- Pag. 6 **1** **PHRR: Caratteristica di riforma della governance sanitaria sul territorio**
Domenico Mantovan, Direttore Generale Agas
- 11 **2** **Dal piano nazionale per le cronicità al piano nazionale di ripresa e resilienza, continuità di azione per una reale presa in carico sul territorio**
Paola Pisanti, Consulente Ministero della Salute, Esperto malattie croniche
- 17 **3** **La sfida del PHRR per le Aziende sanitarie**
Giovanni Migliore, Presidente Fiaso
- 21 **4** **Aderenza, appropriatezza, Prevenzione, Cure domiciliari, Formazione, Educazione, Empowerment: Le parole chiave del PHC nella prospettiva del PHRR**
Tatiana Frittelli, Presidente Federsanità
- 24 **5** **Nel Distretto la regia per una nuova governance delle cronicità**
Gennaro Volpa, Presidente Card
- 28 **6** **Dall'ospedale all'Home delivery, farmaci e dispositivi a sostegno degli obiettivi del PHRR**
Arturo Cavallera, Presidente Sifo
- 31 **7** **Non solo muri, il capitale professionale nella presa in carico delle cronicità**
Silvestro Scotti, Segretario Nazionale Fimmg
- 33 **8** **Dalle case di Comunità al Domicilio del paziente, una sfida epocale per la professione infermieristica**
Silvia Marcadelli, RN, MSc PhD
- 41 **9** **La gestione della classificazione dei farmaci in un setting di cura territoriale**
Giovanna Scioccaro, Direttore - Direzione Farmaceutico, Protesica, Dispositivi Medici della Regione Veneto
Paola Deambrosio, Farmacista - Direzione Farmaceutico, Protesica, Dispositivi Medici della Regione Veneto
- 44 **10** **I trend della sanità digitale per il futuro delle cronicità**
Chiara Sgarbosa, Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Policlinico di Milano

INDICE

CAPITOLO III

La gestione del paziente con malattie croniche, paradigma per gli obiettivi del PHRR. Le esperienze da rilanciare, le aspettative dei cittadini e dei pazienti, il ruolo dei professionisti e dell'impresa

- Pag. 50 **1** **La gestione delle cronicità tra territorio e ospedale, stato dell'arte e gap da colmare**
Maria Rosaria Natale, Presidente Your Business Partner
- 57 **2** **Rafforzare il territorio non significa disseminare il paese di burocrazia**
Dario Manfredotto, Presidente Fadol
- 60 **3** **La visione di Galapagos per un nuovo modello di gestione delle cronicità**
Alberto Avallone, VP Country Head Galapagos Biopharma Italy
- 63 **4** **La cura che ancora non c'è**
Anna Lisa Mandonio, Segretario Generale Cittadinanzattiva

In Veneto arriva il “Family Doc” ovvero il Medico di famiglia a pagamento

Lo si legge nel proprio portale: “Si chiama Family Doc, ed è un servizio di medicina interna in regime privato, con un tocco di simpatia e calore familiare. Con noi, sentirsi a proprio agio è la norma, al costo di 50 euro”. Sindacati e Ordini dei medici veneti parlano di privatizzazione. Ooss: “Dopo l’ingresso di soggetti privati all’interno degli ospedali ora il rischio è quello di aumentare la spesa a carico delle famiglie”. Fromceo Veneto: “Questo è il risultato dei mancati accordi nazionali e regionali”

Endrius Salvalaggio

26 GEN -

Si chiama Family doc, ovvero il medico di famiglia a pagamento, i sindacati ed il presidente Fromceo del Veneto, **Francesco Noce**, lo chiamano un dramma per la sanità pubblica. In entrambe le voci che si fanno sentire attraverso una nota per i sindacati e telefonicamente per il Presidente regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, “la sanità pubblica sta perdendo pezzi”, mentre questo nuovo servizio, a pagamento, si inserisce nel padovano proprio fra le crepe delle carenze di organico dei mmg e mancati accordi regionali e nazionali.

“Si tratterebbe di un medico 'simpatico' che fornisce prestazioni specialistiche a prezzi contenuti. Può prescrivere farmaci a pagamento – spiega **Manuela De Paolis**, Segretaria Confederale Cgil Padova, **Stefania Botton**, Segretaria Territoriale UST Cisl Padova e Rovigo e **Massimo Zanetti**, Coordinatore Provinciale Uil Padova - visite e prestazioni specialistiche a pagamento e non si sostituisce al medico di medicina generale”.

“Non si capisce perché i cittadini, - continuano le tre organizzazioni sindacali, unitariamente - che già pagano le tasse per la sanità pubblica, dovrebbero preferire questo servizio a quello del medico di medicina generale convenzionato. Questa nuova e pericolosa tendenza a offrire servizi simili, ma non alternativi alla medicina generale convenzionata, inserisce il diritto alla salute in una logica di mercato. La persona che si trova in una situazione di fragilità non deve diventare strumento di profitto d'impresa. Dopo l'ingresso di soggetti privati all'interno degli ospedali, che di fatto ha aumentato la spesa a carico delle aziende sanitarie senza migliorare il servizio, ora il rischio è quello di aumentare la spesa a carico delle famiglie, senza raggiungere un reale obiettivo utile ai cittadini ma solo agli imprenditori della sanità privata”.

Una iniziativa sul territorio padovano che per il presidente Francesco Noce non sorprende, d'altronde esiste già in veneto e in Italia.

“La causa principale – spiega il presidente degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Veneti – è che la medicina del territorio è dimenticata da tutti fra mancati accordi nazionali sul rinnovo della nuova convenzione, mentre a livello regionale sta succedendo la stessa cosa: sono due anni e mezzo che non si riesce a trovare accordi sulla medicina del territorio con la Regione Veneto. Il fatto più grave è che di questo passo gli assistiti senza medico aumentano sempre di più, mentre i medici rimasti sul territorio non lavorano meno di settanta ore settimana fra compiti burocratici, telefonate, email ecc”.

“Non so se tutto questo sia una casualità oppure un disegno preordinato per una privatizzazione della medicina, il che sarebbe un disegno folle e drammatico per il nostro Paese e per il nostro SSN, spero di sbagliarmi ma la situazione attuale non mi fa pensare ad altro” conclude Noce.

https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=119764

D.M. 77/2022: arriva il Progetto di salute

Il Decreto del Ministero del Salute n. 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale ha introdotto un nuovo strumento per l'assistenza globale dei pazienti territoriali: il Progetto di salute. In questo contributo, Franco Pesaresi propone un'analisi dello strumento come definito dal quadro normativo e propone alcune valutazioni rispetto alla sua attuazione nel sistema organizzativo dei servizi.

di Franco Pesaresi (Direttore ASP Ambito 9 - Jesi Network Non Autosufficienza -NNA, Asiquas)

Il Progetto di salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Il Progetto di salute: di che cosa si tratta?

Il Progetto di salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte diriche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo (D.M.S. 77/2022).

La definizione formale proposta dal Decreto non è chiarissima per cui, per comprendere appieno il ruolo del **Progetto di salute**, occorre estrarre analiticamente tutte le informazioni contenute nella definizione relative alle sue funzioni che sono essenzialmente le seguenti:

- si attiva all'accesso della persona al SSN ed è composto dal PAI, dall'eventuale PRI e da tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente;
- traccia, orienta e supporta la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health;
- rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) del paziente, anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health;
- organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito, in relazione al progetto individuale di salute erogato.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a disposizione (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del Progetto di salute (*"Planetary Health"*).

Il Progetto di salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche (DMS 77/2022).

Progetto di salute individuale e di comunità

Il tema del Progetto di salute viene ripreso anche quando il D.M.S. 77/2022 si occupa delle funzioni delle Case della Comunità (CdC). In quelle pagine si afferma, fra l'altro, che la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, *è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi.*

Si comprende così che, a seconda del target, si possono prevedere:

1. Un **Progetto di salute individuale**, legato ad una logica di presa in carico individuale dei pazienti, principalmente cronici;
2. Un **Progetto di salute di comunità**, che abbia come territorio di riferimento, non il distretto sanitario, ma il territorio della Casa della Salute (mediamente 40.000-50.000 abitanti). Il Progetto di salute di Comunità, attraverso la raccolta delle informazioni, il dialogo fra le professioni integrate e la comunità e gli utenti, propone la riprogettazione dei servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare.

Il progetto di salute semplice e complesso

In funzione della stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-sanitari è possibile definire un Progetto di salute individuale in **semplice o complesso**, come indicato nella tabella 1. Che cosa differenzia i progetti semplici da quelli complessi? Due aspetti. I progetti di salute **semplici** si differenziano da quelli **complessi** perché i primi prevedono un'assistenza a pazienti stabili che non necessitano di un PAI o di un PRI e non contemplano la definizione di un budget di salute.

PROGETTO DI SALUTE	COMPOSIZIONE	DESCRIZIONE
SEMPLICE	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale.
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze). Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale.
	Portafoglio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia.
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati.
	Piano delle attività di e-health	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze. Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale. Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto. Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari. Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare.
COMPLESSO	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale.
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze). Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale.
	Portafoglio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia.
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati.
	Piano delle attività di e-health	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze. Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale. Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto. Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari. Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare.
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti.

Nota: le differenze tra progetto di salute semplice e complesso sono evidenziate dal corsivo.
Fonte: D.M. 77/2022

Tabella 1 – Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione

Le figure professionali coinvolte nel Progetto di salute

Quali sono le figure professionali che provvedono all'individuazione dei bisogni socioassistenziali che poi portano alla definizione del Progetto di Salute? L'équipe multiprofessionale minima è composta:

- dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta;
- dal medico specialista;
- dall'infermiere.

Quando la complessità clinico-assistenziale è maggiore, le figure professionali coinvolte saranno più numerose e in continua evoluzione, in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa. Figure professionali e specifici compiti in relazione alla gestione del progetto di salute sono evidenziati nella tabella 2.

FIGURE PROFESSIONALI	COMPITI
MMG e PLS Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla fra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'Equipe	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Fonte: D.M. 77/2023.

Tabella 2 – Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'équipe multiprofessionale

La descrizione del personale coinvolto (tabella 2) nel progetto di salute e la sua descrizione (tabella 1), relativamente ai progetti semplici e complessi, ci fa comprendere che **il Progetto di salute nasce e si sviluppa solo all'interno del mondo sanitario. Il PAI viene costruito solo con prestazioni sanitarie e mancano del tutto i servizi e le prestazioni sociali e socioassistenziali erogate da enti locali e loro fornitori.** Il fatto che tra il personale sanitario coinvolto ci sia anche l'assistente sociale non garantisce in alcun modo l'erogazione di prestazioni integrate a carico degli enti locali perché non è indicato in nessun modo la sua afferenza ai comuni. **In sostanza il Progetto di salute non prevede un PAI "integrato" tra sanità e sociale. Integrazione che, ovviamente, può anche non essere generalizzata in tutte le situazioni ma che sicuramente nei casi complessi svolge un ruolo strategico.**

La valutazione di processo e di esito

Il modello di stratificazione della popolazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici (*Planetary Health*) e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e di esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio.

Tale approccio consente una **valutazione di processo e di esito che si articola su due livelli**:

1. **quello della singola persona**, con cui viene definito il Progetto di salute e i relativi interventi;
2. **quello di popolazione**, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e socioassistenziali nella comunità di riferimento. Questo livello di valutazione si connette direttamente con il "Progetto di salute di comunità" presentato nelle pagine precedenti.

Progetto di salute e stratificazione del rischio

L'articolo 7 del Decreto Legge n. 34/2020 pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse. Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di salute.

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà, secondo gli obiettivi, lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico.

Progetto di salute e digitalizzazione

Come abbiamo visto il **Progetto di salute richiede la necessità di competenze digitali non solo da parte di chi eroga i servizi sanitari ma anche da parte del cittadino**. Una forte digitalizzazione è innanzitutto una **precondizione** per la stratificazione della popolazione che è direttamente associata al Progetto di salute. La costruzione di sistemi di

sorveglianza informatizzati a livello territoriale che raccolgano informazioni sui fattori di rischio della popolazione assistita e in particolare dei malati cronici, in stretta collaborazione con l'assistenza primaria, è chiave di volta per definire le dimensioni di un dato problema di salute all'interno delle comunità, sviluppare attività preventive, individuare proattivamente i soggetti a maggior rischio di recidive e progressione di malattia, pianificare le azioni cliniche necessarie, verificarne l'impatto e progettare strategie d'intervento centrate sul profilo di rischio (De Maria et al., 2023).

Allo stesso modo, un'adeguata digitalizzazione del sistema è necessaria per il funzionamento del Progetto di salute che prevede, per esempio, un ampio uso della telemedicina come è verificabile anche dalla tabella 1. La telemedicina è parte integrante del Progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute. Ma anche la piena funzionalità del PAI comporta significativi fabbisogni di interoperabilità nei processi di prenotazione, refertazione, consulenza tra professionisti, che può anche essere risolta solo con una logica di sviluppo progressivo nel tempo, fino ad arrivare a generare a partire dalle prescrizioni contenute nel PAI, un processo automatizzato di prenotazione in back office, senza che il paziente debba più passare dal CUP. Il Progetto di salute prevede pertanto delle attività di *e-health* che riguardano la schedazione delle prestazioni sanitarie, auto e telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.

Affinché queste attività possano essere svolte, è prevista addirittura una valutazione della competenza digitale degli assistiti. Bisogna però riconoscere che nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multipatologico e/o fragile, le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti e richiedere anche delle competenze di base dell'utenza. Non si tratta pertanto di un percorso immediato o già predisposto ma che richiede che i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, a qualunque livello, supportino l'attuazione del Progetto di salute con l'obiettivo esplicito di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure, per garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio.

Qualche valutazione

La definizione del Progetto di salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN. **Si tratta di una idea molto ambiziosa e, anche solo per questo, affascinante ma che richiede una organizzazione adeguata ed una serie di aspetti ancora da definire e perfezionare.** Se ne propongono alcuni.

Innanzitutto andrebbe approfondito l'aspetto delle figure professionali a cui affidare il Progetto di salute. La definizione dell'équipe minima sembrerebbe affidare al medico di medicina generale (MMG) il coordinamento dell'équipe minima (in tabella 2 viene identificato come il "referente principale") ma successivamente non sono seguiti atti di nessun genere per dare seguito a questa impegnativa previsione. Così come sono da definire i rapporti e del MMG con gli specialisti² e con l'infermiere. Peraltro non è chiaro se l'infermiere è di competenza dell'eventuale aggregazione dei Medici di medicina generale o se viene fornito dall'azienda sanitaria e se si tratti, come sarebbe auspicabile, dell'infermiere di famiglia. Tenendo conto che il Progetto di salute incorpora ed è tanta parte del Progetto assistenziale individualizzato (PAI) e che lo stesso viene elaborato dalla Unità valutativa integrata, occorre che sia ben definito il rapporto e la ripartizione delle competenze fra l'équipe minima e l'Unità valutativa multidimensionale

Il secondo aspetto che emerge è la contraddizione fra l'approccio globale del progetto di salute che richiama esplicitamente la *Planetary Health* e l'assenza di un richiamo esplicito del Progetto di salute alla necessità di interventi integrati fra servizi sanitari e i servizi socio-assistenziali. La presa in carico olistica della Persona prevista dal Progetto di salute richiede di tener conto anche dei suoi bisogni socioassistenziali e delle risposte assistenziali a tali bisogni che devono armonizzarsi ed integrarsi con i servizi di tipo sanitario.

Infine, occorre sottolineare che il Progetto di salute affida un ruolo straordinario alla digitalizzazione del sistema. Anzi, si può affermare che il Progetto di salute è fondato su una forte digitalizzazione ed informatizzazione del sistema e che, senza questo passaggio, diventa difficile pensare alla fase attuativa del Progetto di salute. Proprio in questi mesi, anche grazie alle risorse del PNRR, stiamo vivendo una fase di riorganizzazione e di forte potenziamento della digitalizzazione del sistema sanitario che si concluderà entro il 2026. È facile presumere, pertanto, che una possibile messa a terra del Progetto di salute possa pienamente svilupparsi una volta completato il processo di rinnovamento e di potenziamento dei servizi digitali ed informativi delle aziende sanitarie.

Note

1. La stratificazione e il raggruppamento in cluster dei malati rappresentano un ampliamento della classificazione delle malattie, con l'inclusione dei "determinanti di salute", cioè di quelle variabili che influenzano lo stato di salute (stili di vita individuali, capacità e convinzioni personali, reti sociali e di comunità, condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali generali).
2. In tabella 2 al medico specialista viene affidato un ruolo di guida nella decisione clinica.

quotidianosanita.it

Ssn. 1 italiano su 2 boccia l'operato del Governo: "Non ha valorizzato né medici e né infermieri". Il sondaggio Nursind-Swg

Eppure, "basterebbe la buona volontà politica di investire seriamente sulla categoria per cominciare a invertire il trend. Una rotta che, altrimenti, porterà dritti allo smantellamento della sanità pubblica" sottolinea Andrea Bottega, segretario nazionale del sindacato degli infermieri

09 GEN -

"Mentre nella conferenza stampa di fine anno della premier Giorgia Meloni non è stato riservato spazio e tempo alla sanità, tra i cittadini cresce l'apprensione per le sorti del nostro Servizio sanitario nazionale. Non a caso per ben un italiano su due il governo non ne ha migliorato le prestazioni e, soprattutto, non ha valorizzato né medici e né infermieri".

Lo afferma **Andrea Bottega**, segretario nazionale del Nursind, commentando l'esito dell'indagine demoscopica commissionata dal sindacato alla Swg.

Tant'è che, nonostante gli inevitabili disagi che ha subito, il 62% dei cittadini ha appoggiato gli scioperi nazionali indetti dal personale nei mesi scorsi, dimostrando di essere ben consapevole sia delle condizioni precarie degli infermieri sia della necessità di stanziare risorse adeguate per il rinnovo dei contratti, oltre che delle conseguenze peggiorative della riforma pensionistica contenuta in manovra.

Il sondaggio Swg ha esplorato, inoltre, l'opinione dei cittadini rispetto alla decisione dell'esecutivo di assumere infermieri dall'estero per cercare di arginarne la cronica carenza e rispetto a quella di abbandonare il Ssn italiano e andare a lavorare fuori dall'Italia che sempre più professionisti stanno prendendo. Se un quarto del campione non condivide il ricorso a lavoratori stranieri, di contro oltre la metà degli italiani (60%) giustifica con gli stipendi bassi la scelta di emigrare da parte degli infermieri. "Proprio le retribuzioni non all'altezza insieme alla scarsa valorizzazione del lavoro – riflette Bottega - sono, rispettivamente per l'84 e 81% degli intervistati, le principali ragioni delle dimissioni precoci, un fenomeno che purtroppo sta assumendo dimensioni preoccupanti".

Tuttavia, "non possiamo non comprendere quel 22% degli interpellati secondo cui il personale non dovrebbe abbandonare la sanità italiana proprio perché gli infermieri per primi se decidono di trasferirsi oltre confine lo fanno a malincuore. Ragion per cui – conclude il segretario – basterebbe la buona volontà politica di investire seriamente sulla categoria per cominciare a invertire il trend. Una rotta che, altrimenti, porterà dritti allo smantellamento della sanità pubblica".

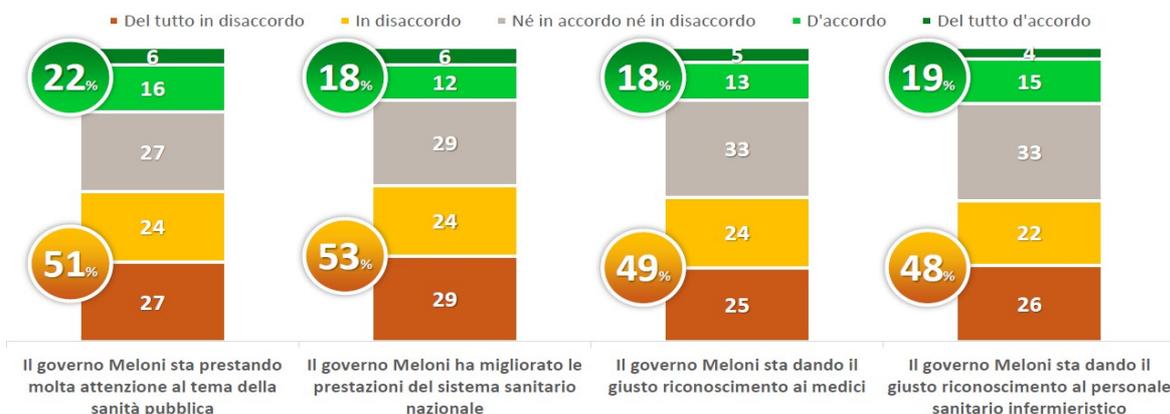
I dati in sintesi.

Dalla ricerca emerge una generale insoddisfazione nei confronti dell'operato del Governo, soprattutto per quanto riguarda l'attenzione posta alla sanità pubblica e al miglioramento delle prestazioni del Ssn.

L'operato del Governo in ambito sanitario (1/2)

Per 1 italiano su 2 il governo Meloni non sta prestando adeguata attenzione alla sanità pubblica e non ha migliorato l'efficienza del sistema sanitario nazionale. Poco valorizzati sia i medici che gli infermieri.

Le presentiamo ora una serie di affermazioni. Le chiediamo di indicarci il suo grado di accordo o disaccordo.



Valori %.

Tutti i diritti riservati

4

Inoltre, viene riconosciuto - da quasi metà degli italiani - che i medici e gli infermieri non godono di un adeguato riconoscimento. Per quanto riguarda le assunzioni del personale infermieristico proveniente dall'estero con una formazione diversa rispetto a quella italiana, tra i cittadini prevale il disaccordo, soprattutto tra gli over 64 e i residenti nel Nord-Est

L'operato del Governo in ambito sanitario (2/2)

I residenti nel Nord-Ovest sono più soddisfatti dell'attenzione posta al tema della sanità pubblica e sull'effetto del Governo sul sistema sanitario nazionale.

Le presentiamo ora una serie di affermazioni. Le chiediamo di indicarci il suo grado di accordo o disaccordo.

% accordo										
	18-34	35-44	45-54	55-64	Over 64	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud e Isole	
Il governo Meloni sta prestando molta attenzione al tema della sanità pubblica	22	17	24	23	17	25	26	20	22	20
Il governo Meloni ha migliorato le prestazioni del sistema sanitario nazionale	18	22	23	17	12	16	23	13	17	17
Il governo Meloni sta dando il giusto riconoscimento ai medici	18	19	22	17	14	21	22	17	17	17
Il governo Meloni sta dando il giusto riconoscimento al personale sanitario infermieristico	19	19	22	17	15	22	21	16	18	20



Valori %.

Tutti i diritti riservati

5

In quest'ottica, gli italiani tendono a supportare e ritenere giusta la decisione degli infermieri di emigrare all'estero per ottenere retribuzioni più vantaggiose e un maggior riconoscimento lavorativo. Oltre 4 italiani su 5 individuano proprio in questi elementi la ragione principale delle dimissioni precoci che stanno spopolando tra i lavoratori del settore sanitario, oltre alle questioni legate all'essere un lavoro molto gravoso (77%) e l'eccessivo carico di responsabilità (71%).

Inoltre, quasi due terzi (62%) della popolazione ha appoggiato la decisione di indire lo sciopero nazionale e la maggioranza ritiene giustificato scioperare con lo scopo di sensibilizzare la popolazione sulle condizioni precarie dei lavoratori del settore e per stanziare risorse economiche al fine di rendere le retribuzioni adeguate alle mansioni svolte.

Infine, come nota generale, dalla ricerca emerge che le coorti d'età più anziane (over 55) e i residenti nel Nord-Est tendono ad appoggiare maggiormente le scelte del personale infermieristico e ad essere più critici nei confronti della situazione sanitaria nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119347



Rapporto Crea Sanità, FNOPI: sviluppare le competenze della professione per sostenere il SSN

Disponibile online dal 24/01/2024

Mancano infermieri in modo preoccupante e questi professionisti guadagnano troppo poco. Ne mancano oltre 60mila, carenza destinata ad aggravarsi pesantemente se si considera la popolazione over 75 (che incrementa il fabbisogno di questi professionisti soprattutto per la domiciliarità dell'assistenza), i

pensionamenti che porteranno fuori del sistema nel giro di dieci anni oltre 100mila professionisti e le “fughe” all’estero per ottenere condizioni economiche e lavorative migliori.

A sottolineare la situazione, cifre alla mano, è il 19° Rapporto CREA Sanità (*visibile [A QUESTO LINK](#)*), Centro di ricerca riconosciuto da Eurostat, Istat e Ministero della Salute, presentato oggi nella sede del Cnel a Roma. Gli stipendi degli infermieri in Italia, spiega il Rapporto, hanno differenze retributive, a parità di potere d’acquisto, con gli stipendi annuali in Germania, Svizzera e Regno Unito rispettivamente del 56%, 46,2% e 20% in meno.

Neppure l’ultimo contratto, chiuso nel 2021, ha migliorato di molto la situazione: il Conto Annuale del Ministero dell’Economia, spiega il Rapporto, certifica che nel 2021 la retribuzione media del comparto sanità è stata pari a 42.400 euro, in aumento del 9,0% rispetto alla retribuzione media del 2012, che valeva 38.900 euro. Nel dettaglio però, nello stesso arco temporale, per gli infermieri l’aumento è stato solo del 4,0% (da 32.636 a 33.940 euro).

Anche per questo – oltre che per la limitata possibilità di sbocchi di carriera senza la possibilità di una vera crescita professionale – la difficoltà di reperire il personale e la perdita di attrattività del SSN stanno diventando un’emergenza, come afferma il CREA Sanità, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri, che va affrontata con una adeguata programmazione del personale, l’incremento dell’offerta formativa e l’adozione di misure per restituire attrattività al lavoro nel SSN in termini di riconoscimento sociale ed economico.

Per far fronte alla situazione *[la FNOPI \(Federazione nazionale degli infermieri\) pubblica nel Rapporto un contributo](#)* in cui sottolinea che si dovranno sviluppare le competenze della professione per una migliore qualità dell’assistenza, con il superamento della logica prestazionale. e l’estensione ed espansione di competenze.

Un ulteriore passaggio indispensabile per far fronte all’aumento del peso della cronicità è secondo la FNOPI, il superamento dei tabù che in Italia sono ancora associati ai concetti di skill mix e task shifting. è un percorso indispensabile non solo agli assistiti ma alla tenuta di tutto l’impianto del nostro SSN. Se continuiamo a mantenere le logiche professionali in essere non riusciremo a garantire più la sostenibilità del servizio pubblico. E’ diventato ormai vitale modificare tutto l’impianto delle professioni in Italia.

“L’infermiere specialista – spiega la FNOPI nel suo contributo al Rapporto CREA Sanità – è referente specifico degli infermieri generalisti e degli assistenti infermieristici per l’inquadramento delle esigenze e per i programmi di assistenza individuali, con particolare riferimento alle casistiche di maggiore complessità: sono maturi i tempi per una nuova stratificazione della professione infermieristica che, oltre alla figura del coordinatore e dell’infermiere generalista prevede la funzione dell’infermiere specialista: professionista responsabile dell’assistenza infermieristica nell’ambito di riferimento”.

L’evoluzione epidemiologica, organizzativa e delle competenze dei professionisti deve necessariamente riguardare, secondo la FNOPI, anche il personale di supporto all’assistenza infermieristica.

“Solo innovando le professioni a partire da quella infermieristica in ambito formativo, in ambito di esercizio professionale, in ambito di autonomia, si può garantire la sostenibilità del sistema e l’universalità del Servizio sanitario nazionale”, ha commentato la presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli.

<https://www.fnopi.it/2024/01/24/crea-fnopi-2024/>

Osservatorio dell'opinione pubblica italiana sulle professioni infermieristiche

Report – Indagine Flash 3

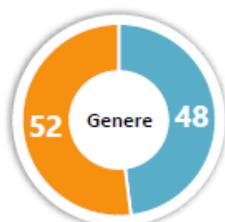
19 dicembre 2023
38709J

Indagine campionaria: metodologia

L'indagine è stata condotta mediante interviste online con metodo CAWI (*Computer Assisted Web Interview*) su un campione composto da 800 cittadini, rappresentativi della popolazione italiana maggiorenne secondo i parametri genere, classe d'età, area geografica, titolo di studio e partito votato alle ultime elezioni (settembre 2022).

Le interviste sono state somministrate nel periodo 13-15 dicembre 2023.

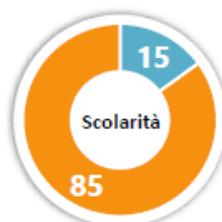
COMPOSIZIONE DEL CAMPIONE:



■ Uomo
■ Donna

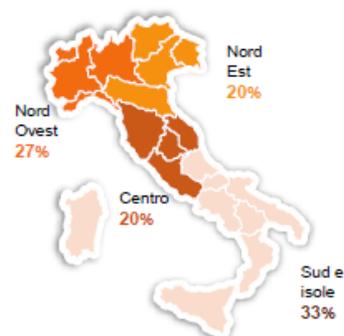


■ 18-34 anni ■ 35-44 anni
■ 45-54 anni ■ 55-64 anni
■ oltre 64 anni



■ laurea
■ no laurea

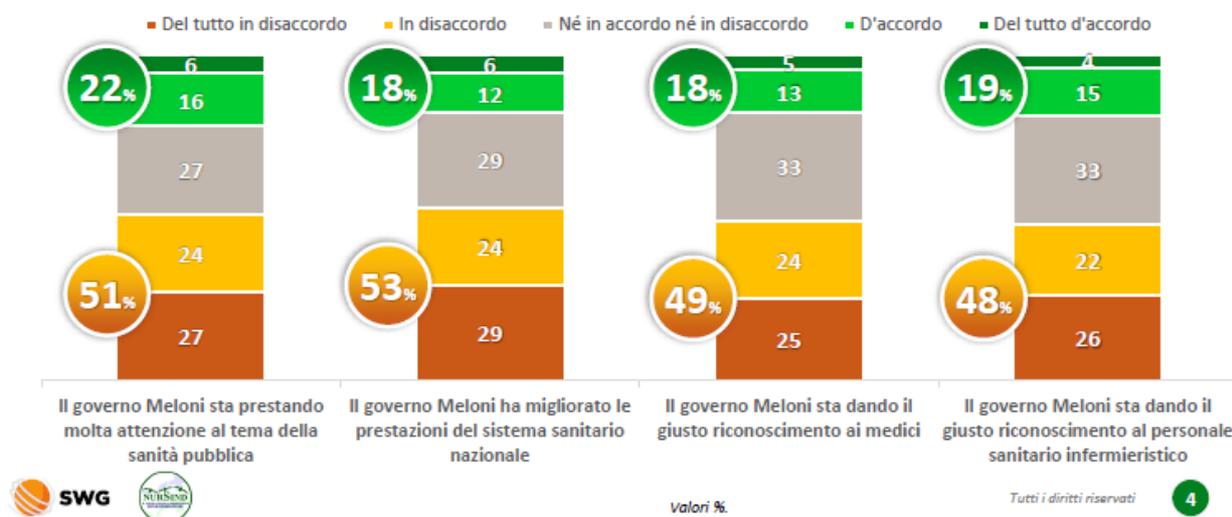
Zone di residenza



L'operato del Governo in ambito sanitario (1/2)

Per 1 italiano su 2 il governo Meloni non sta prestando adeguata attenzione alla sanità pubblica e non ha migliorato l'efficienza del sistema sanitario nazionale. Poco valorizzati sia i medici che gli infermieri.

Le presentiamo ora una serie di affermazioni. Le chiediamo di indicarci il suo grado di accordo o disaccordo.



L'operato del Governo in ambito sanitario (2/2)

I residenti nel Nord-Ovest sono più soddisfatti dell'attenzione posta al tema della sanità pubblica e sull'effetto del Governo sul sistema sanitario nazionale.

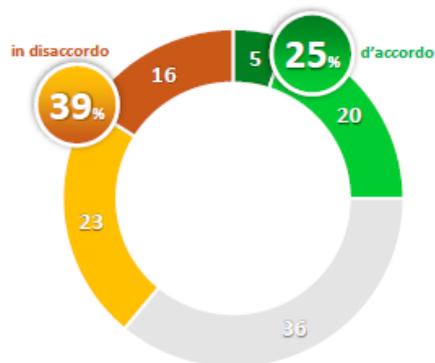
Le presentiamo ora una serie di affermazioni. Le chiediamo di indicarci il suo grado di accordo o disaccordo.



La decisione di assumere infermieri provenienti dall'estero

Quasi 2 italiani su 5 sono contrari alla decisione del Governo di assumere infermieri e personale sanitario proveniente dall'estero. Gli over 64 e i residenti nel Nord-Est sono i più critici.

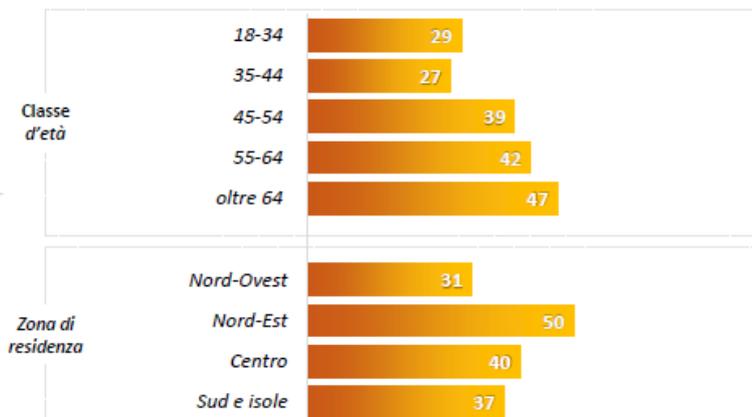
Il governo, con lo scopo di sopperire alla carenza del personale infermieristico e mantenere le prestazioni del sistema sanitario nazionale, ha deciso di assumere infermieri provenienti dall'estero con una formazione diversa. Lei si direbbe d'accordo o in disaccordo con questa decisione?



- Del tutto d'accordo
- D'accordo
- Né in accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Del tutto in disaccordo



% disaccordo - Focus classe d'età e zona di residenza



Valori %.

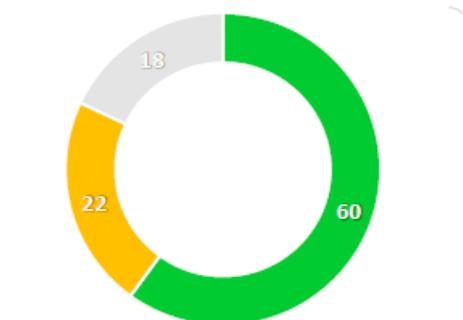
Tutti i diritti riservati

6

La valutazione sulla decisione degli infermieri di lavorare all'estero

Oltre la metà degli italiani riconosce la scarsa retribuzione degli infermieri e quindi giustifica la scelta di andare a lavorare all'estero. 1 su 5 non vorrebbe che lasciassero la sanità italiana.

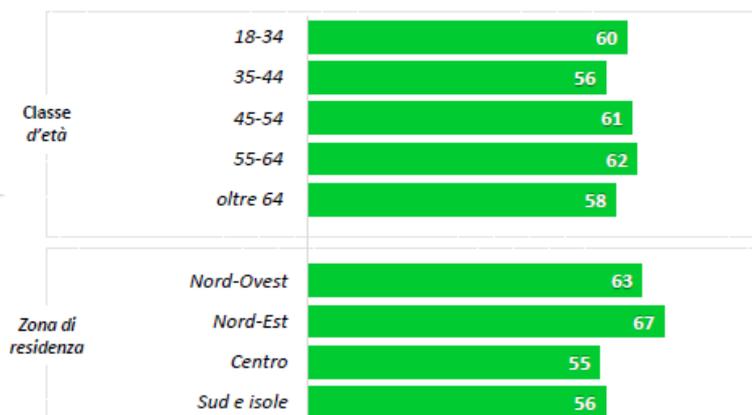
Molti infermieri hanno deciso o stanno considerando di andare a lavorare all'estero per una retribuzione più alta e condizioni di lavoro più accettabili. Secondo lei, questa decisione è ...



- giusta, gli infermieri non sono ricompensati economicamente come dovrebbero
- sbagliata, non dovrebbero lasciare la sanità italiana
- Non saprei



% che ritiene la decisione giusta - Focus classe d'età e zona di residenza



Valori %.

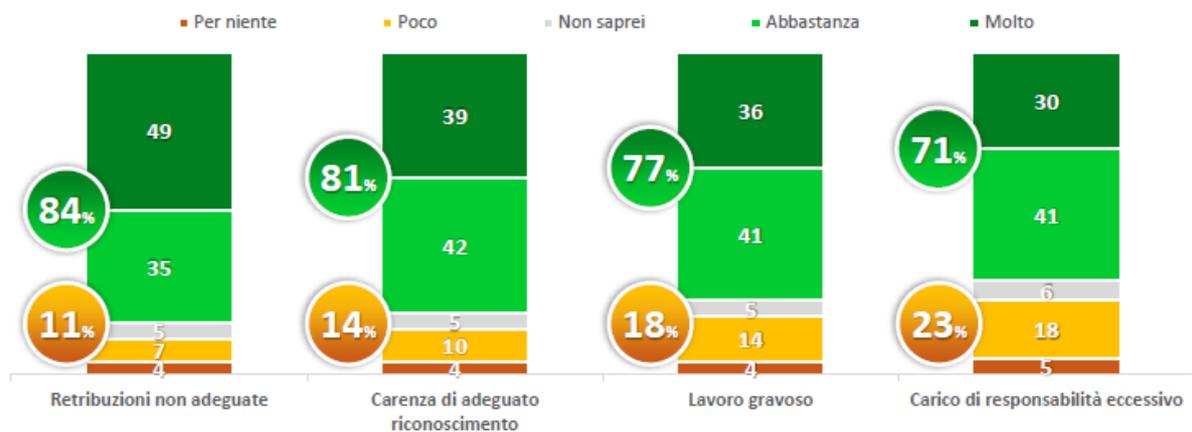
Tutti i diritti riservati

7

La percezione delle motivazioni delle dimissioni precoci (1/2)

Le retribuzioni troppo basse e la carenza di riconoscimento sono ritenute le principali motivazioni delle dimissioni precoci di medici e infermieri.

Secondo lei, quanto le seguenti motivazioni incidono sulla scelta delle dimissioni precoci degli infermieri?



Valori %.

Tutti i diritti riservati

8

La percezione delle motivazioni delle dimissioni precoci (2/2)

I giovani 18-34enni e i residenti nel Sud Italia riconoscono meno il peso dello scarso riconoscimento lavorativo e il carico di responsabilità dato agli infermieri.

Secondo lei, quanto le seguenti motivazioni incidono sulla scelta delle dimissioni precoci degli infermieri?



Valori %.

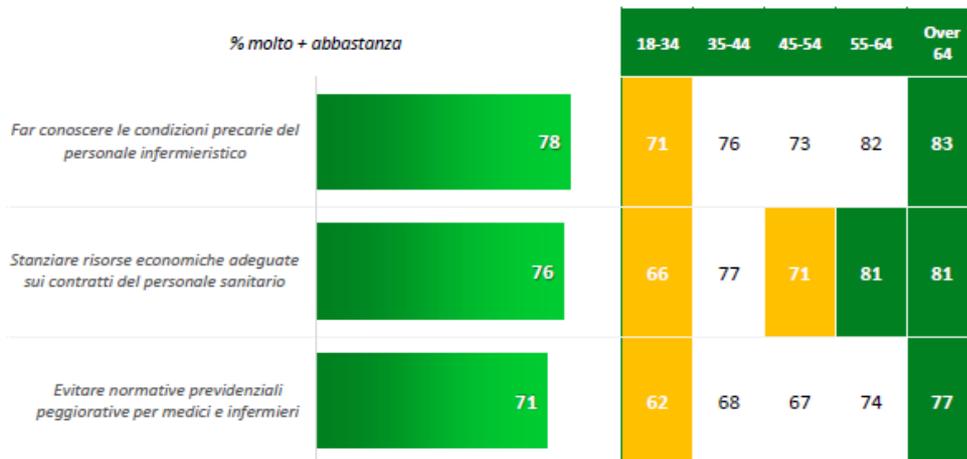
Tutti i diritti riservati

9

Lo sciopero nazionale dei medici e infermieri (2/2)

Gli over 64 tendono a giustificare di più le motivazioni e gli scopi dello sciopero, mentre i giovani sono i più critici.

Nello specifico, quanto ritiene giustificato lo sciopero al fine di...



Valori %

Tutti i diritti riservati

12

"There is nothing so stable as change"
Bob Dylan



Valori, comportamenti, gusti, consumi e scelte politiche. Leggerli e anticiparli è la nostra missione.

Fondata a Trieste nel 1981, SWG progetta e realizza ricerche di mercato, di opinione, istituzionali, studi di settore e osservatori, analizzando e integrando i trend e le dinamiche del mercato, della politica e della società. SWG supporta i propri clienti nel prendere le decisioni strategiche, di comunicazione e di marketing, attraverso la rilevazione, la comprensione e l'interpretazione del pensiero e dei comportamenti dell'opinione pubblica e degli stakeholder, alla luce delle dinamiche degli scenari sociali, politici ed economici, utilizzando metodologie affidabili e innovative.

- ✓ AFFIDABILITÀ, 40 ANNI DI ESPERIENZA SUL MERCATO E MANAGERIALITÀ
- ✓ INNOVAZIONE, DEGLI STRUMENTI, DEI PROCESSI E DEI CONTENUTI
- ✓ CURA ARTIGIANALE, PERSONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA E CENTRALITÀ DELL'INTERPRETAZIONE
- ✓ DATI, MOLTEPLICITÀ DELLE FONTI E FIELDWORK PROPRIETARIO
- ✓ ALGORITMI, SOLUZIONI AFFIDABILI E SCALABILI
- ✓ PERSONE, ETICA PROFESSIONALE E RIGORE METODOLOGICO

SWG S.p.A. - Società Benefit da dicembre 2022

SWG è membro di ASSIRM, ASSEPRIM, MSPA e ESOMAR, Sistema di gestione certificato ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015. Privacy Policy adeguata al GDPR.

SWG S.p.A., in coerenza con gli obiettivi di beneficio comune recepiti nello statuto sociale e con il Codice Etico della società, ha ottenuto la certificazione della parità di genere ai sensi della prassi UNW/PdR 125/2022

La finalità del Sistema di certificazione della parità di genere alle imprese è quella di favorire l'adozione di politiche per la parità di genere e per l'empowerment femminile a livello aziendale e quindi di migliorare la possibilità per le donne di accedere al mercato del lavoro, di leadership e di armonizzazione dei tempi vita-lavoro.

TRIESTE

Via San Giorgio 1 - 34123
Tel. +39 040 362525
Fax +39 040 635050

MILANO

Via G. Bugatti 5 - 20144
Tel. +39 02 43911320
Fax +39 040 635050

ROMA

Piazza di Pietra 44 - 00186
Tel. +39 06 42112
Fax +39 06 86206754

swg.it | info@swg.it | pec: info@pec.swg.it

@swg_research @swg_research SWG S.p.A.

L'intelligenza artificiale nell'assistenza infermieristica: dalla speculazione alla scienza

Per Nilsen

DOI:10.1111/wvn.12706

19 gennaio 2024

L'intelligenza artificiale (IA) è una potenziale soluzione alle sfide che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare, tra cui l'aumento della domanda, l'incremento dei costi, le limitazioni del personale, le limitazioni delle risorse e la necessità di fornire servizi di alta qualità e risultati ed esperienze positive per i pazienti.

L'ombrello dell'IA comprende le tecnologie utilizzate per l'esecuzione di compiti o processi cognitivi che fanno capo all'intelligenza umana. Negli ultimi anni si sono registrati notevoli progressi nell'assistenza sanitaria guidata dall'IA, sfruttando le accresciute capacità computazionali e l'abbondanza di dati digitali ora accessibili per l'analisi.

L'IA nell'assistenza infermieristica ha molte potenziali applicazioni in diversi ambiti, come la diagnosi delle patologie cutanee nell'assistenza sanitaria di base, la previsione dei fattori che contribuiscono allo sviluppo delle ulcere da pressione e l'identificazione e la classificazione della fragilità dei pazienti più anziani. L'integrazione dei sistemi di IA nell'assistenza infermieristica offre la possibilità di alleggerire il carico di lavoro degli infermieri, di migliorare il processo decisionale clinico e di consentire un'informazione e un'assistenza personalizzate ai pazienti, migliorando così la qualità complessiva dell'assistenza.

Alcuni sostengono il potenziale dell'IA nel rivoluzionare le pratiche infermieristiche e sanitarie; altri si avvicinano alla sua rapida adozione con maggiore cautela. Questo editoriale offre una discussione sulle principali aree di disaccordo che circondano l'integrazione dell'IA nell'assistenza infermieristica e sanitaria.

Una criticità prevalente dell'IA è la sua tendenza a oscurare la trasparenza nel processo decisionale clinico, spesso descritta come il dilemma della scatola nera.

Questo fenomeno si riferisce alla sfida per cui il ragionamento alla base di diagnosi, trattamenti o prognosi generati dall'IA diventa opaco a causa delle intricate strutture e delle numerose variabili presenti nei sistemi di IA (Gilvaret al, Ciò significa che gli infermieri non sono in grado di comprendere o spiegare come e perché formulano determinate raccomandazioni per il paziente.

Di conseguenza, la credibilità dei sistemi di IA potrebbe essere valutata da infermieri e pazienti in base al grado di certezza che essi forniscono, piuttosto che basarsi esclusivamente sulla trasparenza. Inoltre, si può sostenere che il processo decisionale clinico di routine comprenda anche elementi di opacità, poiché i medici si basano spesso su approcci guidati dall'intuizione e radicati nell'esperienza, che non vengono esplicitati.

L'algoritmica è una critica ricorrente dell'IA, che mette in evidenza come i sistemi producano sistematicamente risultati imprecisi o distorti a causa di pregiudizi intrinseci presenti nei dati.

Questa tendenza può perpetuare i pregiudizi o le disuguaglianze sociali esistenti, dando luogo a processi decisionali ingiusti o discriminatori che possono avere effetti negativi sui pazienti (Pailaha, 2023).

Sebbene i sostenitori dell'IA riconoscano il rischio di risultati distorti associati all'IA, essi sostengono che essa presenta notevoli vantaggi rispetto al processo decisionale a umorismo, tra cui la riduzione della variabilità tra i medici e la fornitura di diagnosi, trattamenti e prognosi più coerenti e accurati. In particolare, i medici stessi sono suscettibili di vari pregiudizi cognitivi e implicite che influenzano il processo decisionale.

Questa suscettibilità è spesso amplificata in ambienti di lavoro ad alto stress, caratterizzati da frequenti compiti multipli, vincoli di tempo e dalla necessità di prendere decisioni rapide sulla base di informazioni limitate.

Un altro dibattito che circonda l'IA in ambito infermieristico è il potenziale dequalificazione dei medici derivante dall'automazione dei compiti da parte dei sistemi di IA. Si teme che questa automazione possa portare a una diminuzione delle competenze cliniche e a una compromissione del processo decisionale.

Gli infermieri tradizionalmente sviluppano le loro competenze attraverso una progressione dai compiti di base a quelli avanzati, con le competenze fondamentali che gettano le basi per l'esperienza.

Tuttavia, l'automazione dei compiti guidata dall'IA potrebbe saltare questa fase di base e di apprendimento, portando potenzialmente alla dequalificazione. Al contrario, l'IA è promettente per migliorare le competenze dei medici grazie all'introduzione di metodi di formazione innovativi basati sulla simulazione.

Il discorso sulla qualificazione indotta dall'IA rispecchia il dibattito passato sull'emergere della medicina basata sull'evidenza e sulla sua più ampia applicazione come pratica basata sull'evidenza.

Nelle sue prime fasi, il modello dell'evidenza è stato considerato una limitazione dell'autonomia dei medici, suscitando apprensione per la potenziale deprofessionalizzazione dovuta alla dipendenza da linee guida e protocolli prestabiliti.

Il dibattito sulla dequalificazione dei medici a causa dell'automazione ha un peso maggiore, alimentato principalmente dalle preoccupazioni derivanti dall'automazione guidata dall'IA che potrebbe sostituire la forza lavoro. I sostenitori dell'IA affermano che essa ha la capacità di servire come strumento di risparmio di tempo per i medici, fornendo loro quello che è stato definito il dono del tempo (Sauerbreietal...), 2023, p.2). Ad esempio, l'automatizzazione di attività come la programmazione degli appuntamenti e i promemoria potrebbe ridurre significativamente il tempo dedicato dai clinici alle attività amministrative. Questo tempo aggiuntivo potrebbe consentire interazioni più centrate sul paziente, per garantire che le preferenze, i bisogni e i valori dei pazienti guidino le decisioni cliniche.

Tuttavia, i critici sostengono che la riduzione del tempo dedicato alle attività amministrative potrebbe non necessariamente tradursi in interazioni più incentrate sul paziente. Le dinamiche economiche dell'assistenza sanitaria potrebbero portare a un maggiore afflusso di pazienti nel sistema sanitario. Il grado di razionalizzazione dell'intelligenza artificiale e se questo tempo verrà utilizzato per accogliere più pazienti o promuovere obiettivi alternativi, dipende in gran parte dalla priorità attribuita all'efficienza rispetto all'efficienza à-rispetto ad altri valori.

I sostenitori sostengono il potenziale dell'intelligenza artificiale per facilitare l'autonomia del paziente, trasformando potenzialmente la dinamica della relazione medico-paziente verso un processo decisionale più equilibrato. L'autonomia del paziente si riferisce al diritto e alla capacità di un individuo di prendere decisioni informate sulla propria cura, sulla base i propri valori, le preferenze e la comprensione della propria condizione.

Tuttavia, sebbene i sistemi di IA possano offrire ai clinici più tempo per l'interazione con il paziente, la mancanza di trasparenza ostacola lo scambio di informazioni, spiegazioni e comprensione condivisa, entrando così in contrasto con il principio dell'autonomia del paziente, ovvero la convinzione che il paziente abbia la libertà di gestire attivamente le decisioni relative alla propria salute (Bjerring&Busch, 2021).

Inoltre, la relazione medico-paziente tipicamente incarna la vulnerabilità del paziente, introducendo l'incertezza sul modo in cui l'IA potrebbe influire sul delicato equilibrio di potere tra medici e pazienti. McDougall (2019, p. 1) esprime il timore che l'IA possa spingere in un'ottica di paternalismo, un paradigma che conosce il meglio. Sebbene l'IA abbia un grande potenziale per migliorare la pratica infermieristica e affrontare sfide fondamentali nei sistemi sanitari, la sua applicazione pratica è ancora in una fase iniziale nel settore sanitario. La ricerca empirica giocherà un ruolo fondamentale nell'indagare come il potenziale dell'IA possa essere sfruttato in modo efficace, compreso il suo impatto sull'interazione centrata sul paziente e sulla sua autonomia.

Allo stesso tempo, è fondamentale esplorare empiricamente i rischi associati, tra cui il dilemma della scatola nera, il pregiudizio degli algoritmi e la dequalificazione.

Con la continua evoluzione dell'IA, è imperativo che ulteriori ricerche comprendano e diano forma alla sua integrazione e alla sua influenza nell'assistenza infermieristica e nel più ampio panorama sanitario.

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12706>

Elementi essenziali che gli infermieri devono affrontare per promuovere una dimissione sicura in pediatria: una revisione sistematica e una sintesi narrativa

S. Rossi, M. Hayter, A. Zuco, F. Tappino, R. Tirone, S. Scelsi

DOI <https://doi.org/10.1002/nop2.2043>

Scopo:

Lo scopo dello studio era quello di sintetizzare le evidenze sugli elementi essenziali che gli infermieri devono affrontare quando eseguono l'educazione terapeutica ai pazienti e ai loro caregiver per promuovere una dimissione pediatrica sicura dall'ospedale al domicilio.

Design:

Una revisione sistematica e una sintesi narrativa.

Metodi:

La strategia di ricerca identifica gli studi pubblicati tra il 2016 e il 2023. La qualità degli studi inclusi è stata valutata utilizzando le checklist del Critical Appraisal Skills Program.

Il protocollo di questa revisione non è stato registrato. Nei mesi di febbraio 2021 e giugno 2023 è stata condotta una ricerca su tre database elettronici (PubMed, CINAHL e Web of Science) e una ricerca negli elenchi di riferimento degli studi inclusi.

Risultati:

Quindici studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Gli elementi essenziali individuati sono raggruppati nei seguenti argomenti: gestione delle emergenze, bisogni fisiologici, gestione dei dispositivi medici e dei farmaci, gestione a lungo termine e gestione a breve termine.

Gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel garantire la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza, e la competenza degli infermieri fa la differenza nei risultati relativi alla dimissione. I nostri risultati possono aiutare la professione infermieristica a implementare progetti di dimissione completi. I nostri risultati supportano il miglioramento dei programmi di dimissione pediatrica guidati dagli infermieri. I dirigenti infermieristici possono identificare le aree grigie dell'educazione terapeutica fornita nelle loro unità e lavorare per il loro miglioramento.

A seguito dell'implementazione dell'educazione terapeutica su questi temi, potrebbe essere interessante misurare gli esiti legati alla dimissione.

Questo studio affronta il problema della gestione di una dimissione guidata dagli infermieri sicura ed efficiente in un contesto pediatrico.

Presenta prove sugli elementi essenziali per promuovere una dimissione pediatrica sicura a domicilio.

Questi potrebbero avere un impatto sulla pratica infermieristica utilizzandoli per implementare progetti e percorsi di dimissione.

Abbiamo aderito alle linee guida EQUATOR-PRISMA pertinenti per la reportistica della revisione sistematica.

Nessun paziente, utente del servizio, operatore sanitario o membro pubblico è stato coinvolto in questo studio a causa della sua natura (revisione sistematica).

Infermieri e professionisti dell'assistenza. Oltre il 90% boccia il proprio stipendio. Serpeggia la voglia di abbandonare il Ssn. L'indagine del Nursing Up

Soprattutto si sentono abbandonati dalle istituzioni. Vogliono essere sempre più protagonisti del proprio presente e del proprio futuro, amano il percorso che hanno scelto, ma sono pienamente consapevoli che la sanità di cui fanno parte sta vivendo una profonda crisi, e non sono certo disposti ad accettare passivamente le iniquità.

19 GEN -

Oltre il 90% degli infermieri italiani e degli altri professionisti dell'assistenza non sono soddisfatti della propria retribuzione. Non si sentono valorizzati, e tra gli under 50 c'è chi avrebbe voglia di abbandonare il Ssn, e di passare alla libera professione».

A dare voce ai professionisti del Ssn, il **Nursing up** che, dallo scorso novembre, attraverso i propri strumenti social ha lanciato una serie di sondaggi sulle tematiche chiave che li riguardano.

I professionisti sono costantemente informati, spesso studiano fino in fondo le normative che li riguardano, tra diritti e doveri. Vogliono essere sempre più protagonisti del proprio presente e del proprio futuro, amano il percorso che hanno scelto, ne comprendono il valore, si sentono orgogliosi di indossare la propria divisa, la maggior parte di essi non rinnega affatto i sacrifici che caratterizzano il proprio vissuto quotidiano.

Tuttavia sono pienamente consapevoli che la sanità di cui fanno parte sta vivendo una profonda crisi, e non sono certo disposti ad accettare passivamente le iniquità. L'insoddisfazione serpeggia, tra coloro che hanno risposto al Survey, e li accomuna un malcontento generale.

Gli infermieri inoltre, seguono, con estrema attenzione le evoluzioni della politica sanitaria, e naturalmente confidano, più che mai in questo momento storico, che qualcosa possa finalmente cambiare. Sostengono le azioni di lotta e sollecitano il sindacato nella sua attività di denuncia quotidiana.

“Abbiamo raccolto le loro testimonianze, ed è emerso in modo palese che oltre il 90% degli interventi si incentra sulla più delicata delle questioni, quella degli stipendi. Non sono per niente soddisfatti della propria retribuzione. Oltre il 90% degli intervistati, ritiene senza mezzi termini di non sentirsi valorizzato, addirittura non sono poche le testimonianze di chi, dopo oltre un decennio di attività sul campo, ancora giovane, sotto i 50 anni, avrebbe voglia di abbandonare il nostro SSN, e di passare volentieri alla libera professione” ha detto **Antonio De Palma**, Presidente Nazionale del Nursing Up.

Ecco le altre importanti richieste che emergono dall'indagine: chiedono meno stress, meno turni massacranti, più spazio per la famiglia e i propri affetti. Non è solo economica quindi la ragione che spinge molti dei professionisti intervenuti al nostro dibattito a manifestare la palese intenzione di rassegnare le dimissioni dalla sanità pubblica. Per alcuni è solo un pensiero costante.

Nursing Up denuncia da tempo l'acuirsi di un profondo senso di insoddisfazione emotiva da parte dei professionisti dell'assistenza, dice ancora De Palma, e la politica troppo spesso fa orecchie da mercante, ma dovrebbe invece tenere conto di quanto sta accadendo, dal momento che il clima di legittima sfiducia, rischia di continuare a sfociare in dimissioni volontarie dal Ssn per passare alla libera professione, e poi in fughe all'estero o addirittura abbandono definitivo del mondo sanitario.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119594

Nel quadro delle scelte politiche e legislative per invertire lo stato di criticità se non di decadenza del Ssn, ritengo che vadano adottate scelte coraggiose, discontinue e innovative per riformare alle radici lo stato giuridico dei professionisti della salute, la loro contrattazione, la loro formazione e quant'altro sia necessario al fine di restituire dignità e passione per l'attività ai professionisti della salute

08 GEN -

Le ultime settimane hanno visto lo sviluppo di iniziative sindacali a difesa non solo delle pensioni del personale del SSN ma per il mantenimento, il rilancio e il potenziamento della sanità pubblica, universalistica e solidaristica anche se non comprendo perché si dia vita ad iniziative uniche e non separate per gruppi di sigle, anche se apprezzabile che siano state perlopiù in forma unitaria della dirigenza medica e sanitaria con gli infermieri e l'altro personale del comparto.

Forse si ritiene ancora valido il detto maoista "marciare divisi per colpire uniti", io preferisco il detto "uniti si vince" quando ero uno dei segretari nazionali della Federazione Sanità CGIL-CISL-UIL negli anni Ottanta del precedente secolo e il sindacato non solo era uno dei protagonisti determinanti ma era una grande forza riformatrice e di progresso e la legge 833/78 è stata la più grande e profonda conquista fatta.

Nel quadro delle scelte politiche e legislative per invertire lo stato di criticità se non di decadenza del SSN, ritengo che vadano adottate scelte coraggiose, discontinue e innovative per riformare alle radici lo stato giuridico dei professionisti della salute, la loro contrattazione, la loro formazione e quant'altro sia necessario al fine di restituire dignità e passione per l'attività ai professionisti della salute.

Ovviamente se è il vero l'antico detto che non si fanno le nozze con i fichi secchi è evidente che la riforma che propongo non potrà esplicitare il suo potenziale positivo se le retribuzioni di questo comparto, che nella proposta che svilupperò di seguito debba divenire una categoria speciale, non abbiano il giusto e dovuto, nuovo e diverso apprezzamento economico retributivo, ricordando che anche per il personale del SSN ogni euro speso in più non è un costo ma un investimento per la salute umana ma anche dell'economia e del progresso sociale, produttivo e politico del Paese.

Per anni, rivestendo il ruolo di mediano attribuitomi dal fondatore di questo Quotidiano, ho contribuito alla stesura di norme riguardanti i professionisti della salute ed il personale del SSN in genere, questa volta, approfittando della disponibilità e della pazienza del Direttore, vorrei in più articoli di giornale descrivere sotto forma di una vera e propria proposta di legge l'articolazione di un'organica riforma del settore...cioè, "se fossi legislatore in tal guisa scriverei"

Sono idee, proposte che metto a disposizione di chi voglia condividerle anche in parte e voglia svilupparle in un percorso legislativo.

PROPOSTA DI LEGGE PER LA RIFORMA DELLO STATO GIURIDICO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE DI CUI ALLA LEGGE 3/18 E CONSEGUENTE ISTITUZIONE DELLA CATEGORIA SPECIALE

ARTICOLO 1 (Finalità)

1. La Repubblica considera la risorsa umana e professionale centrale e strategica per l'attuazione dei principi dell'articolo 32 della Costituzione e della conseguente legge 833/78 di attuazione; a tal fine ne promuove la valorizzazione e la partecipazione alle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello nazionale e regionale.

2. Finalità del presente provvedimento è la modifica della vigente legislazione in materia di stato giuridico, modalità di contrattazione collettiva, di partecipazione e di formazione delle professioni della salute di cui alla legge 3/18, valorizzando la loro diversità specifica attraverso l'implementazione di regole proprie, specifiche e diverse dagli altri comparti pubblici non solo per la sua missione di tutela di un diritto costituzionalmente garantito ma per la sua intrinseca complessità costituita da oltre trenta professioni laureate che vi operano con loro riconosciuta autonomia e competenza professionali.

3. Costituisce ulteriore finalità garantire agli esercenti le professioni mediche, sanitarie e sociosanitarie in rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale di essere parte integrante del processo di programmazione, organizzazione, monitoraggio, verifica e conseguente rimodulazione delle scelte di politica della salute e delle linee di produzione delle stesse in tutti i livelli del SSN stesso, nazionale, regionale e aziendale.

4. Quanto previsto nei precedenti commi la Repubblica lo garantisce attraverso:

- la normazione di un percorso che preveda la cogente realizzazione di modalità di effettiva partecipazione dei professionisti della salute alle attività del Servizio Sanitario Nazionale per garantirne la concertazione, la

comprensione;

- la valorizzazione della "specialità" del personale del SSN anche attraverso l'implementazione di regole proprie, specifiche e diverse dagli altri comparti pubblici non solo per la sua missione di tutela di un diritto costituzionalmente garantito ma per la sua intrinseca complessità costituita da oltre trenta professioni laureate che vi operano con loro riconosciuta autonomia e competenza professionali;

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

ARTICOLO 2 (Modifica dello stato giuridico)

1. A modifica e integrazione delle vigenti norme è istituita la categoria speciale dei professionisti della salute dei profili professionali compresi nella legge 3/18 in quanto assicurano l'attuazione del diritto alla salute individuale e collettiva in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione che si aggiunge alle altre già riconosciute per legge

2. Si dà atto che i professionisti della salute, di norma con formazione universitaria, hanno tutti propri, autonomi ambiti di competenza, con tipologie di organizzazione del lavoro ed istituti contrattuali specifici, talora non omogenei né paragonabili né assimilabili al personale degli altri comparti, per tale motivo è necessario riformare il rapporto di lavoro per valorizzare l'esercizio di una professione intellettuale e liberale in grado di sviluppare l'intrinsecità e la specificità del tempo di lavoro medico, sanitario e sociosanitario con l'obiettivo di garantire la migliore prestazione professionale del professionista della salute in scienza e coscienza per la tutela della salute nella prevenzione, nella diagnosi, nella cura e nella riabilitazione.

3. E' riconosciuto al Lavoro medico, sanitario e sociosanitario la garanzia che si espleta garantendo e valorizzando al massimo la sua potenzialità, autonomia e capacità intrinseche e proprie del proprio sapere ed agire professionale riducendo al massimo adempimenti non sanitari o non clinici che rientrano, invece, nelle competenze di quei professionisti che rivestano incarichi gestionali o apicali o, se di minor rilievo, a profili professionali differenti istituendo anche formando uno specifico profilo di segretario sanitario/clinico sulla base di esperienze europee evolvendo da una parte il segretario di studio di medico di medicina generale o di segretario di reparto ospedaliero, nelle poche, purtroppo, esperienze in essere.

4. Il rapporto di lavoro del personale medico, sanitario e sociosanitario, sia se dipendente che convenzionato è per obiettivi di "salute" concordati, monitorati e verificati con la conseguente individuazione di una parte della remunerazione legata al loro raggiungimento, tenendo conto delle situazioni avverse che non hanno consentito oggettivamente il pieno raggiungimento degli obiettivi stessi quali ad esempio: sottorganico di personale, minore dotazione strumentali, eventi pandemici e catastrofici; per il personale dirigenziale e le elevate professionalità l'esecuzione della prestazione di lavoro al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute concordati, secondo le modalità regolamentate dalla contrattazione collettiva di cui agli articoli seguenti non è condizionata dall'osservanza formale dell'orario di lavoro in omogeneità alle caratteristiche di ogni rapporto di lavoro sia dirigenziale che professionale, fermo restando la retribuzione distinta per le guardie, la reperibilità, il lavoro notturno e festivo.

5. Al fine di dare serenità nell'esercizio professionale e evitare la involuzione nella medicina difensiva l'atto medico, sanitario e sociosanitario, eccetto i casi di colpa grave, è depenalizzato per sviluppare il potenziale di crescita professionale del professionista e dell'organizzazione sanitaria attraverso il corretto sviluppo delle metodologie del rischio clinico.

ARTICOLO 3 (modifiche all'articolo 583-quater del codice penale e all'articolo 357 del codice penale)

1. All'articolo 357 del Codice penale è aggiunto il seguente periodo: "sono, altresì pubblici ufficiali chi assicura la fruizione di un diritto costituzionalmente garantito, ivi compresi gli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, indipendente dal rapporto di lavoro con il quale esercitano la loro professione e dal luogo ove la svolgono

2. All'articolo 583-quater del codice penale è aggiunto, infine, il seguente comma: "Le stesse pene si applicano in caso di lesioni personali gravi o gravissime cagionate a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria di cui alla legge 11 gennaio n. 3, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private o in altro luogo ove l'esercente la professione sanitaria o sociosanitaria stia svolgendo la sua professione, compreso a domicilio dell'utente; l'entità della pena può, altresì, essere raddoppiata nel caso che sia esercitata violenza fisica o psichica nei

confronti di professionisti operante nei Dipartimenti di Emergenza Urgenza Accettazione ospedalieri o nei servizi di guardia medica di continuità assistenziale”.

3. All'articolo 583-quater del Codice penale, alla rubrica, sono aggiunte le seguenti parole: nonché a personale esercente una professione sanitaria o sociosanitaria presso strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private o in altro luogo ove l'esercente la professione sanitaria o sociosanitaria stia svolgendo la sua professione, compreso a domicilio dell'utente.

4. Nei confronti di chi commetta reati di offesa, vilipendio, minacce, aggressione e violenza nei confronti dei pubblici ufficiali di cui al comma precedente è perseguito d'ufficio senza interruzione temporale della possibilità da parte degli stessi di sporgere denuncia o querela.

5. È compito della Repubblica garantire:

- la presenza di un presidio di pubblica sicurezza all'interno dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione e l'attivazione di strumenti di videosorveglianza in altri presidi a rischio della Aziende Sanitarie in particolare in quelli dei Dipartimenti di Salute Mentale e di Guardia medica;

- la rimozione di tutti gli ostacoli che impediscano l'immediata garanzia per i professionisti della salute di assicurare l'attuazione del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione al fine di evitare situazioni di disagio e di inasprimento psichico ed emotivo degli individui e dei loro familiari e conoscenti per prevenire qualsiasi stato di conflitto e pericolo all'interno dei servizi e presidi del Servizio Sanitario Nazionale;

- la promozione di attività di umanizzazione in grado di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati nella forma più efficiente ed efficace alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica al fine di garantire la qualità dell'intervento medico, sanitario e sociosanitario anche attraverso l'attivazione di corsi di Medicina Narrativa per il personale in servizio e la loro attivazione nei corsi di formazione dei professionisti della salute;

- la realizzazione di campagne mediatiche nei confronti della popolazione sul ruolo e il valore strategico dei professionisti della salute e le conseguenze delle modifiche legislative introdotte dal presente articolo.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119318

quotidianosanita.it

Proposta di riforma delle professioni della salute (parte seconda)

Saverio Proia

In questa seconda parte descrivo le parti riguardanti la istituzione della categoria speciale dei professionisti della salute, della riforma della contrattazione e della partecipazione. Ritengo che sia quanto mai chiaro che con questa proposta di legge si libera l'insieme del personale non solo dirigenziale ma anche dei livelli dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo dipendente del Ssn dall'essere compreso nella medesima contrattazione del personale dei ruoli sanitario e sociosanitario

10 GEN -

Nel precedente [articolo](#) avevo iniziato a delineare la prima parte di una proposta di legge di riforma globale o per rimanere nel settore olistica del personale del SSN in modifica e in integrazione delle vigenti normative e alla libera disposizione di chi intenda e voglia farsene carico in parte o nel complesso.

Di seguito descrivo le parti riguardanti la istituzione della categoria speciale dei professionisti della salute, della riforma della contrattazione e della partecipazione.

Ritengo che sia quanto mai chiaro che con questa proposta di legge si libera l'insieme del personale non solo dirigenziale ma anche dei livelli dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo dipendente del SSN dall'essere compreso nella medesima contrattazione del personale dei ruoli sanitario e sociosanitario, destinandolo ad altro comparto quale, ad esempio, quello delle Autonomie locali e delle Regioni, identico senso di liberazione, sono sicuro, che sarebbe vissuto dai professionisti della salute.

PROPOSTA DI LEGGE PER LA RIFORMA DELLO STATO GIURIDICO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE DI CUI ALLA LEGGE 3/18 E CONSEGUENTE ISTITUZIONE DELLA CATEGORIA SPECIALE (parte seconda)

ARTICOLO 4 (Istituzione della categoria speciale delle professioni e dei profili professionali della salute di cui alla legge 3/18)

1. È istituita la categoria speciale del personale del Servizio Sanitario Nazionale dipendente appartenente alle professioni e ai profili professionali previsti dalla legge 3/18 alla quale si applica la contrattazione collettiva nazionale nelle modalità descritte nei commi seguenti.

2. La contrattazione nazionale della categoria speciale prevista dal comma precedente del personale dipendente e del personale a convenzione con il SSN, si svolge presso il Ministero della Salute attraverso una delegazione di parte pubblica composta dal ministro pro tempore o un suo delegato, da rappresentanti del Ministero del lavoro e della solidarietà sociale, della Funzione Pubblica e della Conferenza delle Regioni; a tal fine il Ministero della Salute istituisce una specifica struttura dirigenziale per la gestione delle procedure e delle fasi contrattuali avvalendosi anche di personale in comando o in mobilità da ARAN e da SISAC.

3. È istituito "L'accordo quadro di filiera unitario ed unificante del personale a qualsiasi titolo operante nei servizi e presidi a gestione diretta del SSN o con lo stesso accreditati" propedeutico ai rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del SSN e delle strutture private accreditate finalizzato:

a) ad omogeneizzare gli istituti contrattuali normativi ed economici del personale nel pubblico e nel privato accreditato, favorendo la maggiore unificazione possibile dell'attuale molteplicità dei contratti in quest'ultimo settore;

b) a promuovere la partecipazione vincolante delle rappresentanze sindacali nelle fasi di elaborazione del Patto della Salute tra Stato e Regioni nella programmazione, nell'elaborazione delle scelte programmatiche, nel loro monitoraggio, verifica e rimodulazione al fine di garantire ai professionisti produttori di salute il loro protagonismo positivo nella concertazione, comprensione e condivisione delle politiche per la salute per far sì che la contrattazione sia uno strumento attuativo delle scelte programmatiche in sanità;

4. il contratto collettivo nazionale della categoria speciale di cui al comma 1. del presente articolo è articolato in:

a) una parte comune finalizzata a definire la vincolante partecipazione sindacale nel percorso di cui all'articolo precedente lettera b.;

b) area della dirigenza dei professionisti della salute;

c) area dei professionisti e dei profili professionali della salute.

5. L'ipotesi di accordo raggiunta tra le parti è portata alla contemporanea approvazione della parte pubblica e della parte sindacale, raggiunta la quale è sottoscritta tra le parti e resa immediatamente vigente.

6. Il rapporto di lavoro dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è di norma di lavoro dipendente eccetto le singole opzioni di chi opta per rimanere a rapporto convenzionale e le specifiche realtà individuate dalle Aziende sanitarie locali su criteri decisi dalle Regioni, sentiti i sindacati medici rappresentativi della categoria; il requisito per accedere all'incarico di medico di medicina generale è il possesso della specifica specializzazione universitaria di cui al seguente articolo....., a far data dall'anno seguente la conclusione del primo corso di specializzazione universitaria, fermo restando la validità del corso di formazione regionale per l'accesso all'incarico di medicina generale per un ulteriore tempo individuato dal Ministero della Salute, di concerto con le Regioni, sentita la FNOMCeO, previo confronto con i sindacati medici rappresentativi della categoria.

ARTICOLO 5 (Regolamentazione e promozione della partecipazione dei professionisti della salute)

1. In attuazione dei principi di cui al primo articolo della presente legge la Repubblica garantisce alle rappresentanze ordinistiche e sindacali delle professioni della salute il diritto al confronto preliminare all'emanazione del Patto per la Salute tra Stato e Regioni e dei conseguenti atti programmatici e analogo confronto è previsto in ogni Regione e Provincia autonoma propedeutico all'approvazione del Piano sanitario o sociosanitario regionale; analogo confronto è garantito in caso di emanazione di provvedimenti riguardante il personale della presente legge..

2. In attuazione di quanto previsto nel comma precedente, le rappresentanze ordinistiche e sindacali, quali soggetti che contribuiscono all'elaborazione del Patto per la Salute, sono abilitate a richiedere annualmente il monitoraggio e la verifica della programmazione sanitaria e sociosanitaria e a proporre correzioni in corso d'opera.

3. La Repubblica in attuazione ai principi della presente legge ritiene necessario, per lo sviluppo del

Servizio Sanitario Nazionale e la sua capacità di erogare prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed efficienti, lo sviluppo di una reale ed incisiva democratizzazione dell'attività professionale e dell'organizzazione del lavoro all'interno delle Aziende sanitarie riformando il potere monocratico del Direttore Generale, attraverso forme di partecipazione reali in grado di incidere, proporre, verificare e se del caso correggere le scelte di programmazione e le conseguenti azioni di loro concretizzazione sia nelle fasi della contrattazione collettiva aziendale tra parte pubblica e parte sindacale che nella promozione di un nuovo e positivo protagonismo di chi opera in prima linea e nelle retrovie dell'organizzazione del lavoro sanitario e sociosanitario, affinché le scelte di politica della salute aziendale sia comprese e condivise come proprie da ogni professionista della salute.

2. In attuazione della normativa di cui al precedente comma il Ministero della Salute, d'intesa con le Regioni, sentiti gli Ordini nazionali delle professioni di cui alla legge 3/18 e previo confronto con i sindacati rappresentativi della categorie interessate è delegato entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge un decreto ministeriale che detti i criteri e i contenuti per riformare, potenziandone ruolo e funzioni, il Consiglio Sanitario Aziendale, i Consigli di Dipartimento e di Distretto con la caratteristica di essere elettivi e rappresentativi di tutte le professionalità presenti garantendo loro poteri reali nelle procedure di programmazione, monitoraggio e verifica delle scelte aziendali, dipartimentali e distrettuali in materia di attuazione del diritto alla salute, fermo restando il diritto ed il dovere del singolo professionista della salute di esprimere contrarietà e critica in caso di direttiva che si ritenga errata deontologicamente, legalmente o pericolosa per la persona in cura, assicurando il diritto alla critica e al dissenso, motivato scientificamente e professionalmente.

3. Al fine di assicurare lo sviluppo di questo nuovo clima di lavoro democratico e partecipativo aziendale è garantita ai professionisti ed operatori eletti negli organismi di cui al comma precedente la non punibilità nelle dichiarazioni e negli atti esercitati in virtù del loro mandato elettivo, allorché esprimono il loro pensiero critico e di dissenso.

4. Il decreto ministeriale di cui al comma 2 contiene anche criteri e indicazioni per potenziare il governo aziendale con la istituzione di un "consiglio di indirizzo" plurale rappresentativo degli enti locali e delle forze sociali, con poteri non solo consultivi ma di partecipazione alle scelte di programmazione, monitoraggio, verifica e rimodulazione delle scelte di politica della salute.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119384

quotidianosanita.it

Proposta di riforma delle professioni della salute (parte terza)

Saverio Proia

Questa terza parte prende in esame le questioni relative alle assunzioni, ai contratti di formazione lavoro degli specializzandi e delle professioni di cui alla legge 251/00 nonché modifiche alle leggi 43/06, 251/00 e 3/18 in attuazione dell'evoluzione delle professioni presenti in tali normative. Previsto inoltre uno specifico articolo per affrontare la questione dell'emergenza infermieristica con misure a regime e straordinarie nonché la possibile estensione di tali norme ad altri profili

18 GEN -

Dopo le prime due parti della proposta di legge per la riforma dello stato giuridico dei professionisti della salute di cui alla legge 3/18 ([parte prima](#), [parte seconda](#)) e conseguente istituzione della categoria speciale, la terza parte prende in esame le questioni relative alle assunzioni, ai contratti di formazione lavoro degli specializzandi e delle professioni di cui alla legge 251/00 nonché modifiche alle leggi 43/06, 251/00 e 3/18 in attuazione dell'evoluzione delle professioni presenti in tali normative.

E', altresì previsto uno specifico articolo per affrontare la questione dell'emergenza infermieristica con misure a regime e straordinarie nonché la possibile estensione di tali norme ad altri profili in forma concordata e condivisa tra le parti.

Articolo 6 (Sulle assunzioni, i contratti di formazione lavoro e modifiche della legge 43/06, 3/18 e 251/00)

1. L'assunzione di professionisti della salute avviene nelle modalità vigenti, salvo le modifiche introdotte dalla presente legge; l'assunzione è di norma a tempo indeterminato, possono essere effettuate a tempo determinato solo con motivazioni di eccezionalità e in casi di pandemia o catastrofi possono essere svolte assunzioni con rapporto flessibile per un tempo limitato, in ambedue le fattispecie d'intesa con i sindacati rappresentativi del personale interessato-

2. È vietato l'utilizzo di Agenzie o Cooperative per la copertura di professionisti e operatori della salute con lavoro interinale nelle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie; in caso di violazione di quanto sopra decade dalla nomina il Direttore Generale dell'Azienda sanitaria su delibera motivata della Giunta regionale.

3. Con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Università d'intesa con le Regioni, sentite le Federazioni degli Ordini professionali di riferimento e previo confronto con i sindacati di categoria, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono regolamentati:

a) una specifica forma di contratto di formazione lavoro per i medici e le altre professioni sanitarie iscritte e frequentanti il corso di specializzazione post-laurea i cui istituti normativi, previdenziali e economici sono disciplinati da un'apposita sezione contrattuale del Contratto collettivo nazionale della dirigenza medica e sanitaria di cui all'articolo 4, comma 4 lettera b. della presente legge prevedendo il mantenimento dei medesimi diritti e doveri del personale a tempo indeterminato tenuto conto dello status di specializzandi;

b) un particolare rapporto di formazione lavoro per gli iscritti al terzo anno del corso di laurea per infermiere e per ostetrica nonché per le altre professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione individuate d'intesa con le Regioni e le Federazioni degli ordini professionali di appartenenza, previo confronto con i sindacati di categoria; tale rapporto di formazione lavoro prevede la regolamentazione degli istituti normativi, previdenziali ed economici è affidata ad una specifica sezione contrattuale del Contratto collettivo nazionale di cui all'articolo 4, comma 4 lettera c. della presente legge;

c) contratti di formazione lavoro di durata triennale con i neolaureati in infermieristica e in ostetricia nonché per le altre professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, previo confronto con i sindacati di categoria, al termine del triennio se con valutazione positiva della formazione raggiunta, i professionisti sono assunti a tempo indeterminato.

4. All'articolo 6 della legge 1° febbraio 2006 n. 43 alla lettera b) dopo professionisti coordinatori è aggiunto: "professionisti coordinatori senior in possesso della specifica laurea magistrale o specialistica" e dopo la lettera c) professionisti specialisti "professionisti specialisti senior in possesso della laurea magistrale o specialistica con indirizzo clinico o specialistico attinente di cui all'articolo 8 della presente legge".

5. I professionisti coordinatori e specialisti senior svolgono funzioni con competenze gestionali o specialistiche o avanzate o cliniche più complesse e diverse da quelle previste dal profilo professionale di base formato e abilitato dal diploma di laurea.

6. In conseguenza del comma 5 del presente articolo gli Ordini delle professioni sanitarie infermieristiche, della professione di ostetrica, e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e della professione sanitaria di fisioterapista di cui alla legge 11 gennaio 2018 n.3 articolano i loro iscritti nell'Albo sezione "A" degli esercenti la professione in possesso del diploma di laurea e nell'Albo sezione "B" degli esercenti la professione in possesso del diploma di laurea magistrale o specialistica; il Ministero della Salute formula entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge le conseguenti modifiche ai regolamenti ordinistici.

7. All'articolo 6 della legge 10 agosto 2000 n. 251/00 dopo "aziende ospedaliere" aggiungere è altresì analogamente istituita la nuova qualifica di dirigente del servizio sociale professionale per il personale appartenente alla professione sociosanitaria di assistente sociale.

Articolo 7 (Misure straordinarie e a regime per affrontare l'emergenza infermieristica e di altre professioni della salute)

1. La Repubblica considera la professione infermieristica centrale e strategica per garantire il diritto alla salute individuale e collettiva in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione e della legge 833/78 e successive modifiche ed integrazioni e a tal fine ne promuove la valorizzazione attraverso la piena integrazione ai modelli più avanzati di formazione, organizzazione del lavoro e implementazione delle competenze adottati e positivamente verificati in altri Stati europei ed extraeuropei adottando, anche, provvedimenti straordinari e limitati nel tempo al fine di superare emergenze formative ed occupazionali.

2. In attuazione di quanto previsto nel comma 1 il Ministero della Salute, con la partecipazione dei Ministeri dell'Università, del Lavoro e delle politiche sociali nonché dell'Economia e Finanze, della Conferenza delle Regioni e della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche attiva periodici tavoli di confronto con i sindacati rappresentativi delle professioni infermieristiche al fine di monitorare l'attuazione dei provvedimenti di cui ai commi seguenti e, se del caso, proporre correzioni o integrazioni degli stessi.

3. La formazione universitaria infermieristica, in attuazione del terzo comma dell'articolo 6 del dlgs 502/92 è svolta all'interno dei presidi e servizi del Servizio Sanitario Nazionale in attuazione di uno specifico protocollo stipulato con un Ateneo di riferimento e gestita da una dedicata Unità Operativa Complessa di funzione formativa universitaria infermieristica diretta da un direttore infermieristico organicamente inserita nel Servizio di assistenza infermieristica di cui all'articolo 7 della legge 251/00.

4. La formazione universitaria infermieristica è articolata in laurea in scienze infermieristiche, laurea magistrale in scienze infermieristiche, master universitari di primo e secondo livello e dottorati di ricerca. La laurea magistrale in scienze infermieristiche prevede i seguenti indirizzi specialistici:

a) gestionale;

b) educativo-formativo e di ricerca metodologica;

c) clinico-specialistico, con le seguenti aree specialistiche:

1. area delle cure primarie e della sanità pubblica

2. area intensiva e dell'emergenza e urgenza;

3. area medica;

4. area chirurgica;

5. area neonatologica e pediatrica;

6. area della salute mentale e delle dipendenze;

7. area della salute di genere;

8. eventuali altri indirizzi stabiliti con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, sentite le Regioni e la FNOPI, previo confronto con i sindacati rappresentativi della professione infermieristica. I master di primo e di secondo livello sono rivolti all'acquisizione di ulteriore professionalità, in particolare riguardo al management generale delle professioni sanitarie.

Il master di secondo livello è titolo preferenziale per l'accesso alla direzione di unità organizzative complesse e di unità programmatiche nelle aziende sanitarie, nelle aziende ospedaliere universitarie, negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e negli altri enti sanitari. A tale titolo preferenziale è equiparata la docenza universitaria di ruolo nello specifico settore scientifico-disciplinare.

5. La programmazione dei fabbisogni di formazione infermieristica è progressivamente adeguata non solo a garantire il normale turn over ma anche la dimostrata carenza di infermieri all'interno dei servizi sanitari pubblici e privati a tal fine le Regioni implementano le sedi di formazione universitaria infermieristica nelle Aziende sanitarie in convenzione con gli Atenei

6. Le Regioni nella formulazione degli obiettivi strategici ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie inseriscono la realizzazione ed il potenziamento della formazione universitaria infermieristica da intendere e realizzare quale investimento e valore aggiunto e, a tal fine, in sede di contrattazione collettiva integrativa aziendale i Direttori Generali garantiscono al personale docente e ai tutor la valorizzazione economica e normativa ad iniziare dal sistema degli incarichi e alle retribuzione delle ore di insegnamento.

7. L'Unità Operativa Complessa di funzione formativa universitaria infermieristica svolge tutte le funzioni previste dalla normativa in materia di formazione; il direttore di tale struttura è anche direttore del corso di laurea infermieristica; gli Atenei incrementano l'assunzione università di professori espressione della professione infermieristica; i docenti nei corsi di formazione universitaria infermieristica dipendenti delle Aziende sanitarie hanno i medesimi diritti e doveri dei docenti dipendenti dalle Università, compresa la partecipazione agli organismi accademici.

8. Sperimentalmente per i prossimi cinque anni dall'entrata in vigore e comunque prorogabili sino al superamento dimostrato della carenza infermieristica sono esonerati dal pagamento delle tasse universitarie gli iscritti al primo anno di corso di laurea in scienze infermieristiche con un ISEE sino a euro 70.000; l'esonero è mantenuto nei successivi anni di studio a condizione che siano stati superati nell'anno accademico in corso almeno la metà degli esami del piano di studio.

9. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Ministero dell'Università di concerto con il Ministro della Salute, sentite le Regioni e la FNOPI rimodulano l'ordinamento didattico del corso di laurea in scienze infermieristiche nella parte teorica e del tirocinio al fine di coniugare la migliore formazione con il rispetto del compimento del triennio del corso, consentendo il suo prolungamento solo di fronte a motivazioni di salute o altro di reale gravità motivata; le Regioni con propri bilanci possono erogare agli studenti del corso di laurea in scienze infermieristiche confermabili annualmente in relazione al profitto verificato dello studente.

10. È attivato uno specifico contratto di formazione lavoro per gli studenti del terzo anno del corso di laurea in scienze infermieristiche, regolato economicamente e normativamente in una specifica sezione contrattuale del CCNL del personale del comparto sanità; a tal fine è stipulato un CCNL integrativo entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

11. Le Aziende sanitarie attivano nel limite del 50% dei posti disponibili della propria dotazione organica contratti di formazione lavoro, come previsto dal CCNL del comparto sanità, per i neolaureati in scienze infermieristiche con la previsione al termine del primo triennio, se in presenza di un giudizio positivo il passaggio a tempo indeterminato, al fine di velocizzare le procedure concorsuali.

12. Le Regioni in attuazione dell'articolo 1 della presente legge fissano tra gli obiettivi da raggiungere da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie:

- la piena generalizzazione del sistema degli incarichi professionali e organizzativi per il personale del SSN e in particolare degli incarichi di alta professionalità di infermieri specialisti e di infermieri esperti con il conseguente pieno riconoscimento economico e normativo per lo svolgimento, da implementare nell'organizzazione del lavoro, di competenze più complesse, avanzate e specialistiche diverse da quelle del profilo di base;
- la revisione dell'organizzazione del lavoro sanitario e sociosanitario anche attraverso la digitalizzazione liberando gli infermieri da competenze che possano svolgere altri professionisti e operatori affinché la risorsa professionale infermieristica sia utilizzata per le proprie specifiche potenzialità di tutela e promozione della salute.

13. Con decreto del Ministero della Salute da emanare entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge sono individuate le specifiche competenze avanzate di capacità prescrittiva infermieristica sulla base delle esperienze positive e consolidate degli altri Stati europei.

14. La normativa di cui ai precedenti commi si applica in analogia anche a quei profili professionali individuati dal Ministero della Salute e da quello dell'Università di concerto con le Regioni, d'intesa con le Federazioni degli Ordini professionali di appartenenza e previo confronto con i sindacati di categoria.

15. Agli esercenti le professioni infermieristiche e le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e la professione di ostetrica dipendenti dal SSN si applica la normativa sulla libera professione intramuraria prevista dall'articolo 15 e seguenti del dlgs 502/92.

16. I rinnovi contrattuali dei comparti in cui siano presenti dipendenti esercenti la professione infermieristica prevedono l'istituzione di una specifica indennità di professione infermieristica da erogare in forma progressiva in relazione al maturarsi di un'anzianità per scaglioni quinquennali finanziati in sede di approvazione della legge di bilancio statale e distinta dal finanziamento del rinnovo contrattuale, analogamente è previsto per una specifica indennità di tutela per la salute per i dipendenti appartenenti alle professioni della salute tecnico-sanitarie, della riabilitazione, della prevenzione, di ostetrica e di assistente sociale.

17. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Consiglio dei ministri su proposta del Ministero della Salute e di quello della Funzione Pubblica, sentite le Regioni emana una specifica normativa per favorire il rientro, in qualità di dipendenti del SSN, dei medici, degli infermieri e degli altri professionisti della salute laureatisi in Italia e che siano emigrati in altri Stati per svolgere la loro professione.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119562

Proposta di riforma delle professioni della salute (parte quarta)

Saverio Proia

Con questo articolo traccio un'ipotesi di sede formativa speciale integrata Ssn e Università attraverso l'istituzione dell'"Accademia di alta formazione delle professioni sanitarie" un'idea che riprende contestualizzandola un'idea forza delle Scuole di Sanità pensata nello scorso secolo da più esponenti illuminati.

25 GEN - Nei precedenti articoli ([parte prima](#), [parte seconda](#), [parte terza](#)) ho delineato il mio pensiero su come riformare lo stato giuridico dei professionisti della salute, con questo articolo traccio un'ipotesi di sede formativa speciale integrata Ssn e Università attraverso l'istituzione dell'"Accademia di alta formazione delle professioni sanitarie" un'idea che riprende contestualizzandola un'idea forza delle Scuole di Sanità pensata nello scorso secolo da più esponenti illuminati.

L'insieme della proposta di legge, ripeto, è a libera e gratuita disposizione di chi in parte o nel complesso voglia proporla in Parlamento.

PROPOSTA DI LEGGE PER LA RIFORMA DELLO STATO GIURIDICO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE DI CUI ALLA LEGGE 3/18 E CONSEGUENTE ISTITUZIONE DELLA CATEGORIA SPECIALE (parte quarta)

Articolo 8 (Istituzione dell'Accademia di alta formazione delle professioni sanitarie)

1. In attuazione dei principi contenuti nell'articolo 1 della presente legge la Repubblica considera la formazione universitaria specialistica post laurea dei medici e delle altre professioni sanitarie e la formazione universitaria delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, ulteriore elemento costituente la diversità e la specialità rispetto agli altri comparti in quanto le stesse si svolgono laddove le professioni operano con un rapporto di pari dignità tra sistema universitario e servizio sanitario nazionale e con un ruolo determinante di attività di docenza e tutoraggio da parte di dirigenti e professionisti sanitari dipendenti delle Aziende sanitarie le quali mettono a disposizione anche sedi e tecnologie.-
2. A tal fine ogni Azienda Sanitaria sede di formazione universitaria in base all'accreditamento riconosciuto e il singolo Ateneo titolare delle scuole di specializzazione medica e delle altre professioni sanitarie e della formazione universitaria delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, costituiscono attraverso uno specifico protocollo e in forma di Dipartimento integrato una struttura comune denominato Accademia di alta formazione delle professioni sanitarie.
3. L'Accademia di alta formazione delle professioni sanitarie, in relazione alla tipologia di corsi universitari attivati, si articola in: Ospedale d'insegnamento, Distretto d'insegnamento, compresi gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, Dipartimento di Prevenzione di insegnamento e Dipartimento di salute mentale di insegnamento.
4. È affidata all'Accademia di alta formazione delle professioni sanitarie la gestione del tirocinio pre-laurea dei corsi di laurea magistrale in medicina in chirurgia, in psicologia e in ogni corso di laurea in professione sanitaria laddove sia previsto.
5. Nelle articolazioni aziendali di insegnamento la docenza delle materie professionalizzanti e l'attività di supervisione e tutoraggio è riservata ai dirigenti medici e sanitari, compresi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nonché ai professionisti sanitari dipendenti o convenzionati dipendenti dell'Azienda sanitaria.
6. Il protocollo di cui al comma 2. Prevede che direttore della Scuola di specializzazione e dei corsi di formazione universitaria è un dirigente dipendente dell'Azienda sanitaria appartenente alla medesima specializzazione o professione oggetto della formazione, il presidente di norma un professore universitario, uno specifico Senato Accademico composto dal Rettore e dai rappresentanti di ciascuna scuola di specializzazione e di ciascun corso di laurea, tre rappresentanti degli studenti e un rappresentante di eventuali assegnisti di ricerca e borsisti docenti dipendenti dagli Atenei; costituiscono l'elettorato attivo e passivo, ognuno per ciascuna attività formativa, di tale specifico Senato Accademico i docenti dipendenti delle Aziende sanitarie con pari diritti e doveri, gli studenti, gli assegnisti e i borsisti mentre il Rettore è eletto a suffragio universale a maggioranza qualificata.
7. Il corso regionale di medicina generale è elevato a Scuola di specializzazione in medicina generale e in cure primarie; entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro dell'Università di concerto con il Ministro della Salute sentite le Regioni e La FNOMCeO emana l'ordinamento didattico,

le modalità di equipollenza dei precedenti corsi regionali e la durata della coesistenza tra i due diplomi per accedere all'incarico di medicina generale.

8. Il riordino della formazione universitaria infermieristica e delle altre professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica è regolamentato dall'articolo 7 commi 7 e 8.
9. Il trattamento economico, normativo e previdenziale dei medici specializzandi e degli altri professionisti sanitari è disciplinato dallo specifico contratto di formazione lavoro dall'articolo 6, comma 3. lettera a. della presente legge, analogamente è disciplinato dall'articolo 6 comma 3. lettera b. il particolare rapporto di formazione lavoro per gli studenti del terzo anno dei corsi di laurea in infermieristica e in ostetricia e delle altre professioni sanitarie individuate dalle modalità ivi descritte.
10. L'Accademia di alta formazione delle professioni sanitarie gestisce, altresì, i corsi per operatore sociosanitario e di altro personale di interesse sanitario o dell'area sociosanitaria a gestione diretta dell'Azienda sanitaria e sovrintende vigilando ai medesimi corsi svolte in strutture pubbliche o private accreditate e autorizzate dalla Regione.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119694

Sociale, long care e terza età



Previdenza: l'allarme Ocse sull'Italia rilancia il tema del "debito pensionistico implicito"

di Claudio Testuzza

Secondo quanto comunicato dalla Banca d'Italia, alla fine di novembre il debito pubblico era sceso a circa 2.855 miliardi di euro rispetto ai circa 2.868 miliardi di inizio mese. Il calo mensile è stato di quasi 13 miliardi di euro. Però rispetto al dato dello stesso mese dello scorso anno (2.760 miliardi di euro) il debito pubblico è cresciuto di oltre 95 miliardi. Il debito pubblico è quindi purtroppo molto elevato e da molto tempo.

Tanto da fare affermare dall'Ocse che, senza correzioni, potrebbe crescere sino al 180 % del Pil nel 2040. Quello che preoccupa non è, infatti, tanto il valore assoluto ma la sua relazione rispetto al reddito nazionale che determina il rapporto in percentuale del Pil.

Il debito pubblico dell'Italia in rapporto al PIL a chiusura del 2023 è stato stimato al 139,8%. La regione italiana con maggior debito pubblico lordo è il Lazio (28,3 miliardi di euro) seguita dalla Campania (15,6). Le meno indebitate sono Valle d'Aosta, Molise e Basilicata (debito inferiore a 1 miliardo). Spiccano inoltre le azioni di risanamento dei conti pubblici operate da FVG, Emilia-Romagna e Sardegna.

C'è però un altro tipo di debito che, allo stato attuale, preoccupa ancora di più. Quello che viene definito debito pensionistico implicito.

La definizione di debito pensionistico implicito è quella di valore attuale delle promesse pensionistiche future, al netto dei contributi pensionistici futuri, implicito nella legislazione corrente.

Sono evidenti le analogie tra il concetto di debito pensionistico e quello di debito pubblico. In entrambi i casi, infatti, si tratta di una promessa di pagare, in futuro, una somma garantita dallo Stato. Il concetto di debito pensionistico dovrebbe rientrare, quindi, a pieno titolo nelle discussioni relative alla politica economica e alla sostenibilità del debito statale.

La rilevanza è sostenuta anche dalle autorità europee, che hanno deciso di considerare questa variabile all'interno di una più generale valutazione sulla sostenibilità dei bilanci pubblici nazionali.

Va comunque detto che le promesse monetarie verso i futuri pensionati potrebbero essere considerate, in senso stretto, una forma di debito non certo. In quanto i governi, in un futuro più o meno ampio potrebbero rivedere quanto spendere per le prestazioni e quindi modificare il patto implicito fra le generazioni.

L'Italia vanta un debito pensionistico implicito elevato rispetto ad altri paesi, nonostante la riforma che ha introdotto il sistema contributivo a metà degli anni '90, meglio definita dalla riforma "Fornero" del 2011. E le riforme pensionistiche sono ovviamente un modo per poter effettuare una riduzione dei benefici e della spesa.

Più che un problema di sostenibilità il nostro paese ha un problema di equità intergenerazionale e il debito pensionistico serve proprio a mettere in guardia contro interventi che, pur avendo costi limitati nell'immediato, possono nel tempo far aumentare fortemente gli oneri che gravano sulle future generazioni. L'esempio tipico è quello delle baby pensioni, che hanno comportato costi contenuti nell'immediato per il bilancio pubblico, ma un impatto significativo sul debito implicito.

Per anni sono state pagate decine di miliardi per prestazioni erogate a partire da contributi versati anche solo per 14 anni 6 mesi e un giorno!

A tutt'oggi paghiamo circa 7 miliardi di euro, vale a dire circa mezzo punto di Pil, per prestazioni pensionistiche erogate con decorrenza al di sotto dei 50 anni di età.

Quando le baby pensioni vennero introdotte il loro costo fu molto contenuto, ma ci hanno, poi, lasciato questa eredità.

Il senso etico e la disponibilità alla solidarietà generazionale possono e devono comunque variare tra le diverse generazioni e non possono essere considerate immutabili. Così come appare necessario considerare il profondo legame fra lavoro e pensioni. Se cambia il primo devono cambiare anche le seconde. Non si può agire solamente sull'età, ma comprendere la base potenziale di finanziamento del sistema pensionistico.

Il principio sostenuto alcuni anni addietro di "Non per cassa, ma per equità", secondo cui chi va in pensione prima riceve una pensione più bassa, risponde a criteri di equità attuariale. Permette, infatti, di coniugare maggiore libertà di scelta su quando andare in pensione con il fatto di non fare aumentare il debito implicito. Il futuro previdenziale è quindi un grosso problema.

Una vera e propria spada di Damocle che pende sulla testa dei nostri figli e delle future generazioni. Ma di cui tutti sembrano ignorare le ricadute. E non solo perché il debito implicito previdenziale, fino ad oggi, è un dato pressoché sconosciuto ai documenti di programmazione economica-finanziaria.

Ma soprattutto perché, malgrado il periodo delle vacche grasse sia passato da un pezzo, la previdenza in Italia continua ad essere gestita allegramente e senza molta razionalità.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-01-24/previdenza-allarme-ocse-italia-rilancia-tema-debito-pensionistico-implicito-094606.php?uuid=AFP19qRC&cmpid=nlqf>



Di anziani/ Meloni-Schillaci: importanti misure per promuovere l'invecchiamento attivo e in salute

"Come promesso abbiamo approvato oggi un decreto legislativo attuativo del Patto per la Terza Età: è una riforma di cui andiamo orgogliosi e che l'Italia aspettava da più di 20 anni, solo una tappa di un percorso che andrà avanti per tutta la legislatura". Lo annuncia la presidente del Consiglio Giorgia Meloni. "Con più di 1 miliardo di euro in due anni e l'avvio della sperimentazione di una prestazione universale che consentirà di aumentare di oltre il 200% l'assegno di accompagnamento degli anziani più fragili e bisognosi - continua il premier - diamo finalmente risposte concrete ai bisogni dei nostri oltre 14 milioni di anziani, ai non autosufficienti e alle loro famiglie". Il governo, sottolinea, "ha lavorato fin dal suo insediamento a una riforma strutturale delle politiche in favore della terza età consapevoli che gli anziani rappresentano la storia di questa nazione. Ringrazio tutti i ministeri per il lavoro corale che è stato fatto e che ci consente di varare una nuova governance nazionale delle politiche per le persone anziane".

"Abbiamo approvato un provvedimento importante con cui diamo concreta attuazione alla legge delega sulle politiche in favore delle persone anziane", aggiunge dal canto suo il ministro della Salute, Orazio Schillaci, sottolineando che "l'Italia è tra le nazioni più longeve al mondo e dobbiamo fare in modo che questa longevità sia accompagnata da un buono stato di salute e una migliore qualità della vita: promuovere l'invecchiamento attivo e in salute è fondamentale per aumentare lo stato di benessere fisico e psichico ma anche per ridurre i costi di cura e assistenza". Si tratta di un provvedimento che "si occupa a 360 gradi delle persone anziane stanziando la cifra significativa di 1 miliardo: cura al domicilio, tutela della salute mentale, inclusione sociale, accesso ai servizi socio-sanitari". "Da questo governo - conclude - arriva un vero e proprio cambio di passo per la tutela e il benessere dei nostri anziani".

Misure di competenza del ministero della Salute

Articolo 4: congiuntamente al Dipartimento per le politiche della famiglia, realizzazione di periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo; adozione, di concerto con i Ministri del lavoro delle politiche sociali, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità e per le disabilità, delle linee di indirizzo nazionale per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio.

Articolo 9: promozione dell'utilizzo degli strumenti di sanità preventiva e di telemedicina, per consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio.

Articolo 13: introduzione di misure volte a incentivare la relazione con gli animali d'affezione, nella prospettiva di tutela del benessere psicologico dell'anziano, promuovendo l'accesso degli animali nelle strutture residenziali e prevedendo specifiche agevolazioni per l'adozione di animali domestici.

Articolo 26: integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, promuovendo la collaborazione attiva tra Ambiti territoriali sociali, Aziende sanitarie e distretti sanitari.

Articolo 27: accesso ai servizi sociali e sociosanitari attraverso i Punti unici di accesso (PUA), che coordinano e organizzano l'attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana (valutazione multidimensionale unificata - VMU). In particolare, si definisce l'ambito di applicazione della disciplina individuando gli Ambiti territoriali sociali e stabilendo i requisiti che devono essere posseduti dall'anziano per accedere ai servizi dei PUA secondo criteri di priorità definiti di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità.

Articolo 28: istituisce la valutazione multimediale unificata come strumento scientificamente validato, informatizzato e digitale, i cui risultati sono resi disponibili su piattaforme interoperabili, al fine di promuovere la semplificazione e l'integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana.

Articolo 29: gli Ambiti territoriali sociali, le Aziende sanitarie e i distretti sanitari, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire l'attivazione degli interventi definiti dal progetto di assistenza individuale integrato, finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in condizioni di dignità e sicurezza mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate. Le prestazioni sono sottoposte a monitoraggio, tramite apposito Sistema Informativo (SIAD), che si avvale anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS). Si prevede, inoltre, che con decreto del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, siano definite le Linee guida nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, ferma restando la competenza legislativa regionale per la definizione delle procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale.

Articolo 31: disposizioni per garantire, nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, i trattamenti riabilitativi in favore delle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali, previa valutazione multidimensionale unificata e stesura del progetto riabilitativo individuale.

Articolo 32: prevede che l'accesso alle cure palliative sia garantito, tramite la rete nazionale e le reti regionali e locali delle cure palliative, a tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-01-25/dl-anziani-schillaci-importanti-misure-promuovere-invecchiamento-attivo-e-salute-174252.php?uuid=AFLSuLTC&cmpid=nlqf>



Welfare: Itinerari previdenziali, 157 mld di costo nel 2022 (+126% in 10 anni). L'indicazione: Razionalizzare spesa e separare assistenza da previdenza

Fabio Bonanni

Sono 157 i miliardi assegnati a oneri assistenziali nel 2022, con una spesa, a carico della fiscalità generale, cresciuta del 126% nell'arco di un decennio. È il dato evidenziato da 'Itinerari previdenziali' attraverso l'ultimo rapporto sul 'Bilancio del sistema previdenziale italiano', presentato alla Camera.

"Tutto sommato stabile invece - sintetizza il centro studi - la spesa per le prestazioni previdenziali, che vale il 12,97% del Pil: un valore in linea con la media europea ma distante da quello davvero comunicato a Bruxelles. Generando confusione ed esponendo il Paese al rischio di una nuova dura riforma".

Il rapporto torna a suggerire, pertanto, "una corretta separazione tra previdenza e assistenza, e quindi una razionalizzazione della spesa assistenziale, che ormai da troppo tempo appesantisce le casse dello Stato, generando debito e sottraendo risorse a investimenti e sviluppo".

In particolare, rileva il rapporto, "nel 2022 l'Italia ha complessivamente destinato a pensioni, sanità e assistenza 559,513 miliardi di euro, con un incremento del 6,2% rispetto all'anno precedente (32,656 miliardi): la spesa per prestazioni sociali ha assorbito oltre la metà di quella pubblica totale, il 51,65 per cento.

Rispetto al 2012, e dunque nell'arco di un decennio, la spesa per welfare è aumentata di ben 127,5 miliardi strutturali (+29,4%); aumento ascrivibile soprattutto agli oneri assistenziali a carico della fiscalità generale, cresciuti del 126,3% a fronte dei "soli" 37 miliardi della spesa previdenziale (+17%) e del 18% del nostro Pil". Per il presidente di 'Itinerari', Alberto Brambilla, «la corretta determinazione di questi dati è fondamentale per evitare che eccessive sovrastime convincano l'Europa a imporre tagli alle pensioni che, come evidenziano questi numeri, presentano invece una spesa tutto sommato sotto controllo».

Nel documento si segnalano tra gli altri, "i dati comunicati dalle nostre istituzioni in sede europea, con le prime stime Eurostat sul 2022 relative a pensioni di vecchiaia, anticipate e superstiti che ammontano per l'Italia al 16,7%, contro il 12,6% della media Ue"

Lo scenario.

Grazie a un'occupazione in ripresa seppur distante dai livelli europei, secondo l'undicesimo Rapporto di Itinerari previdenziali continua a migliorare il rapporto attivi-pensionati, indicatore di tenuta della previdenza italiana: nel 2022 il valore si attesta a quota 1,4443.

«La "soglia della semi-sicurezza" dell'1,5 è ancora lontana ma, nel complesso, il sistema regge e continuerà a farlo, a patto di saper compiere - sottolinea il centro studi - in un Paese che invecchia, scelte oculate su politiche attive per il lavoro, anticipi ed età di pensionamento".

Nel dettaglio, aumenta il numero di pensionati, che salgono a 16.131.414 nel 2022 (il 51,7% rappresentato da donne), a fronte dei 16.098.748 dell'anno prima (+32.666 unità, pari allo 0,20% in più).

"Un incremento ascrivibile - osserva 'Itinerari previdenziali' - nonostante le pur numerose cancellazioni di prestazioni in pagamento da 35 anni e più, alle molteplici vie d'uscita in deroga alla Fornero introdotte dal 2014 in poi e culminate negli ultimi anni con l'approvazione dapprima di Quota 100 nel 2019 e, quindi a seguire, di Quota 102.

Cresce poi anche il tasso di pensionamento grezzo rilevato dalla pubblicazione: su 3,65 residenti italiani almeno uno è pensionato, dato obiettivamente molto elevato se si tiene conto che il picco dell'invecchiamento della nostra popolazione verrà toccato nel 2045"

Quanto al numero di prestazioni pensionistiche, al 2022 ne risultano in pagamento 22.772.004, +0,06% rispetto al 2021, pari a 13.207 trattamenti. Si tratta, spiega il Rapporto, di 17.710.006 prestazioni erogate nella tipologia invalidità, vecchiaia, superstiti, cui vanno aggiunte 4.420.837 pensioni assistenziali Inps e 641.161 prestazioni indennitarie dell'Inail. In media ogni pensionato riceve 1,411 prestazioni, il livello più basso dal 2006 (e risulta in pagamento una prestazione ogni 2,584 abitanti, vale a dire, sottolinea il centro studi, circa una per famiglia).

Un sottile equilibrio.

«Volendo trarre qualche prima conclusione - ha sottolineato ancora il presidente Alberto Brambilla - a oggi il sistema è sostenibile e lo sarà anche tra 10-15 anni, nel 2035/40, quando la maggior parte dei baby boomer nati dal dopoguerra al 1980, in termini previdenziali assai significativa data la loro numerosità, si sarà pensionata». Ma, avvisa, «perché si mantenga questo sottile equilibrio, sarà indispensabile intervenire in maniera stabile e duratura, tenendo conto di alcuni principi fondamentali: le età di pensionamento, attualmente tra le più basse d'Europa, circa 63 anni l'età effettiva di uscita dal lavoro in Italia nonostante un'aspettativa di vita tra le più elevate a livello mondiale, e che dovranno dunque gradualmente aumentare evitando il ricorso a eccessive anticipazioni; l'invecchiamento attivo dei lavoratori, attraverso misure volte a favorire un'adeguata permanenza sul lavoro delle fasce più senior della popolazione; le politiche attive del lavoro, da realizzare di pari passo con un'intensificazione della formazione professionale, anche on the job; la prevenzione, intesa in senso più ampio come capacità di progettare una vecchiaia in buona salute».

Per Brambilla, dunque, è necessario «un serio cambio di rotta da parte del nostro Paese, che al momento naviga a vista, senza una bussola, dinanzi alla più grande transizione demografica di tutti i tempi, con grande parte della spesa pubblica indirizzata verso sussidi e assistenzialismo, frenando le possibilità di crescita, quando invece, anche alla luce di un debito pubblico che a breve potrebbe sfondare la soglia dei 3.000 miliardi di euro, la doverosa priorità sembrerebbe essere una seria revisione dei propri modelli produttivi e del proprio mercato del lavoro».



Pensioni/ "Fornero delenda est" ma il nodo equità di trattamento resta sul tavolo del Governo

Claudio Testuzza

Da molti anni è iniziato un attacco alla così detta Riforma Fornero del 2011. Una riforma prodotta, dal governo Monti, in un momento di grave crisi economia e anche istituzionale della nostra nazione. Quello di Monti fu il governo delle scelte impopolari e dell'austerità.

L'azione più significativa fu la riforma Fornero. Un intervento che avrebbe dovuto favorire di più la sostenibilità dei conti pubblici a lungo termine e l'equità intergenerazionale, anche se, ricordiamo, esposti con le lacrime della proponente e di riflesso degli stessi interessati.

La riforma è stata poi da alcuni politici catalogata come un disastro avendo avuto l'obiettivo di porre il limite alle pensioni di vecchiaia a 67 anni rispetto ai 65 anni delle norme precedenti, per quelle anticipate a 41/42 anni e dieci mesi e previsto, il calcolo pensionistico con il sistema di calcolo contributivo per tutti.

Da allora per la professoressa Fornero e per la "sua" riforma non c'è stato più pace. Si sono prodotti sempre nuovi interventi finalizzati a mitigare il così detto "scalone" previsto dalla legge.

Ci si è inventato di tutto ma, soprattutto, si è dato fondo alla rincorsa dei numeri con le quote, già presenti nel passato, con cui sarebbe stato possibile andare in pensione, anticipata, sommando l'età anagrafica agli anni di contribuzione.

Questo metodo è diventato il riferimento, in particolare della Lega, che ne ha fatto il suo vessillo e del suo Segretario, oggi vice premier, che, di fatto, parafrasando Catone il Censore, ha trasformato il "Carthago delenda est" in un più moderno "Fornero delenda est". Ma quello che è diventato lo stendardo è il numero "41" (nella Kabbalah o cabala il numero 41 è collegato alle persone con uno squilibrio spirituale) cioè gli anni di contribuzione per uscire dal lavoro.

Però, anche per quest'anno, l'obiettivo è stato fallito.

Ma anzi siamo caduti in un ginepraio di norme, sotto-norme, modifiche, ripensamenti che hanno ancora di più complicato un settore, quello della previdenza, che necessiterebbe di un programma serio e duraturo.

Senza voler rivangare il recente passato, abbiamo avuto, per il 2019-2021 una costosa (12 miliardi di euro) Quota 100 - 62 anni d'età e 38 anni di contribuzione - di cui, però, hanno usufruito solamente 380 mila lavoratori rispetto ai 990 mila previsti.

A seguire quota 102 - 64 anni d'età e 38 anni di contribuzione - stabilita dal Governo Draghi, con 8.000 uscite rispetto alle 16.000 previste. Poi quota 103 costata anche meno interessando una platea ridotta dalla precedente quota 100. E adesso viene fuori una quota 103 dimezzata.

Doveva, infatti, chiamarsi quota 104! Una nuova condizione che consentirà il pensionamento ai lavoratori di 62 anni con almeno 41 anni di contributi. C'è però una penalizzazione, che probabilmente servirà come disincentivo per chi ha redditi più alti.

L'assegno non potrà superare un valore pari a circa 5 volte la pensione minima, quindi non potrà essere superiore a circa 2800 euro, fino al compimento del 67° anno di età, ossia l'anno in cui si potrebbe, in ogni caso, comunque andare in pensione secondo la legge Fornero.

Ma quello che è stata una vera e propria vicenda kafkiana è il taglio, per fare cassa, delle pensioni dei dipendenti pubblici. In particolare per gli iscritti alle ex Casse del Tesoro, confluite prima nell'Inpdap, poi nell'Inps.

Quindi, per i medici (Cps), gli infermieri (Cpdel), gli insegnanti d'asilo (Cpi), i dipendenti degli uffici giudiziari (Cpug), è stata prevista la modifica della loro tabella (A) previdenziale che, per gli anni retributivi, ha particolari vantaggi rispetto alla tabella (B) usata per i dipendenti privati.

Una serie di scioperi, in specie del settore sanitario, ha obbligato il Governo a fare marcia indietro con un provvedimento che facendo acqua da tutte le parti, prevede ricorsi senza fine. Gli interessati possono mantenere l'assegno intatto se vanno in pensione di vecchiaia a 67 anni. Come aveva e ha previsto la "Fornero"!

Ma se vanno per anzianità, resta la decurtazione che può arrivare e superare i 10 mila euro all'anno. Per i medici e gli infermieri, solo per loro, e non si capisce perché non per gli insegnanti d'asilo e i dipendenti degli uffici giudiziari, è stata poi prevista una "tutela" per chi vorrebbe andare in pensione anticipata.

Un decalage che prevede che, con tre anni di lavoro in più, la riduzione si azzera. In sostanza per il personale sanitario si introduce una sorta di Quota 46 perché da 42 anni e 10 mesi bisogna arrivare a 45 anni e dieci mesi, senza considerare le finestre, anch'esse ampliate.

Per parare il colpo viene consentito di restare in servizio fino a 70anni. Anzi si è fatta avanti la solita lobbia, poi stoppata ma pronta a richiederlo nel prossimo

"Milleproroghe", chiedendo per i medici la possibilità di restare a lavoro sino a 72 anni.

Per carità di patria non approfondiamo le restrizioni previste, poi, per i lavoratori delle categorie fragili (disoccupati, caregiver, invalidi, attività gravose) che potranno accedere all'Ape (assegno ponte fino a 1.500 euro al mese fino al raggiungimento della pensione) a partire dall'età di 63 anni e 5 mesi e non più 63, e per le donne, che accederanno a Opzione donna, col restringimento della platea solo per caregiver, invalide, licenziate o dipendenti di aziende in crisi, a cui nel 2024, serviranno inoltre 61 anni d'età e non più 60.

Il susseguirsi di quote e di modifiche normative crea incertezza tra i lavoratori, visto che le regole sulla base delle quali prendere una delle scelte più importanti della propria vita, cioè quando andare in pensione, cambiano con troppa frequenza. Queste misure temporanee poi rischiano di alimentare un sentimento di iniquità tra coetanei.

Le quote generano categorie di persone che accedono a vantaggi negati ad altri per il solo fatto di rientrare casualmente in determinati criteri.

Tutto questo perché non si è voluto aprire il discorso sulla flessibilità in uscita che, con il sistema di calcolo contributivo della pensione, appare, come già più volte sottolineato dalla stessa professoressa Fornero, poter dare serenità a un settore che viene considerato solamente un bancomat e un terreno di scontro politico.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-01-09/pensioni-fornero-delenda-est-ma-nodo-equita-trattamento-resta-tavolo-governo-103136.php?uuid=afeeyvhc&cmpid=nlqf>



Silver Economy e riforme: i vantaggi di elevare l'età pensionabile volontaria a 72 anni

Ettore Jorio

L'invecchiamento della popolazione esige di considerare gli ultra cinquantenni come una risorsa per un Paese che censisce vuoti di organico ovunque e in postazioni ove si esige una maggiore qualificazione. Un vulnus che azzoppa il Paese e mette in serie difficoltà il soddisfacimento dell'istanza sociale.

Il rapporto tra pensionati e occupati in Italia è sempre più sbilanciato, con un numero sempre maggiore dei primi e un numero sempre minore dei secondi.

A livello nazionale, il rapporto è ormai un poco meno che alla pari. Nel Mezzogiorno, invece, il numero di pensionati ha già superato di qualche lunghezza quello degli occupati. Questa situazione è causata da due fattori principali: la denatalità e la predominanza progressiva della cosiddetta Silver Economy.

La denatalità, oramai strutturale, sta riducendo il numero di giovani che entrano nel mercato del lavoro, mentre l'invecchiamento della popolazione sta aumentando il numero di persone in quiescenza.

Ciò mette a rischio la sostenibilità del sistema previdenziale italiano, che rischia di non avere più risorse sufficienti per pagare le pensioni, con un timore diffuso nelle generazioni future.

Grandi preoccupazioni nei sistemi che forniscono il welfare assistenziale alle persone, con una sanità e una assistenza sociale al lumicino delle professionalità senza le quali tutto diventa inutile.

Di conseguenza, la spesa pubblica per le prestazioni afferenti ai diritti sociali è in costante aumento, a fronte tuttavia di risorse difficili da rendere disponibili ad hoc e un debito pubblico che esige, perché l'UE lo pretende, quote annue consistenti di quattrini funzionali al suo ripiano.

Nel 2022 la spesa dedicata al welfare ha raggiunto i 559,5 miliardi di euro, pari a oltre la metà della spesa pubblica totale. L'aumento della spesa sociale è principalmente dovuto alla crescita degli oneri assistenziali a carico della fiscalità generale, che sono cresciuti del 126,3% rispetto al 2012.

Nel 2022, questi oneri sono stati pari a 157 miliardi di euro, con un aumento di 12 miliardi rispetto all'anno precedente.

La spesa pensionistica previdenziale, nel 2022, ha avuto un'incidenza sul Pil del 12,97%.

Queste sono le indicazioni sulle quali è intervenuto il presidente di "Itinerari Previdenziali", Alberto Brambilla, giudicando il sistema pensionistico italiano sostenibile fino al 2035-2040, ma saranno necessari interventi finanziari consistenti per mantenere l'equilibrio, tra i quali il posticipo dei requisiti di

pensionamento, incentivato dall'introduzione di un "superbonus" per chi prorogherebbe l'età pensionabile fino ai 71 anni.

Una utile riconsiderazione dell'anziano

Il nostro è un Paese con la nazione più anziana al mondo, destinata a peggiorare nella media rilevata ad oggi per l'esodo dei giovani e dei bambini che non nascono. Entro il 2050, la popolazione over 50 rappresenterà il 40% della popolazione totale. Ed è proprio questa fetta di popolazione che produce la più alta spesa nel nostro Paese, che rappresenterebbe – per un altro verso - la vera risorsa per sviluppare la Silver Economy.

Questo sarebbe possibile, favorendo l'occupazione delle persone anziane, ad esempio attraverso politiche di flessibilità lavorativa, oltre l'età attuale pensionabile. In altre parole, una persona in età pensionabile, ancora attiva a livello lavorativo, aiuterebbe ad incrementare il Pil, oltre che garantire i LEP. Questi ultimi da garantire per non abbassare le soglie della civiltà sociale, al di sotto della vivibilità.

Spostare la soglia, non andrebbe infatti in alcun modo ad incidere sulla qualità dei servizi resi, tutt'altro. Nel 2018, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) definiva infatti una nuova soglia per definire la popolazione anziana, in linea con i cambiamenti sociali, economici e demografici che caratterizzano la nostra società. Se in passato i 65 anni erano considerati l'inizio della vecchiaia, oggi questa età rappresenta una fase intermedia della vita, caratterizzata da buone condizioni di salute e di inserimento sociale. Per queste motivazioni, la SIGG proponeva di ridefinire il concetto di anzianità, passando da 65 a 75 anni.

Siffatte considerazioni pongono il problema di come e cosa fare per contribuire al Sistema Sanitario nel senso di colmare la carenza di medici.

I numeri oggi rendono ardua ogni iniziativa. I dati del sistema della salute, già messo a dura prova dopo la pandemia, dimostrano un verosimile rischio di collasso per un difetto assoluto di organico. L'intervento è necessario in forma "strutturale a tempo determinato". La sua scadenza coincide con l'arrivo dei rinforzi, prodotti da una riforma concreta e saggia della formazione degli operatori sociosanitari.

Entro il 2025, si stima che quasi 40.000 medici andranno in pensione, il che equivale a circa il 20% della forza lavoro medica totale. Il picco di pensionamenti si verificherà nei prossimi anni, con 12.763 uscite nel 2023, 12.748 nel 2024 e 13.156 nel 2025.

La situazione è aggravata dal fatto che la Salute è uno dei settori pubblici con la forza di lavoro più anziana e più aggredita dall'offerta privata che approfitta dei gap che presenta quella pubblica offrendo consistenti incentivi ai componenti il suo organico, alcuni dei quali messi sul piatto con modalità al di sotto dei principi di legalità.

La griglia del SSN è complessa

Il 45% degli ospedalieri e il 52% di pediatri e medici di famiglia hanno più di 60 anni. Senza tralasciare il fenomeno delle dimissioni volontarie, con almeno 3.000 medici all'anno che decidono di lasciare la professione, per il settore privato o nuove opportunità all'estero, o per chiedere il prepensionamento.

Ciò pone una seria minaccia al funzionamento all'assistenza sociosanitaria alla persona. I medici e gli operatori sanitari, nessuno escluso, sono essenziali per fornire cure mediche di qualità e nella quantità indispensabile alla vita.

La loro carenza, peggio la loro presenza limitata oltre l'incredibile, potrebbe generare pericolosi ritardi nelle cure, anche vitali, liste d'attesa più lunghe e una riduzione della qualità delle prestazioni di base e specialistiche.

Questo è quanto avviene nella erogazione attiva e a regime dell'assistenza sociosanitaria.

Anche la formazione medica registra una enorme sofferenza. Anzi qui, a causa degli errori grossolani della passata programmazione, la situazione è ancor più preoccupante. Infatti, dal 2008 al 2021 si è registrata una contrazione del numero di docenti universitari, con una perdita di oltre 16 mila unità. Per quanto riguarda, poi, nello specifico, il personale universitario medico, nel 2022 la spesa è diminuita del 2,2% rispetto al 2021.

Ciò andrebbe ad avere un impatto negativo sulla qualità della formazione dei medici, che ha già registrato una riduzione delle borse di studio per la formazione specialistica maggiore del 10%. Inoltre, il pensionamento del personale medico e la mancanza del turn over potrebbero portare al default assistenziale relativo e a serie difficoltà nel completare i progetti PNRR già avviati, con serie e negative conseguenze a livello economico.

La soluzione "semi-strutturale" unica ma tempestiva

Al riguardo, necessita introdurre una proroga a regime dell'età pensionabile volontaria a 72 anni, per tutti ivi compreso il personale universitario medico. Ciò porterebbe indubbi vantaggi. Intanto, lasciare l'opzione volontaria consentirebbe di non violare i diritti dei lavoratori medici.

D'altra parte, quanto alla formazione, un professore universitario medico, in età pensionabile, potrebbe oggi contribuire maggiormente alla silver economy e ridurre la spesa pubblica per le pensioni, continuando a svolgere attività di ricerca e didattica, contribuendo così alla formazione delle nuove generazioni di medici e specialisti, contrapponendosi alla riduzione di personale universitario degli ultimi anni.

Inoltre, i professori universitari medici potrebbero continuare a svolgere attività di assistenza ospedaliera, essendo personale già altamente qualificato, così come rispondere alla richiesta di formazione di figure

altamente specializzate, che andrebbero poi a ricoprire i ruoli apicali che diventerebbero carenti con il successivo pensionamento di questi professori.

Al riguardo, si conviene con la previsione recata nell'art. 4 emendato (Ciocchetti) del Milleproroghe che offrirebbe l'occasione ai medici, su base volontaria, di rimanere in servizio sino all'età di 72 anni a tutto il 31 dicembre 2025. Da qui, la misura definita "semi-strutturale", in quanto verosimilmente non sufficiente a garantire il servizio nel frattempo che arrivino i ricambi.

Un gap da curare

In via generale, sia nella assistenza diffusa alla persona che nella formazione occorre che rimangano impegnati professionalmente i nonni medici solo che si vogliono, nel frattempo che crescano i nipoti-colleghi, assicurare i LEA ai padri.

Ciò anche allo scopo, di investirli anche di una sorta di vigilanza etica, di evitare di trasformare le prestazioni salutari rese in ambito ospedaliero, soventemente rese con le dichiarazioni dei sintomi destinate ad un telefono-traduttore, in referti diagnostici e prescrizioni terapeutiche ascoltate in viva voce telefonica.

Un percorso non affatto entusiasmante che sta prendendo sempre più piede con l'impiego all'ingrosso dei cubani&Co, ai quali tuttavia deve andare il ringraziamento di tutta una Nazione, vittima di chi non ha capito nulla di come stessero andando, a suo tempo, le cose ma ha avuto l'ardire di programmare ugualmente la salute degli italiani, generando il disastro.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-01-22/silver-economy-e-riforme-vantaggi-elevare-l-eta-pensionabile-volontaria-72-anni-105836.php?uuid=AFV6GWQC&cmpid=nlqf>



Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT NAZIONALE

INDICE

Prefazione , <i>Teresa Di Fiandra</i>	XVII
1. EPIDEMIOLOGIA DELLA DEMENZA E DEL MCI	1
2. LINEA GUIDA	5
Introduzione	5
Documento dello SCOPE	6
3. DRAFT DELL'AGGIORNAMENTO DEL PIANO NAZIONALE DEMENZE	15
Introduzione	15
Il contesto internazionale	17
L'evoluzione del contesto italiano, nazionale e regionale	20
4. IMPLEMENTAZIONE DEL PND E DEI DOCUMENTI PRODOTTI DAL TAVOLO PERMANENTE SULLE DEMENZE	29
Introduzione	29
Il recepimento del Piano Nazionale Demenze: applicazioni e criticità	31
Il Tavolo permanente sulle demenze: il documento per il governo clinico	39
Il documento sui PDTA per le demenze	44
Le Comunità amiche della demenza: dalle Linee di indirizzo nazionali alla realtà territoriale	60
5. SURVEY SUI SERVIZI DEDICATI ALLE DEMENZE	73
Introduzione	73
Survey sui Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze	75
Survey sui Centri Diurni	101
Survey sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	117
Survey sul progetto ImmiDem	145
Geolocalizzazione dei CDCD in tre province italiane	153
6. PREVENZIONE	163
Introduzione	163
Stima della prevalenza dei fattori di rischio modificabili associati alla demenza nella popolazione italiana, attraverso l'utilizzo dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	164
Le attività di prevenzione nel Fondo per l'Alzheimer e le demenze	178
Lo studio di coorte Health Search della SIMG	197
Costruzione di una carta del rischio individuale: analisi dei fattori di rischio per la demenza dallo studio longitudinale InveCe.Ab	204
XVI	OSSERVATORIO DEMENZE - ISS REPORT NAZIONALE
7. FORMAZIONE DEI FAMILIARI E DEI PROFESSIONISTI SOCIO-SANITARI	215
Introduzione	215
Survey dedicata ai caregiver di persone con demenza	216
Focus group per i familiari e gli operatori sanitari	234
Corso per i familiari	247
Corso per gli operatori socio-sanitari	249
8. CARTELLE CLINICHE INFORMATIZZATE E SISTEMA INFORMATIVO	251
Introduzione	251
Questionario ai referenti regionali	252
Definizione e validazione di un algoritmo per stimare i soggetti con demenza attraverso i dati del Sistema Informativo Sanitario nell'AUSL di Modena	253
9. IL SITO DELL'OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ	263
10. LE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DELL'OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ	269
Introduzione	269
La proposta formativa dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità	270
11. ELENCO DELLE ASSOCIAZIONI DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI	275
Introduzione	275
Elenco per Regioni	276

www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1705927894.pdf

Arriva il “decreto anziani”.

Un Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, in buona salute e con una Road Map ben delineata per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

di C.D.R.R

Approvato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri il Decreto Legislativo sulle politiche in favore delle persone anziane in attuazione della Legge Delega n. 53 del 23 marzo 2023. Stanziamenti per 500 milioni di euro nel biennio 2025/2026.

25 GEN - [Citato](#) anche ieri dal Presidente del Consiglio Giorgia Meloni nel Question Time alla Camera, è stato approvato oggi in Consiglio dei Ministri il decreto previsto dalla Legge 33/2023 dedicato all'assistenza delle persone anziane.

Il provvedimento, nelle parti più strettamente di carattere socio-sanitario, si propone di promuovere la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana, anche attraverso l'accesso alla valutazione multidimensionale, a strumenti di sanità preventiva e di telemedicina a domicilio, il contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva.

Viene inoltre prevista la coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e la coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale), lo sviluppo di forme di turismo del benessere e di turismo lento, nonché volte a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili e ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti.

Nel Decreto viene anche precisata la semantica della persona anziana (over 65 anni) e grande anziana (Over 80).

Un ruolo strategico nell'elaborazione delle politiche attive per le persone anziane viene ricoperto dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) che, tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) vigenti, e previa intesa in sede di Conferenza unificata, indica nel «Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana» (previsto nella Legge 33/2023 già citata) i criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale.

Il CIPA garantisce inoltre il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo ai soggetti fragili e non autosufficienti, nonché la rilevazione continuativa delle attività svolte, dei servizi erogati e delle prestazioni rese, anche avvalendosi del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), per quanto di competenza.

Le misure per la prevenzione e la promozione della salute

Allo scopo di promuovere la salute e la cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita, nonché l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane mediante la valorizzazione del loro contributo anche in attività socioeducative e ricreative a favore dei giovani, il Ministero della salute e la Presidenza del Consiglio dei ministri realizzeranno periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo, su temi di interesse pubblico e sociale, coerentemente con il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 e il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025 nonché con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana.

Queste campagne di comunicazione e sensibilizzazione dovranno essere volte a favorire l'invecchiamento attivo attraverso la promozione di comportamenti consapevoli e virtuosi, tra i quali:

- a) l'osservanza di uno stile di vita sano e attivo in ogni fase della vita;
- b) l'adesione costante agli interventi di prevenzione offerti dal Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento agli screening oncologici e all'offerta vaccinale;
- c) la conoscenza adeguata delle misure di sicurezza da adottare in ambiente domestico per la prevenzione di incidenti.

Entro 90 giorni dall'approvazione del Decreto dovranno quindi essere adottate le «Linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio». Pertanto, sulla base di queste linee di indirizzo, a livello regionale e locale sono adottati appositi Piani d'azione mediante i quali si promuove l'accessibilità universale delle persone anziane alla corretta fruizione dei servizi sociali e sanitari, degli spazi urbani, dell'ambiente naturale e delle iniziative e dei servizi ricreativi, commerciali e culturali.

Al fine di consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio, con prioritario riferimento alla persona grande anziana affetta da almeno una patologia cronica, il Decreto intende promuovere l'impiego di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina nell'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Le prestazioni di telemedicina sono individuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per le disabilità, sentito il CIPA, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, e in coerenza con le progettualità dei servizi sanitari erogati in telemedicina, così come stabiliti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), in qualità di soggetto responsabile dell'attuazione della Missione 6 - Salute, Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale), Investimento 2 - Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina, subinvestimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici, del PNRR.

A tale scopo viene prevista la delimitazione del territorio nazionale in tre grandi aree geografiche e l'attivazione (entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto) in via sperimentale e per un periodo massimo di diciotto mesi, di almeno un servizio di telemedicina domiciliare nell'ambito di ciascuna di tali aree geografiche, prioritariamente destinato a queste persone.

L'erogazione degli interventi di sanità preventiva presso il domicilio potrà essere effettuata dalle strutture pubbliche e private accreditate, anche tramite la rete delle farmacie territoriali. All'Agenas è demandata la verifica dell'andamento dell'attività di erogazione dei servizi di telemedicina e riferirà al CIPA sugli esiti della stessa

La valutazione multidimensionale

Nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA), il Decreto prevede che venga assicurata alle persone anziane la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale in funzione della individuazione dei fabbisogni di assistenza e per la erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo destinati a favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

L'attività fisica e sportiva

La promozione dell'attività fisica e sportiva è prevista nell'Art. 12 del Decreto con lo scopo di preservare l'indipendenza funzionale in età avanzata e mantenere una buona qualità di vita, nonché per garantire il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali. È questo l'ambito di intervento del Ministro per lo sport e i giovani che, anche avvalendosi della società Sport e salute S.p.a. e degli enti del terzo settore promuoverà iniziative e progetti finalizzati a sviluppare azioni mirate per le persone anziane, al fine di diffondere la cultura del movimento nella terza età e promuovere lo sport come strumento di prevenzione per migliorare il benessere psico-fisico. Attività che si avvarranno di risorse fino ad un massimo di cinquecentomila euro, a valere sul "Fondo per la promozione dell'attività sportiva di base sui territori".

Gli animali di affezione

Nel Decreto si prevede inoltre che, compatibilmente con la valutazione clinica e prognostica della persona anziana interessata, vengano promosse modalità di accesso degli animali da affezione nelle strutture residenziali e nelle residenze protette con finalità di tipo ludico-ricreativo, educativo e di socializzazione, nonché piani di educazione assistita, anche attraverso la formazione degli operatori che si prendono cura delle persone anziane riguardo alle esigenze degli animali con i quali vivono.

Il Digital Divide

Al fine di ridurre il divario digitale generazionale e per favorire il pieno accesso ai servizi e alle informazioni attraverso l'uso delle tecnologie, le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e di formazione, senza oneri aggiuntivi per lo Stato e nell'ambito della propria autonomia, potranno favorire la costruzione di percorsi formativi che promuovano nelle persone anziane l'acquisizione di conoscenze e di abilità sull'utilizzo di strumenti digitali.

Le persone non autosufficienti

Alle persone non autosufficienti è dedicato il Titolo II del Decreto che si propone, in primis, il Riordino, la semplificazione e il coordinamento delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti nonché la loro valutazione multidimensionale.

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) previsto dalla Legge è costituito dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni della popolazione. Al fine di garantire l'effettivo godimento del diritto all'assistenza delle persone anziane non autosufficienti, attraverso l'accesso all'insieme dei servizi e delle prestazioni sociali e sanitarie, i soggetti che compongono lo SNAA (Stato, Inps, Regioni e PPAA, ASL, singoli Comuni o ATS) operano in coerenza con le strategie raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità e con l'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Tre i livelli fondamentali di intervento previsti:

a) a livello centrale, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, il "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana" previsto dalla L. 33/2023;

b) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, i comuni singoli o associati in ATS e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione e provincia autonoma;

c) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali LEPS

I LEPS sono erogati dagli ATS nelle seguenti aree:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione;

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.

Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali saranno definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il sistema di monitoraggio e i relativi criteri nonché gli indicatori specifici relativi allo stato di attuazione dell'erogazione dei LEPS.

Al fine di agevolare l'attuazione di quanto previsto il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute, l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, l'INPS, le regioni e le province autonome, i comuni e gli ATS dovranno favorire l'interoperabilità dei propri sistemi, nel rispetto delle linee guida sull'interoperabilità tecnica delle pubbliche amministrazioni adottate dall'Agenzia per l'Italia digitale (AGID) e delle linee guida definite dall'Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD).

L'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali

Al fine di garantire la realizzazione integrata dei LEPS e dei LEA per le attività socio-sanitarie, gli ATS e le Aziende sanitarie e i distretti sanitari, ciascuno per le proprie funzioni e competenze, sulla base della programmazione regionale integrata e in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, provvederanno a regolare, attraverso accordi di collaborazione organizzativi, le funzioni di erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, assicurando l'effettiva integrazione operativa dei processi.

L'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari

Gli ATS, le aziende sanitarie e i distretti, nell'ambito delle rispettive competenze, provvederanno quindi a garantire l'attivazione degli interventi finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in condizioni di dignità e sicurezza mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate

(ADI) rivolte alle persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità, integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD).

Le cure domiciliari integrate rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un progetto di assistenza individuale integrato. Il monitoraggio delle prestazioni di cure domiciliari relative agli interventi sanitari e sociosanitari è effettuato tramite il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), che si avvale anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS) per gli interventi sanitari e sociosanitari erogati da operatori del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dell'assistenza domiciliare e tramite le informazioni e i dati derivanti dall'integrazione dei flussi del nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute con il sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS) del Ministero del lavoro e politiche sociali. L'assistenza domiciliare sociale rappresenta, ai sensi del Piano nazionale per la non autosufficienza, un servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

Su proposta congiunta dell'AGENAS e della componente tecnica della rete della protezione e dell'inclusione sociale sono, altresì, definite le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, anche attraverso strumenti digitali, di telemedicina e di supporto tecnologico alla cura, in coerenza con la normativa vigente.

In coerenza con la programmazione degli interventi delle Missioni 5 e 6 del PNRR, concorrono agli obiettivi citati le misure di rigenerazione urbana, mobilità accessibile e sostenibile e quelle del ricorso alle soluzioni abitative già indicate dall'art. 3, comma 6 della legge n. 33 del 2023 quali: nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane; rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane; interventi di adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza.

I servizi residenziali e semiresidenziali

Gli ATS, allo scopo di contrastare l'isolamento sociale e i processi di degenerazione delle condizioni personali delle persone anziane, anche non autosufficienti, provvedono ad offrire, secondo le previsioni della programmazione integrata regionale e locale, servizi socioassistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e diurno che garantiscano la continuità delle condizioni di vita e abitudini relazionali di tipo familiare.

I servizi residenziali sono offerti presso strutture residenziali non sanitarie in possesso di requisiti operativi e di sicurezza, tali da garantire alle persone ospitate adeguati livelli di intensità assistenziale e una adeguata qualità degli ambienti di vita, nonché il diritto alla continuità delle cure e il diritto al mantenimento delle relazioni sociali ed interpersonali, mediante l'accoglienza in ambienti di tipo familiare caratterizzati da formule organizzative rispettose delle esigenze personali e di riservatezza.

I servizi sociali diurni e quelli semiresidenziali sono invece offerti presso centri di servizio accreditati anche per l'offerta di interventi di integrazione e animazione rivolti a persone anziane anche non autosufficienti e non residenti presso la struttura, al fine di favorire la socializzazione e le relazioni interpersonali e di contrastare l'isolamento sociale e il processo degenerativo fisico e cognitivo.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di strumenti e metodi basati sulle più avanzate evidenze scientifiche a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento, previa valutazione multidimensionale e stesura del progetto riabilitativo individuale (PRI), che definisce obiettivi, modalità e durata dei trattamenti.

L'accesso alle cure palliative

In conformità a quanto previsto dalla legge 38/2010 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, l'accesso alle cure palliative è garantito per tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale diritto si esercita tramite la rete nazionale e le reti regionali e locali delle cure palliative.

Queste dovranno assicurare sul territorio di riferimento, attraverso equipe di cure palliative dedicate specificamente formate, attività di consulenza, identificazione precoce e tempestiva del bisogno, cura, assistenza, facilitazione e attivazione dei percorsi di dimissioni protette e l'erogazione dell'assistenza nell'ambito dei PAI:

a. nelle strutture di degenza ospedaliera, ivi inclusi gli hospice in sede ospedaliera;

- b. nelle attività ambulatoriali per l'erogazione di cure palliative precoci e simultanee;
- c. a domicilio del paziente attraverso le unità di cure palliative domiciliari (UCP-DOM);
- d. nelle strutture residenziali sociosanitarie e negli hospice.

Le persone anziane fragili, non autosufficienti, in condizioni croniche complesse e avanzate o che sviluppino traiettorie di malattie ad evoluzione sfavorevole, ricevono nell'ambito delle strutture della rete di cure palliative azioni coordinate e integrate guidate dalla pianificazione condivisa delle cure, che coinvolgono il malato e la famiglia o le varie figure di rappresentatività legale.

A favore della persona anziana affetta da una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità

Prestazione universale, agevolazioni contributive, fiscali e caregiver familiari

Dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026, viene istituita, in via sperimentale, una prestazione universale, subordinata allo specifico bisogno assistenziale al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti.

L'INPS provvederà all'individuazione dello stato di bisogno assistenziale, di livello gravissimo, dei soggetti anziani sulla base delle informazioni sanitarie a disposizione nei propri archivi e delle indicazioni fornite dall'apposita commissione.

Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è nominata una commissione tecnico-scientifica per l'individuazione degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo.

Con uno o più decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito l'INPS e previa intesa in sede di Conferenza unificata saranno stabilite, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le modalità attuative e 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 dicembre 2024.

La prestazione universale sarà erogata dall'INPS ed è riconosciuta, previa espressa richiesta, alla persona anziana non autosufficiente, in possesso dei seguenti requisiti:

- a) un'età anagrafica di almeno 80 anni;
- b) un livello di bisogno assistenziale gravissimo, come definito dal Decreto stesso;
- c) un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria non superiore a euro 6.000;
- d) titolarità dell'indennità di accompagnamento, ovvero possesso dei requisiti per il riconoscimento del suddetto beneficio.

La prestazione universale è erogabile sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, previa individuazione dello specifico bisogno assistenziale gravissimo.

Standard formativi e formazione del personale per le persone anziane non autosufficienti

Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, i Ministeri competenti e le Regioni elaboreranno le linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi, alle quali le regioni stesse potranno fare riferimento, nell'ambito della propria autonomia, per il raggiungimento di standard formativi uniformi su tutto il territorio nazionale, finalizzati all'acquisizione della predetta qualificazione professionale. Nelle linee guida, tenuto conto della contrattazione collettiva nazionale di settore, saranno individuate e definite le competenze degli assistenti familiari e i riferimenti per l'individuazione e la validazione delle competenze pregresse.

Le regioni istituiranno appositi registri regionali di assistente familiare, che dovranno contenere i nominativi di coloro che sono in possesso di una qualificazione regionale di assistente familiare rilasciata ai sensi delle linee guida citate.

I Caregiver familiari

In attuazione di quanto previsto dalla L. 33/2023, al fine di sostenere il progressivo miglioramento delle condizioni di vita dei caregiver familiari, viene riconosciuto il valore sociale ed economico per l'intera collettività dell'attività di assistenza e cura non professionale e non retribuita prestata nel contesto

familiare a favore di persone anziane e di persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa anche a lungo termine per malattia, infermità o disabilità.

Il caregiver familiare, in relazione ai bisogni della persona assistita, si prende cura e assiste la persona nell'ambiente domestico, nella vita di relazione, nella mobilità, nelle attività della vita quotidiana, di base e strumentali. Si rapporta con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari secondo il progetto personalizzato e partecipato. Il ruolo e le attività del caregiver familiare ed i sostegni necessari per il caregiver a fronte di tale attività sono definiti in apposita sezione dei progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI) tenuto conto anche dell'esito della valutazione dello stress e degli specifici bisogni, degli obiettivi e degli interventi a sostegno del caregiver stesso, nonché di quelli degli altri eventuali componenti del nucleo familiare, con particolare riferimento alla presenza di figli minori di età. Il caregiver potrà partecipare alla valutazione multidimensionale della persona anziana non autosufficiente, nonché all'elaborazione del PAI e all'individuazione del budget di cura e di assistenza.

Il finanziamento

Alla copertura degli oneri derivanti con la sperimentazione della prestazione universale, quantificati in 500 milioni di euro, di cui 300 milioni di euro per l'anno 2025 e 200 milioni di euro per l'anno 2026, si provvede a valere su: FNA per 150 milioni di euro; 250 milioni di euro PN inclusione e lotta alla povertà 2021-2027; 100 milioni di euro residui a valere sulla Missione 5, Componente 2, Riforma 2.2, Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del PNRR.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=119739

quotidianosanita.it

Demenze. Pesano le forti differenze regionali nell'assistenza,

al Nord test diagnostici e centri aperti più a lungo. Presentate le prime Linee guida. I dati Iss

Dall'indagine è emersa una grande disomogeneità fra i territori del Nord, Centro e Sud e isole. Solo per citare alcuni dati, la quota di Ccd con applicazione di un Pdta raggiunge quote molto basse nei territori del Sud e isole (con il 27,1%), con un incremento al centro (48,8%) e valori più alti al Nord (68,8%). Questo il quadro tratteggiato dai risultati delle attività realizzate dall'Osservatorio Demenze dell'Iss nell'ambito del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023, presentati durante un convegno all'Iss. Bellantone: "Lavoriamo per armonizzare i servizi a livello nazionale"

22 GEN -

Un'assistenza a macchia di leopardo e un Nord che corre rispetto al resto dell'Italia: per le persone con demenza nascere in una Regione piuttosto che in un'altra può fare la differenza. In Italia i servizi sono infatti distribuiti in modo disomogeneo, quanto a offerta delle strutture per area territoriale e numero di residenti, orari di apertura, figure professionali impegnate. Il risultato? Il Nord Italia si stacca in quanto a sviluppo ed efficienza dalle realtà del Centro e Sud Italia e isole. E così, a livello nazionale, la valutazione dei servizi si attesta su giudizi negativi e molto negativi per il 45% dei familiari.

Sono questi alcuni dei risultati delle attività realizzate dall'**Osservatorio Demenze dell'Iss** nell'ambito del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023, presentati durante un Convegno in corso all'Istituto Superiore di Sanità fino a domani.

Il Convegno è stato anche l'occasione per presentare [le linee guida](#) "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment" - le prime, sulla tematica, ad essere pubblicate dal nostro Paese.

Secondo un recente studio, hanno ricordato gli esperti durante il convegno, in Italia i costi complessivi sostenuti per le demenze sono stimati in 23 miliardi di euro, di cui il 63% a carico dei familiari (Fonte: Università degli studi di Tor Vergata. Cost of illness della demenza in Italia e cost-consequences analysis).

“Le demenze sono un tema di salute pubblica molto importante, il cui impatto è destinato a crescere nel futuro, e coinvolge attualmente anche circa 4 milioni di familiari oltre ai pazienti – afferma il presidente dell’Iss **Rocco Bellantone** – questo lavoro ha cercato di entrare nel dettaglio dei contesti locali restituendo report specifici a ogni singola regione. Questa è la direzione, camminare insieme cercando di armonizzare le realtà regionali per uniformare e garantire i servizi a livello nazionale”.

Il Fondo per l’Alzheimer e le demenze

Il Fondo per l’Alzheimer e le demenze 2021-2023 è stato il primo finanziamento pubblico sulle demenze in Italia e ha rappresentato, dopo il Progetto Cronos e la pubblicazione del Piano Nazionale delle Demenze (Pnd), la più grande operazione di sanità pubblica su questo tema, ricorda l’Iss..

Il fondo ha messo a disposizione alle Regioni e Province autonome (Pa) un finanziamento pari a 14 milioni e 100mila euro, ed un finanziamento di 900mila euro all’Iss. Agli enti territoriali è stato richiesto di intraprendere la proposizione di una o più azioni progettuali (diagnosi precoce, diagnosi tempestiva, telemedicina, tele-riabilitazione e trattamenti psicoeducativi, di stimolazione cognitiva e di supporto ai caregiver). L’Osservatorio Demenze dell’Iss, oltre a coordinare le attività a livello nazionale, ha realizzato una serie di attività.

Ecco alcuni dei risultati principali

- **la linea guida “Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment”** Fra i dati più rilevanti emersi dall’analisi della letteratura ci sono l’impatto positivo dell’adozione di trattamenti non farmacologici (trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali) per la cura delle demenze e del Mild Cognitive Impairment (termine che indica uno stato di deficit cognitivo lieve che può preludere alla demenza) e l’efficacia di alcuni farmaci inibitori e antipsicotici. Queste evidenze scientifiche saranno fondamentali per indirizzare il legislatore nell’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), per orientare la creazione di nuovi PDTA, e adeguare quelli già esistenti, oltre che a fornire elementi utili all’aggiornamento delle decisioni regolatorie da parte dell’Aifa.
- **Le indagini sui nodi assistenziali sul territorio (Centri per disturbi cognitivi e demenze - Cdcd, Centri diurni - Cd, residenze sanitarie assistenziali - Rsa)** La survey sui Cdcd ha avuto un alto tasso di risposta (96%). Dall’indagine è emersa una grande disomogeneità fra i territori del Nord, Centro e Sud e isole. Solo per citare alcuni dati, la quota di Cdcd con applicazione di un Pdta raggiunge quote molto basse nei territori del Sud e isole (con il 27,1%), con un incremento al centro (48,8%) e valori più alti al Nord (68,8%).

Analoghe differenze sono riscontrate sugli orari di apertura delle strutture (in media, 18 ore a settimana al Nord, 13 al centro e 11 al Sud e nelle isole), sugli esami diagnostici offerti (es: la PET amiloidea è disponibile maggiormente al Nord (70,3%), con valori più bassi al centro (64,6%) e al Sud e isole (63,3); sull’applicazione delle batterie neurologiche somministrate (ad es: la Frontal assessment Battery -FAB è applicata nell’85,6% delle strutture al Nord, nel 14,6% al centro e il 12% al Sud e isole).

La bassa percentuale di adesione alla survey da parte dei Cd (45,6%) e delle Rsa (48,8%) manifesta la necessità di rinsaldare un dialogo costruttivo fra queste strutture e le Regioni.

Per i CD, i dati emersi hanno comunque riportato una realtà con forti differenze fra Nord, centro e Sud, in merito a più aspetti, come ad esempio, la natura privata convenzionata piuttosto che pubblica della struttura (strutture pubbliche nella percentuale del 2,3% al Nord, del 32% al centro e del 22,4% al Sud e isole), i tempi di attesa per l’inserimento del paziente (inferiore a 3 mesi nel 65,9% dei casi al Nord, nel 54,4% al centro e nel 85,7% al Sud e isole).

Le figure professionali presenti (nelle strutture del Sud e isole è più frequente la presenza di figure mediche (neurologo, geriatra e psichiatra), dello psicologo, dell’assistente sociale e dell’educatore rispetto alle altre aree).

Per quanto riguarda le RSA, la maggioranza (71,6%) delle strutture è una residenza sanitaria assistenziale e il 28,4% è una residenza socio-sanitaria. Queste ultime sono localizzate maggiormente al Nord (30,1%) rispetto al centro (24,2%) e al Sud (26%). Anche per le Rsa, sono state riscontrate differenze fra Nord, centro e Sud sia sulla natura della struttura (pubblica o privata/convenzionata) che sui livelli delle prestazioni erogate. Il motivo principale per l’inserimento in queste strutture è risultato essere la perdita di autonomia del paziente, seguito dalla difficoltà di gestione dei disturbi comportamentali e l’insufficienza del supporto sociale.

- In collaborazione con le Regioni e Province autonome e con il sistema di sorveglianza Passi e Passi d’argento dell’ISS, **l’elaborazione della stima di prevalenza di 11 fattori di rischio prevenibili per la demenza per le singole Regioni e PA sul territorio nazionale**

Si stima che il 39,5% dei casi di demenza siano attribuibili a 11 fattori di rischio modificabili (basso livello di istruzione, deficit uditivi, ipertensione, consumo di alcol, obesità, fumo, depressione, isolamento sociale, inattività fisica, diabete mellito, inquinamento atmosferico); la quota di casi di demenza, è calcolata sia complessivamente che in relazione a ciascuno degli 11 fattori di rischio, è stata stimata sia a livello nazionale che per singola Regione e Provincia autonoma. I dati hanno mostrato una rilevante disomogeneità fra le Regioni; dalla quota della Campania, pari al 47%, a quella del 30% del Piemonte.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119637

LA STAMPA

L'allarme di Oxfam: "Disuguaglianze senza precedenti, i 5 più ricchi del mondo hanno raddoppiato il proprio patrimonio dalla pandemia a oggi"

L'ultimo rapporto della ong evidenzia la crescita delle disparità e il divario fra Nord e Sud del mondo. Si chiedono risposte dal World economic forum che si apre a Davos

Fabrizio Gorla

14 Gennaio 2024 alle 23:59

Dall'inviato a Davos.

Sempre più ricchi, sempre più lontani dal resto del mondo, costretto a soffrire per gli effetti della pandemia e delle due guerre, in Ucraina e in Medio Oriente.

Mentre il World economic forum di Davos sta per entrare nel vivo, la ong Oxfam mette in evidenza quanto sia sempre più diseguale il mondo del 2024.

Tra il marzo 2020 e lo scorso novembre, i cinque uomini più ricchi al mondo, ovvero Elon Musk, Bernard Arnault, Jeff Bezos, Larry Ellison e Warren Buffett, hanno più che raddoppiato, in termini reali, le proprie fortune - da 405 a 869 miliardi di dollari - a un ritmo di 14 milioni di dollari all'ora.

E c'è un dato che assume un significato particolare, ovvero che «l'1% più ricco del mondo possiede il 59% di tutti i titoli finanziari». Una concentrazione, secondo Oxfam, senza precedenti.

Nella cittadina svizzera dove i potenti del mondo faranno il punto sulle sfide globali, cercando di ricostruire la fiducia (che è lo slogan del Wef 2024), emerge un quadro sempre più drammatico di povertà, disuguaglianze, crisi sociali e ricchezza estrema, quasi inimmaginabile.

«Disuguaglianza: il potere al servizio di pochi», il nuovo rapporto pubblicato da Oxfam a corollario dell'evento di Davos, traccia una mappa con tantissime luci e poche ombre.

Dal 2020 a oggi, i 5 uomini più ricchi al mondo hanno moltiplicato del 114% le proprie fortune, mentre 5 miliardi di persone più povere hanno visto complessivamente invariata la propria condizione.

Ne deriva che, ai ritmi attuali, ci vorranno oltre 2 secoli (230 anni, per la precisione) per porre fine alla povertà. Tuttavia, spiega la ong, nel giro di un decennio potremmo avere il primo trilionario della storia dell'umanità.

Quello che colpisce è l'ampliamento della forchetta tra chi ha troppo e chi ha nulla. Tra marzo 2020 e novembre 2023, la ricchezza dei miliardari è cresciuta di 3.300 miliardi di dollari in termini reali (+34%), secondo il rapporto. E il tasso di crescita è stato tre volte superiore a quello dell'inflazione.

Di contro, analizza lo studio, tra il 2019 e il 2022 la ricchezza complessiva del 60% più povero dell'umanità (quasi 4,8 miliardi di persone) ha visto un calo dello 0,2% in termini reali (-20 miliardi di dollari), riuscendo cioè a stare a stento al passo dell'inflazione.

Per 791 milioni di lavoratori occupati in 52 Paesi, i salari non hanno tenuto il passo dell'inflazione. Il relativo monte salari ha visto «un calo in termini reali di 1.500 miliardi di dollari negli ultimi due anni, una perdita equivalente a quasi una mensilità (25 giorni) di salario per ciascun lavoratore».

Mentre da un lato si fatica a stare al passo coi rincari, dall'altro si continua a guadagnare quattrini. Il risultato del rapporto mette in evidenza un aspetto che può sembrare quasi paradossale.

Dopo mesi passati degli extra utili degli istituti di credito e delle società energetiche, è che «148 grandi aziende, nel 22-23, hanno realizzato profitti per 1.800 miliardi di dollari, con un aumento del 52,5% rispetto alla media del quadriennio precedente, elargendo ingenti compensi ai propri ricchi azionisti».

Secondo Amitabh Behar, direttore esecutivo ad interim di Oxfam International, «il rapporto ci dice che 7 delle 10 società più grandi al mondo hanno un miliardario come amministratore delegato o azionista di riferimento. Queste corporation hanno un valore di 10.200 miliardi di dollari, superiore al Pil combinato di tutti i Paesi dell'Africa e dell'America Latina».

Non solo. Behar attacca i Re Mida mondiali: «Sembra di vivere in un film distopico, di trovarci agli albori di un 'decennio dei grandi divari', con miliardi di persone a sopportare il peso di epidemie, inflazione, guerre, e una manciata di super-ricchi che moltiplicano le proprie fortune a ritmi parossistici».

La disparità non è solo fra Nord e Sud del mondo, bensì anche di genere.

In particolare, Oxfam afferma che «la ricchezza non è donna: a livello globale gli uomini detengono una ricchezza superiore di 105.000 miliardi dollari a quella delle donne». Un divario equivalente «a 4 volte la dimensione dell'economia statunitense».

La conseguenza è che «per una donna che lavora nella sanità o nel sociale ci vorrebbero 1.200 anni per guadagnare quanto in un anno percepisce, in media, l'amministratore delegato di una delle 100 imprese della lista Fortune».

Nella Davos che da anni promuove l'imprenditoria femminile, questo è un dato che deve far riflettere.

Perché i divari, troppo spesso, si riducono soltanto, invece che eliminarsi del tutto.

https://www.lastampa.it/economia/2024/01/14/news/lallarme-di-oxfam-disuguaglianze-senza-precedenti-i-5-piu-ricchi-del-mondo-hanno-raddoppiato-il-proprio-patrimonio-dalla-13994814/#google_vignette

transform!italia



Distribuzione ineguale della ricchezza, neoliberalismo e destre reazionarie in Italia e nel mondo

17/01/2024

Alessandro Scassellati

In Italia, come in molti Paesi ricchi, sempre più cittadini esprimono sul piano politico il proprio forte malcontento verso il binomio neoliberalismo-globalizzazione, diventato egemone a seguito delle scelte politiche ed economiche «liberali» adottate dalle classi dirigenti occidentali nel corso degli ultimi 40 anni. Vedono che questo binomio non è stato in grado di far materializzare la prosperità tanto promessa e vagheggiata, e che comunque i vantaggi da esso derivanti sono andati e stanno andando in modo sproporzionato ad un ristretto segmento, già ricco e potente, della popolazione – lo 0,1%, l'1%, il 5% o il 10% – e delle grandi imprese monopolistiche globali. Il neoliberalismo libertario permette di vivere la vita come la si desidera, senza intrusioni governative, purché si sia ricchi e potenti. Questo mentre le persone normali che lottano collettivamente (ad esempio, con le organizzazioni sindacali) contro l'austerità e per salari, pensioni, diritti sociali e civili e servizi pubblici migliori si trovano di fronte al potere coercitivo del governo dispiegato in tutte le sue forme (dalle norme anti-sindacali e anti-sciopero alla repressione poliziesca e penale). E mentre il governo interviene altrettanto ferocemente nella vita dei poveri, dei migranti e di tutti coloro che chiedono di accedere al welfare pubblico (sempre meno universalistico e sempre più lavoristico, in un mercato del lavoro sempre più «flessibile» e precario), trattandoli come persone immeritevoli della miseria (in denaro e servizi) che ricevono, perché largamente ritenuti privi di «virtù civiche»¹. E mentre i costi e le ricadute negative della maggiore apertura (economica, sociale, culturale, migratoria/demografica, etc.) tendono a colpire solo le classi medie e quelle operaie e più povere², oltre ad ampi segmenti delle piccole e medie imprese nazionali.

Negli ultimi decenni, la globalizzazione neoliberalista ha aiutato a sollevare oltre un miliardo di persone dalla povertà, molti di loro in Asia (nel 1981, l'88% della popolazione cinese viveva in estrema povertà, ora meno del 2%), ma la riduzione delle disuguaglianze a livello mondiale è stata generalmente accompagnata dal blocco del cosiddetto «ascensore sociale» e dall'aumento delle disuguaglianze socio-economiche all'interno dei Paesi ricchi dell'OCSE, come di buona parte del resto del mondo. Alla fine del 2019, ad esempio, nell'Unione Europea c'erano oltre 240 milioni di occupati, il numero più alto mai registrato, ma rimaneva ancora alto il tasso di disoccupazione giovanile, c'era all'incirca un 10% di working poor e complessivamente quasi un quarto della popolazione europea – circa 120 milioni – era a rischio povertà o esclusione sociale. La crisi scatenata dalla pandemia, l'ondata inflazionistica e la stretta delle politiche monetarie hanno aggravato ulteriormente la situazione³.

In Italia, non basta il dato positivo del tasso di occupazione al 61,3% per le persone tra i 15 e i 64 anni di età (ma per le donne è al 55%, 14,3 punti percentuali in meno della media UE) a fronte della perdurante stagnazione salariale, della contenuta produttività del lavoro, della bassa qualità lavorativa di giovani e donne e soprattutto del diffuso ricorso a forme di lavoro povero e atipico che determina marcate disuguaglianze retributive e costringe 5,6 milioni

di italiani in condizioni di povertà assoluta⁴. L'assenza di una chiara politica industriale, orientata alla creazione di posti di lavoro di qualità, costituisce una rinuncia a contrastare l'indebolimento dell'economia nazionale e a riqualificare lo sviluppo del Paese in campo tecnologico e ambientale. L'ulteriore liberalizzazione dei contratti a termine e del lavoro occasionale rischia di rafforzare le trappole della saltuarietà, discontinuità e precarietà lavorativa. L'opposizione al salario minimo legale è infine una scelta emblematica di un profondo disinteresse a tutelare i lavoratori meno protetti, impiegati in settori in cui la forza dei sindacati è minima.

In Italia e negli altri Paesi occidentali, in passato i lavoratori potevano aspettarsi che le loro vite migliorassero e che le vite dei loro figli sarebbero state ancora migliori. Ma, dalla fine del secolo XX, la povertà e la disuguaglianza sono aumentate ed è diventato sempre più difficile riuscire a mantenere il «patto generazionale» per cui ogni generazione fa meglio della precedente. L'aumento dei livelli di povertà è caratterizzato meno da un marcato aumento della mobilità verso il basso che da un «declino della mobilità ascendente». La mobilità verso il basso assume la forma dell'incapacità delle persone che lavorano di migliorare la propria condizione. Per chi è in fondo è sempre più difficile rimettersi in piedi e poter «partecipare alla gara»⁵. Una diventata situazione evidente con la crisi finanziaria globale del 2008-2009⁶.

La minaccia della disoccupazione o dell'occupazione precaria e a bassi salari, sempre presente nelle famiglie povere, si è diffusa anche alle famiglie del ceto medio, dei professionisti. Una laurea universitaria non rappresenta più una garanzia contro la disoccupazione, e un sistema che non è in grado di offrire un futuro adeguato ai giovani con un'istruzione superiore è in grossi guai. Se succede solo ai figli dei poveri, il problema è gestibile; ci sono forze di polizia, tribunali e prigionieri. Se succede ai figli dei ceti medi, le cose possono sfuggire di mano. I poveri sono abituati ad essere spremuti, ad avere un lavoro precario e a non avere denaro, ma negli ultimi decenni anche i ceti medi hanno cominciato a sentire la pressione di precarietà lavorativa (ad avere vite precarie), alti prezzi, mancanza di alloggi accessibili, e tasse più elevate e, in molti Paesi occidentali, sono in grande sofferenza ed in rivolta contro l'establishment mainstream. Ma, l'establishment non può sopravvivere senza l'obbedienza e la fedeltà dei milioni di persone appartenenti ai ceti medi che fanno andare avanti il sistema perché sono le «guardie del sistema» stesso: militari e polizia, insegnanti e sacerdoti/pastori, amministratori, funzionari e operatori sociali, tecnici e quadri della produzione e logistica, medici, avvocati, infermiere, lavoratori del trasporto e della comunicazione, giornalisti e vigili del fuoco.

Allo stesso tempo, è riemersa con forza una società «patrimoniale» in cui la ricchezza, in particolare la ricchezza dinastica ereditata (6 su 10 americani più ricchi sono eredi di fortune trasmesse loro da antenati e genitori ricchi), è il determinante cruciale delle possibilità di vita delle persone⁷. Troppo spesso ricchezza e disuguaglianze dei redditi sono in una relazione simbiotica con i vantaggi sociali intangibili del successo economico, come capitale socio-culturale e accesso alle reti parentali ed amicali, che insieme influenzano i risultati formativi e gli orizzonti lavorativi delle nuove generazioni, contribuendo a trasformare risultati disuguali di una generazione in opportunità diseguali per la generazione successiva, influenzando tutte le life chances degli individui, dall'istruzione all'occupazione, dalla salute alla speranza di vita⁸. I servizi pubblici sono sistematicamente sotto-finanziati o vengono esternalizzati ad operatori privati, con la conseguenza che spesso i più poveri ne vengono esclusi. Ecco perché in molti Paesi un'istruzione e una sanità di qualità sono diventate un lusso che solo i più abbienti possono permettersi.

I bambini e gli adolescenti sono i soggetti più vulnerabili alle situazioni di povertà ed esclusione sociale, fenomeni che determinano nel presente e nella vita futura una catena di svantaggi a livello individuale in termini di più alto rischio di abbandono scolastico, più basso accesso agli studi superiori e al mondo lavorativo, e più in generale di una bassa qualità della vita. I figli di genitori meno abbienti hanno scarsissime opportunità di carriera nello studio e nel lavoro, soprattutto se da anni collezionano solo lavoretti precari e vivono nelle periferie urbane o in un borgo rurale lontano dai grandi centri metropolitani. Inoltre, il costo degli immobili nelle grandi città è in continua ascesa anche perché da anni in Italia, come in molti altri Paesi, non vengono più realizzati alloggi di edilizia popolare, in presenza di una forte tensione speculativa nel settore immobiliare da parte del capitale finanziario, della rendita, dei ricchi e delle grandi organizzazioni criminali alla continua ricerca di opportunità di re-investimento legittimo del loro denaro. Pertanto, le famiglie più povere vengono spinte fuori dai quartieri centrali verso le sterminate periferie delle aree metropolitane sempre più abbandonate dalle istituzioni, allontanandole anche dalle scuole e dai servizi sanitari migliori.

Più di 500 mila persone sono classificate come «ultra-ricche» nel mondo, con una fortuna minima di oltre 30 milioni di dollari, secondo le ricerche sulla gestione dei grandi patrimoni della banca svizzera UBS. Nel libro distopico *La fattoria degli animali* scritto da George Orwell nel 1945, i maiali guidano una ribellione contro un agricoltore umano e ottengono il controllo della fattoria, ma alla fine impongono la loro dittatura sugli altri animali sulla base di un unico comandamento: «Tutti gli animali sono uguali, ma alcuni animali sono più uguali di altri». Nella società profondamente diseguale contemporanea, che rivendica uguali opportunità per i suoi cittadini, l'equivalente di questo comandamento sarebbe: «Tutti i cittadini sono uguali, ma i ricchi sono molto più uguali di chiunque altro» e hanno intenzione di rimanere così.

Sono state soprattutto le risposte dell'establishment (l'insieme più o meno coeso di dirigenti economici, militari e politici) – o meglio, la loro mancanza – alle questioni delle fratture strutturali economiche e sociali che hanno creato i maggiori problemi a livello sia nazionale sia euro-americano negli ultimi anni. Un numero crescente di cittadini è insoddisfatto, e sempre più spesso indignato, per le crescenti disuguaglianze e per il modo in cui la globalizzazione economica è stata fatta avanzare dalle classi dirigenti nazionali. Queste, negli ultimi 40 anni, si sono apertamente schierate dalla parte del capitale (sempre più oligopolistico o monopolistico), favorendone la mobilità incontrollata

(con la deregolamentazione dei mercati finanziari, ondate di delocalizzazioni produttive, accordi free-trade, l'entrata della Cina nell'Organizzazione mondiale del commercio, l'accordo NAFTA, l'Europa di Maastricht, etc.), e contro il lavoro, rendendo quest'ultimo sempre più mercificato, «flessibile», precario, insicuro, non sindacalizzato. Inoltre, il numero di cittadini di origine straniera non di pelle bianca e non di fede cristiana è cresciuto fino a livelli storicamente senza precedenti in Europa e negli USA, ma istituzioni, politici e partiti tradizionali hanno prestato poca attenzione a garantire che venissero messe in campo le necessarie politiche e capacità istituzionali per l'accoglienza, l'integrazione interculturale e l'emancipazione in modo da accompagnare e gestire i cambiamenti e le tensioni sociali e culturali che erano in atto (ad esempio, attraverso un'espansione nei servizi di istruzione e programmi di intercultura e di riqualificazione per adulti).

Poco si è riflettuto anche su come sarebbero stati protetti i sistemi di welfare o su come si potesse realizzare l'integrazione nel mercato del lavoro e negli altri ambiti sociali, dando mano libera alle forze di mercato, al perseguimento dell'interesse individuale (con l'esaltazione dell'individualismo metodologico) e alla crescita delle disuguaglianze, e su come si potesse mantenere la coesione sociale, la «fraternità», ossia la solidarietà, la partecipazione e lo spirito comunitario che sono necessari per una sana democrazia e per qualsiasi serio sforzo collettivo.

Gli anni 2020, sono iniziati con il CoVid-19 e poi sono stati caratterizzati finora da un'escalation dei conflitti (Ucraina, Sudan, Israele-Palestina, etc.), dall'accelerazione della crisi climatica e dall'aumento del costo della vita e dei tassi di interesse. Mentre miliardi di persone in tutto il mondo vivono in condizioni di estrema povertà, senza acqua potabile, assistenza sanitaria adeguata, alloggi dignitosi o istruzione per i propri figli, i miliardari del mondo hanno aumentato la loro ricchezza di oltre 3 mila miliardi di dollari solo negli ultimi tre anni. I miliardari diventano più ricchi, mentre le classi lavoratrici fanno i salti mortali per arrivare a fine mese (con i prezzi dei beni essenziali che aumentano, mentre i salari rimangono stagnanti o si svalutano in termini reali) e i poveri vivono nella disperazione. Questo è lo stato sfortunato attuale dell'economia mondiale⁹.

Studi e dati recenti sulle disuguaglianze economiche e sul fisco “regressivo” in Italia

Due studi recenti certificano che le disuguaglianze economiche in Italia sono cresciute a favore dell'1% e del 5% più ricco, che oltre a godere di un reddito maggiore paga meno tasse come quota del proprio reddito rispetto al resto del 95-99% dei contribuenti (per chi guadagna oltre i 500 mila euro l'aliquota “effettiva” è solo al 36%).

Nei giorni scorsi è stato pubblicato un [primo documento di ricerca](#) di un gruppo di analisti del Servizio Analisi Statistiche della Banca d'Italia in cui vengono presentati i primi risultati dell'analisi dei conti distributivi sulla ricchezza in Italia. Il progetto di ricerca viene condotto nell'ambito del programma Distributional Wealth Accounts (DWA) realizzato in collaborazione tra Banca Centrale Europea (BCE) e Banca d'Italia¹⁰. Lo studio disaggrega la popolazione italiana in tre gruppi:

- il gruppo al di sotto della mediana, ossia il 50 % più povero;
- il gruppo “centrale” o “intermedio”, che corrisponde alle famiglie la cui ricchezza netta è compresa tra il 50° e il 90° percentile (il “ceto medio”);
- il 10 % più ricco.

Le principali risultanze della ricerca sono essenzialmente tre:

- le famiglie meno abbienti (50% del totale) detengono principalmente abitazioni¹¹ e depositi (17% del totale), mentre quelle più ricche (10% del totale) diversificano maggiormente, detenendo anche quote significative di azioni, partecipazioni e attività reali destinate alla produzione e di altri strumenti finanziari complessi¹²;
- il 5% delle famiglie italiane più ricche possiede circa il 46% della ricchezza netta totale. I principali indici di disuguaglianza sono rimasti sostanzialmente stabili tra il 2017 e il 2022, dopo essere aumentati tra il 2010 e il 2016;
- in Italia e in Francia, la concentrazione della ricchezza è inferiore a quella media dell'area dell'euro, mentre è maggiore in Germania (dove il 5% possiede il 48% della ricchezza)¹³.

La composizione del portafoglio delle famiglie per classe di ricchezza ha subito significative variazioni fra il 2010 e il 2022. In un periodo caratterizzato da una generale flessione dei prezzi degli immobili, il peso delle abitazioni è sceso dal 55,8 al 50,2% a livello aggregato; tuttavia, per le famiglie più povere è cresciuto di quattro punti percentuali. La riduzione del peso dei titoli di debito è stata particolarmente accentuata per il 10% più ricco, con un calo di oltre sette punti percentuali, a fronte di un rilevante aumento del peso di azioni, assicurazioni ramo vita e quote di fondi comuni. L'aumento del peso dei depositi ha accomunato tutte le classi di ricchezza considerate, ma in maniera più forte quella centrale (50-90%).

Interessante anche l'evoluzione dell'ammontare e delle quote di ricchezza e debito detenuti dalle tre classi di famiglie per alcuni principali strumenti. Nel 2010 circa la metà del patrimonio abitativo era detenuta dalla classe centrale; nel 2022 tale percentuale era scesa al 45%, soprattutto a vantaggio del 10% più ricco; la quota di abitazioni posseduta dalle famiglie del 50% più povero è rimasta stabile nel tempo attorno al 14% del totale. I depositi sono aumentati di circa il 40% tra il 2010 e il 2022, soprattutto per le famiglie appartenenti al 10% più ricco, la cui quota è salita di sei punti percentuali, raggiungendo la metà del totale; si è invece ridotta in maniera sensibile la quota di depositi detenuta dalle famiglie del 50% più povero.

Le attività non finanziarie non residenziali, che riguardano investimenti in società di persone di piccole dimensioni (fino a 5 addetti), alla fine del 2022 erano possedute per circa due terzi dal 10% più ricco, mentre le famiglie della

classe intermedia ne detenevano il 28%. Dal 2010 si sono osservate una riduzione della quota posseduta dalle famiglie più ricche di circa 7 punti percentuali e un rilevante aumento per la classe centrale. In tutto il periodo analizzato, le azioni e altre partecipazioni detenute dalla classe più ricca rappresentano oltre il 95% del totale, con un massimo di quasi il 98% attorno al 2016. Sul fronte delle passività, invece, le famiglie più povere pesavano nel 2022 per quasi un terzo del totale, all'incirca quanto quelle della classe centrale.

Tra il 2010 e il 2016 il valore mediano della ricchezza netta è sceso da quasi 200mila euro a poco più di 150mila; il calo del valore medio è stato molto più contenuto (attestandosi intorno ai 365mila euro). Nello stesso periodo l'indice di Gini, una misura sintetica del grado di disuguaglianza della distribuzione¹⁴, è aumentato da 0,67 a 0,71, e la quota di ricchezza netta posseduta dal 5% più ricco delle famiglie è passata dal 40 al 48%. Vi ha corrisposto un calo delle quote detenute da tutte le altre classi della distribuzione.

Dal 2017 la ricchezza netta mediana è restata sostanzialmente stabile (circa 155mila euro, mentre nell'area dell'euro era sopra i 140.000 euro nel 2022) e l'indice di Gini è leggermente calato. È interessante notare, sia per l'indice di Gini che per la quota di ricchezza detenuta dal 5% più ricco, la lieve crescita nel corso del 2021 e la successiva riduzione nel 2022. Tale andamento è collegato a quello dei prezzi delle attività finanziarie detenute dalle famiglie più ricche, in particolare azioni, quote di fondi comuni e riserve tecniche di assicurazione. Alla fine del 2022, il 5% più ricco delle famiglie italiane deteneva il 46% della ricchezza netta complessiva mentre il 50% più povero ne possedeva meno dell'8%.

I DWA permettono anche di studiare l'indebitamento delle famiglie per classe di ricchezza. In particolare è interessante osservare il rapporto tra debiti e attività per le famiglie del 50% più povero, che hanno maggiore necessità di finanziamento per far fronte alle proprie esigenze di spesa. Per tale gruppo di famiglie il rapporto è salito rapidamente tra il 2010 e il 2014, per poi riportarsi nel 2016 ai livelli iniziali; dal 2018 in poi è tornato a crescere leggermente, ad eccezione del temporaneo crollo durante la crisi pandemica.

Le risultanze dello studio sulla distribuzione della ricchezza della Banca d'Italia vanno lette insieme a quelle di uno studio congiunto da parte di ricercatori della Scuola Superiore Sant'Anna e dell'Università di Milano-Bicocca, pubblicato sul *Journal of the European Economic Association*, sulle disuguaglianze economiche e fiscali in Italia. Lo studio afferma che queste sono in aumento con i ricchi che in proporzione pagano meno tasse di chi fa fatica ad arrivare a fine mese¹⁵.

Nel complesso il sistema fiscale italiano appare "blandamente progressivo" per il 95% più basso della distribuzione del reddito, con un'imposizione fiscale che sale dal 40% (per chi guadagna meno di 15mila euro, il 30% più povero) al 50% (per chi guadagna fino a 60mila euro, la soglia del 10% più ricco), ma poi scende. Il sistema "diventa addirittura regressivo" per il 5% dei contribuenti più ricchi (oltre gli 82mila euro) con un'aliquota effettiva che scende fino al 36% per chi guadagna oltre i 500 mila euro annui. Il sistema fiscale è addirittura sempre regressivo se si considera la distribuzione del patrimonio invece che quella del reddito. Lo studio conferma anche che esistono importanti differenze in relazione alla tipologia di reddito prevalente: sono i lavoratori dipendenti a pagare più imposte, seguiti dai lavoratori autonomi, dai pensionati e, infine, da chi percepisce soprattutto rendite finanziarie e locazioni immobiliari.

I ricercatori hanno stimato che dal 2004 al 2015, mentre il reddito nazionale reale si riduceva del 15%, la metà più povera degli italiani perdeva il 30% dei suoi introiti. La quota del reddito nazionale spettante al 10% più ricco, all'1% più ricco e allo 0,1% più ricco è stata in costante aumento dopo la crisi del 2008. All'interno del 50% più povero, ad essere più colpiti sono stati i giovani tra i 18 e i 35 anni, che hanno perso circa il 42% del loro reddito. La disuguaglianza di genere risulta significativa per ogni classe di reddito e raggiunge valori estremi nell'1% più ricco della distribuzione, dove le donne guadagnano circa la metà degli uomini. Anche gli abitanti delle regioni meridionali sono stati sempre più esposti a crescenti livelli di disuguaglianza.

Lo studio certifica che la metà più povera degli italiani detiene meno del 17% del reddito nazionale e vive con meno di 13 mila euro all'anno¹⁶. Invece l'1% più ricco del Paese detiene circa il 12% del reddito nazionale, cioè una media di 310 mila euro all'anno, ottenuti soprattutto da redditi finanziari, profitti societari e redditi da lavoro autonomo, in gran parte derivante dal ruolo di amministratori societari. Per i quali paga meno tasse del 99% della popolazione. Solo una ridottissima parte dei redditi dei più ricchi è ottenuta grazie ai redditi da lavoro dipendente. In particolare, i "super-ricchi", 50 mila italiani che compongono lo 0,1% più ricco del Paese e detengono il 4,5% del reddito nazionale con entrate medie superiori al milione di euro annuo, cifra che potrebbe essere raggiunta dal 50% più povero soltanto risparmiando l'intero reddito per 76 anni.

La minore incidenza fiscale per i redditi più elevati è spiegata principalmente da fattori come:

- l'effettiva regressività dell'IVA (che grava meno sui cittadini abbienti che risparmiano di più);
- il minor peso dei contributi sociali per i redditi superiori ai 100 mila euro;
- la maggiore rilevanza per i contribuenti più ricchi delle rendite finanziarie e dei redditi da locazioni immobiliari, tassati con un'aliquota del 12% o del 26%.

In conclusione, lo studio mette in luce la necessità di avviare una profonda e seria discussione sullo stato attuale del sistema fiscale italiano con l'obiettivo di un rafforzamento della funzione redistributiva della leva fiscale. L'evidenza di una regressività che favorisce solo le fasce di reddito più elevate sottolinea l'urgenza di riforme mirate che non penalizzino i redditi più bassi, ma mirino a correggere gli squilibri presenti riducendo le disuguaglianze e promuovendo una distribuzione del carico fiscale in modo proporzionato (spostando la tassazione dal lavoro su profitti, interessi, rendite finanziarie).

C'è la necessità di una riforma fiscale in chiave più giusta e inclusiva, capace di sostenere una crescita economica sostenibile e di garantire benefici tangibili per l'intera società¹⁷.

Per ridurre drasticamente la povertà sono necessarie riforme radicali.

Queste includono una massiccia redistribuzione del reddito e della ricchezza; un ridimensionamento della finanza; mettere al lavoro un gran numero di persone per fare le molte cose che devono essere fatte e pagare loro un salario reale dignitoso (in due anni di alta inflazione i salari hanno perso il 15% del potere d'acquisto); adottare programmi universali che sostengano tutti i lavoratori (e non solo i poveri); e pagare queste misure con un sistema fiscale realmente progressivo che tassa in particolare coloro che accumulano quantità di reddito e ricchezza eticamente insopportabili ed economicamente distruttive.

Fare tutto ciò richiederebbe un chiaro impegno ideologico nei confronti di forti principi socialisti o socialdemocratici e il coraggio di adottare e difendere tali misure di fronte alla feroce opposizione che sicuramente genererebbero. La mancata adozione di tali misure significherebbe che continuerà, senza fine, l'incessante produzione di povertà.

Disuguaglianze globali

In contemporanea con l'apertura (15 gennaio) del 54° annuale meeting del [World Economic Forum](#) di Davos (il "club dei globalisti"), il cui tema quest'anno è "Ricostruire la fiducia" in un sistema iniquo e frammentato che ha perso credibilità, l'organizzazione non-governativa Oxfam ha presentato il rapporto [Inequality Inc.](#) (la versione italiana del rapporto, [Disuguaglianza. Il potere al servizio di pochi, qui](#)), sulla disuguaglianza economica globale¹⁸. Le principali risultanze sono:

- *i cinque uomini più ricchi del mondo – Elon Musk, Bernard Arnault, Jeff Bezos, Larry Ellison e Mark Zuckerberg – hanno più che raddoppiato le loro fortune portandole a 869 miliardi di dollari dal 2020 (+464 miliardi di dollari, ovvero +114%), mentre il 60% più povero del mondo – quasi 5 miliardi di persone (che hanno maggiori probabilità di essere donne, popoli razzializzati e gruppi emarginati in ogni società), – ha perso ricchezza (-0,2% in termini reali)¹⁹;*
- *la disuguaglianza economica è drammaticamente aumentata dopo la pandemia di CoVid-19: i miliardari del mondo sono 3,3 trilioni di dollari più ricchi rispetto al 2020, e la loro ricchezza è cresciuta tre volte più velocemente del tasso di inflazione, nonostante la stagnazione del tenore di vita di milioni di famiglie di lavoratori in tutto il mondo;*
- *7 su 10 delle più grandi aziende del mondo hanno un miliardario come amministratore delegato o principale azionista (da un rapporto medio di 20 a 1 tra la retribuzione del CEO e quella di un impiegato di livello medio nel 1965 si è passati all'attuale rapporto di 312 a 1) e l'1% più ricco del mondo possiede il 43% di tutte le attività finanziarie globali²⁰;*
- *a livello globale la disuguaglianza è una questione di genere: gli uomini detengono una ricchezza superiore di 105.000 miliardi di dollari a quella delle donne, che pure oramai sono quasi lo stesso numero degli uomini; una differenza che è equivalente a 4 volte la dimensione dell'economia statunitense; per una donna che lavora nella sanità o nel sociale ci vogliono 1.200 anni per guadagnare quanto in un anno percepisce, in media, il CEO di una delle 100 imprese più grandi della lista Fortune;*
- *il divario tra ricchi e poveri è destinato ad aumentare e porterà il mondo a incoronare il suo primo trilionario entro un decennio;*
- *se le tendenze attuali continueranno, la povertà nel mondo non sarà sradicata prima di altri 229 anni.*

Mai prima d'ora nella storia umana così pochi hanno posseduto così tanto. Mai prima d'ora nella storia umana si è verificata una tale disuguaglianza di reddito e ricchezza²¹. Mai prima d'ora nella storia abbiamo avuto concentrazioni di proprietà così grandi. Mai prima d'ora nella storia abbiamo visto una classe di miliardari con così tanto potere politico. E mai prima d'ora abbiamo visto questo livello senza precedenti di avidità, arroganza e irresponsabilità da parte della classe dirigente. Il potere aziendale e monopolistico, come mostra il rapporto di Oxfam, è una macchina implacabile che genera disuguaglianza. Consente alle mega corporations di controllare i mercati, stabilire i termini di scambio e trarre profitto senza timore di perdere affari. Lungi dall'essere un fenomeno astratto, questo ha un impatto su di noi in molti modi: influenzando i (bassi) salari che riceviamo, gli alimenti che mangiamo e che possiamo permetterci e i farmaci a cui possiamo accedere. Lungi dall'essere casuale, questo potere è stato affidato ai monopoli dai governi, in un passaggio dalla democrazia all'oligarchia plutocratica, trasformando, di fatto, la disuguaglianza economica in disuguaglianza politica²².

"Le persone in tutto il mondo lavorano di più e per orari più lunghi, spesso per salari miseri in posti di lavoro precari e non sicuri", afferma il rapporto. "In 52 Paesi, i salari reali medi di quasi 800 milioni di lavoratori sono diminuiti. Questi lavoratori hanno perso complessivamente 1,5 trilioni di dollari negli ultimi due anni, equivalenti a 25 giorni di salario perso per ciascun lavoratore".

Rispecchiando le fortune dei super ricchi, si afferma anche che i profitti aziendali sono aumentati notevolmente nonostante la pressione sulle famiglie a causa della crisi del costo della vita. Si rileva che 148 delle più grandi aziende del mondo insieme hanno incassato 1,8 trilioni di dollari di profitti netti totali nell'anno fino a giugno 2023, un aumento del 52% rispetto agli utili netti medi nel 2018-21. Tra luglio 2022 e giugno 2023, per ogni 100 dollari di profitto generati da 96 tra le imprese più grandi al mondo 82 dollari sono fluiti agli azionisti sotto forma di dividendi o buyback azionari.

Spremono i lavoratori (precarizzazione dei contratti di lavoro e bassi salari²³, evadendo o eludendo le tasse²⁴, privatizzando lo Stato (mercificando e segregando – in base a genere, classe, razza, casta ed età – l'accesso a servizi vitali come l'istruzione, l'acqua e l'assistenza sanitaria) e stimolando il collasso climatico (con l'1% più ricco del mondo che emette tanto inquinamento da carbonio quanto i due terzi più poveri dell'umanità e con molti dei miliardari globali che posseggono, controllano e traggono profitto da processi produttivi ad alta intensità di carbonio), le aziende stanno favorendo la disuguaglianza e agendo al servizio dell'erogazione di ricchezza sempre maggiore ai loro ricchi proprietari.

Il rapporto di Oxfam esorta a fare una scelta fondamentale: tra una nuova era di supremazia miliardaria, controllata da monopolisti e finanziari, o un potere pubblico trasformativo fondato sull'uguaglianza e la dignità. Per porre fine alla disuguaglianza estrema, va rivitalizzato il ruolo dello Stato: i governi devono ridistribuire radicalmente il potere e le risorse dei miliardari e delle multinazionali alle persone comuni. Regolamentare mercati e grandi aziende (rompere i monopoli), dare potere ai lavoratori (promuovendo e rafforzando i sindacati) e alle comunità, aumentare radicalmente le tasse sui ricchi e sui profitti delle corporations, e far nascere e crescere imprese cooperative non orientate alla massimizzazione del profitto.

Oxfam chiede un'imposta sul patrimonio (chiesta su [La Stampa](#) del 14 gennaio anche dall'ex ministro del governo Monti, Elsa Fornero, insieme a "tolleranza zero contro gli evasori") tra l'1% e il 2% sulla ricchezza netta superiore a 1 milione di euro per ristabilire l'equilibrio tra lavoratori e dirigenti aziendali e proprietari di aziende super-ricchi²⁵. Tale imposta sui milionari e miliardari potrebbe fruttare miliardi di dollari per gli erari nazionali ogni anno. Soldi che potrebbero essere investiti in servizi pubblici e infrastrutture. Attualmente, le imposte sulla ricchezza sono minime rispetto alla tassazione sul reddito da lavoro.

Oxfam ha anche affermato che il più recente indice Gini – che misura la disuguaglianza – ha rilevato che la disuguaglianza del reddito globale è ora paragonabile a quella del Sud Africa, [il Paese con la più alta disuguaglianza al mondo](#). L'1% più ricco del mondo possiede il 59% di tutte le attività finanziarie globali – comprese azioni e obbligazioni, oltre a partecipazioni in imprese private.

Aleema Shivji, amministratore delegato ad interim di Oxfam, ha dichiarato: "Questi estremi non possono essere accettati come la nuova norma, il mondo non può permettersi un altro decennio di divisione. La povertà estrema nei Paesi più poveri è ancora più elevata di quella pre-pandemia, ma un piccolo numero di uomini super-ricchi stanno correndo per diventare il primo trilionario del mondo entro i prossimi 10 anni. Questo divario sempre più ampio tra i ricchi e gli altri non è casuale, né inevitabile. I governi di tutto il mondo stanno facendo scelte politiche deliberate che consentono e incoraggiano questa concentrazione distorta della ricchezza, mentre centinaia di milioni di persone vivono in povertà. Un'economia più giusta è possibile, un'economia che funzioni per tutti noi. Ciò che serve sono politiche concertate che offrano una tassazione più giusta e sostegno a tutti, non solo ai privilegiati".

Nella sua introduzione al rapporto in lingua inglese, il senatore americano Bernie Sanders intravede alcuni segnali di speranza: "I lavoratori negli Stati Uniti e in tutto il mondo stanno rendendo chiaro che sono stupefatti di essere derubati e sfruttati. Non stanno più a guardare e non consentono alle grandi aziende di realizzare profitti da record mentre rimangono sempre più indietro. Stanno reagendo e molti di loro stanno ottenendo sostanziali aumenti dei salari, dei benefici e delle condizioni di lavoro. Ecco la semplice verità: se restiamo uniti nella nostra comune umanità, ci sono enormi opportunità davanti a noi per creare una vita migliore per tutti. Possiamo garantire l'assistenza sanitaria come diritto umano a ogni uomo, donna e bambino. Possiamo combattere il cambiamento climatico, salvare il pianeta e creare decine di milioni di posti di lavoro ben retribuiti nel settore dell'energia verde. Possiamo utilizzare i progressi tecnologici e la produttività dei lavoratori per migliorare la nostra vita. Possiamo eliminare la povertà e aumentare l'aspettativa di vita. Possiamo fare tutto questo e molto di più se siamo pronti a riunire le persone a basso reddito e i lavoratori di tutto il mondo per costruire un movimento internazionale che affronti l'avidità e l'ideologia della classe miliardaria e ci porti verso un mondo basato sulla giustizia economica, sociale e ambientale".

Crescita delle disuguaglianze economiche e ascesa delle destre reazionarie

Dopo anni di tagli brutali alla spesa da parte dei governi, appare più importante che mai l'avvertimento di John Maynard Keynes che la cattiva economia – ossia un insieme di politiche economiche che strutturano il mercato per ridistribuire il reddito verso l'alto e per lasciare che i mercati finanziari speculativi dettino cosa succede alle economie nazionali e alle vite dei cittadini – produce disuguaglianze ed estremismo politico. Il senso di frustrazione e di fallimento che prova chi vive perennemente in condizioni di precarietà economica, chi cerca un lavoro senza trovarlo, chi vede evaporare in un momento i risparmi di una vita, chi combatte ogni giorno per la sopravvivenza contro altri che combattono la stessa battaglia, tutto questo è ciò che alimenta la crisi sociale e politica oggi come negli anni Trenta del secolo scorso.

Dato che le classi politiche mainstream finora non hanno saputo dare risposte adeguate e voluto cambiare lo status quo, non sono intervenute sulle crescenti disuguaglianze, non hanno evitato la riduzione di reddito e lavoro (diventato sempre più precario e malpagato), non hanno cercato di modificare un sistema economico/finanziario iniquo, non hanno smesso di tagliare le spese per scuole, ospedali, infrastrutture, servizi e welfare al cittadino, un crescente numero di cittadini in difficoltà si è sentito abbandonato dai governi, partiti politici tradizionali mainstream, e altre istituzioni (come i sindacati). È alienato, arrabbiato e protesta per la perdita sia della tradizionale sovranità dei loro Stati nazionali sia del controllo sulle proprie vite personali, lavorative, professionali, come conseguenza di precarietà, bassi redditi, disoccupazione e indebitamento, nonché per tanti privilegi, scarsa trasparenza e innumerevoli conflitti di interessi che legano i responsabili politici alle grandi imprese, alle grandi lobbies economiche e finanziarie, ai ricchi.

Ricorrenti grandi scandali per corruzione, evasione ed elusione fiscale hanno alimentato la percezione che élites politiche, ricchi e grandi interessi economico-finanziari giocano con regole diverse rispetto al resto della cittadinanza, senza un sufficiente controllo pubblico e una vera legittimità democratica.

Questo ha contribuito a creare un'apertura politica per la «destra sociale» populista e reazionaria che non solo punta il dito contro il migrante, il perfetto «capro espiatorio» divenuto il simbolo del nemico da cui ci si dovrebbe difendere, trasformando la paura in odio²⁶, ma in alcuni casi ha assunto, seppure in modo distorto e spesso strumentale, posizioni che erano state della sinistra socialdemocratica e comunista, compresa la difesa dello stato sociale, dell'interventismo governativo e dei valori laici, rivendicando più attenzione agli interessi dei settori medio-piccolo borghesi (PMI, imprese a basso tasso di innovazione tecnologica, artigiani, piccoli commercianti, agricoltori, tassisti e professionisti tradizionali) penalizzati dal processo di globalizzazione, e arrivando a raggiungere anche i lavoratori e altri elettori disillusi ed alienati che in un'epoca precedente avrebbero votato per politici e partiti socialdemocratici o comunisti. L'ascesa globale di un nazionalismo conservatore (e in alcuni casi apertamente reazionario) sembra avere l'obiettivo di creare forme più statalizzate di capitalismo nazionale e «comunità nazionali» dirette da leaders carismatici indiscutibili che ambiscono a difendere valori nazionali tradizionali speciali, controllare i confini contro i virus dell'immigrazione non bianca, del multiculturalismo e dell'influenza «straniera» (dagli attivisti dei diritti umani ai migranti musulmani, dai terroristi alla grande finanza, dall'Unione Europea al miliardario finanziere e filantropo «globalista» ebreo ungherese naturalizzato americano George Soros, fautore della «società aperta» auspicata dai filosofi-economisti neoliberali austriaci Karl Popper e Friedrich August von Hayek²⁷. Una deriva che è rapidamente divenuta una minaccia, perché rappresenta la ricetta per la repressione domestica, il capitalismo clientelare (il cosiddetto crony capitalism), la corruzione massiccia, l'implosione dello Stato di diritto, l'erosione dei diritti individuali e sociali di cittadinanza, l'ascesa di razzismi e conflitti internazionali.

Tra l'altro, con i nazionalisti conservatori e reazionari, così come avveniva con i politici mainstream, le questioni che riguardano davvero la maggioranza della popolazione, i milioni di lavoratori – la riduzione del lavoro stabile, ben pagato e di qualità, le disuguaglianze sociali, la vecchiaia in povertà, l'insicurezza e lo sfruttamento del lavoro, i problemi abitativi, la negazione dei diritti sociali – sono onnipresenti, vengono agitate, ma non vengono realmente agite e affrontate, perché anche questi «uomini nuovi» non mettono in discussione il paradigma economico neoliberista, il modo disumanizzante in cui il capitalismo opera.

Non considerano questo il problema, ma la soluzione (come lo era per Clinton e altri governanti progressisti globalisti degli anni '90), ancorché declinata in una logica territoriale «sovranista» (perché ritengono che solo nella nazione ci possa essere solidarietà).

Ciò risulta evidente dalle politiche economiche nazionali che finora hanno perseguito una volta saliti al potere: nuova detassazione per i ricchi, ulteriori deregolamentazioni (anche in campo ambientale) e privatizzazioni, tagli generalizzati ai capitoli di spesa sociale per trasferire le disponibilità alla spesa militare e securitaria, nessun vantaggio diretto per la classe lavoratrice se non la promessa di una reindustrializzazione da parte delle imprese private incentivate da protezionismo, sussidi e detassazione degli utili.

Gli economisti dell'Università di Berkeley, Emmanuel Saez e Gabriel Zucman²⁸ hanno calcolato che i tagli fiscali da 1,5 trilioni di dollari dell'amministrazione Trump hanno aiutato le 400 dinastie miliardarie più ricche negli Stati Uniti (quelle della «lista Forbes 400») a pagare nel 2018 un'aliquota fiscale media del 23%, mentre la metà inferiore delle famiglie americane ha pagato un'aliquota del 24,2%. Nel 2018, per la prima volta nella storia moderna degli Stati Uniti, il capitale è stato tassato meno del lavoro.

Dal 1980, la quota della ricchezza americana di proprietà delle 400 dinastie americane miliardarie è quadruplicata mentre la quota di proprietà della metà inferiore della popolazione americana è diminuita. Le 130 mila famiglie più ricche in America ora possiedono quasi quanto il 90% meno ricco (117 milioni di famiglie).

Secondo Saez e Zucman, se l'1% più ricco della popolazione americana pagasse un'aliquota fiscale del 60%, lo Stato federale USA incasserebbe circa 750 miliardi di dollari in più l'anno, sufficienti per pagare asili nido per tutti i bambini, un programma di infrastrutture e molto altro.

Questo modo di procedere sul piano economico, insieme alla rimozione della questione sociale dal dibattito politico, è particolarmente pericoloso perché favorisce chi ha già privilegi e punisce i ceti già deboli, allargando le disuguaglianze e contribuendo all'ulteriore ascesa dell'estrema destra.

Un circolo vizioso, perché l'ascesa dei nazionalisti di destra non potrà essere interrotta finché non ci sarà una rottura con le politiche neoliberiste orientate al libero mercato che – come Karl Polanyi ha sostenuto – distruggono la società e inaspriscono gli squilibri nell'economia globale²⁹.

Si tratta di tentativi di sostituire l'ideologia della «globalizzazione felice» o del «globalismo» – che secondo i sostenitori di queste posizioni politico-culturali vorrebbe annullare i principi delle identità nazionali (i suprematisti bianchi parlano di «grande sostituzione della razza bianca»), l'esistenza stessa dei confini e sancire il diritto umano di emigrare – per dare vita a forme autoritarie, «illiberali», regressive e ciniche («realistiche») di neoliberalismo nazionale attenuate da politiche sociali assistenziali tese a lenire le sofferenze di segmenti molto limitati del corpo sociale nazionale.

Da questo punto di vista, il populismo nazionalistico conservatore, se non proprio reazionario, autoritario e razzista, rappresenta il volto politico del neoliberalismo in crisi. Risposte illusorie e pericolose ai guasti economici ed istituzionali che aggravano la crisi dei ceti medi e popolari, invece che arrestarla. La crisi e la stagnazione economica hanno spremuto il centro delle società, aumentando le fila dei quasi poveri, ma hanno anche svuotato il centro della politica,

poiché gli elettori hanno smesso di credere che i principali partiti di centro e della sinistra progressista (liberal) abbiano risposte adeguate ai loro bisogni.

L'affermarsi dei nazionalisti «populisti» della «destra sociale» rappresenta il tentativo di ri-politicizzare in termini populistici società che si sentono esauste ed impotenti di fronte ad un capitalismo globalizzato e globalizzante, tentando di riaffermare il primato della politica e dell'economia pubblica su economia e gestione tecnocratica.

Gli «uomini nuovi» del campo della destra reazionaria, ciascuno sostenuto dal proprio «movimento» o «partito personale» privo sia di una vera dottrina sia di un compiuto progetto politico – quasi sempre definiti come «populisti» dai politici e dai media mainstream perché adottano uno stile politico basato su un contatto diretto con «il popolo» (anche se solo con il «loro» popolo, mentre per loro «gli altri» non contano nulla) – cercano di far credere che il ripristino di uno Stato nazionale governato con pugno di ferro (con «i pieni poteri»), dotato di tutti i suoi attributi di sovranità interna ed esterna, capace di chiudere i suoi confini ai migranti, di imporre alla popolazione leggi finanziarie e di mercato più dure e di respingere tutti gli accordi di cooperazione internazionale sul clima, sia l'unico modo per migliorare la situazione sociale della stragrande maggioranza della popolazione.

Se le principali minacce diventano i migranti, i nemici «delle nostre origini giudaico-cristiane», George Soros o le importazioni cinesi, questi leader sostengono che sia possibile una nuova politica pro-capitalista su base nazionale (favorita da protezionismo e processi di onshoring e friend-shoring) che si pone l'obiettivo di tenere fuori il proprio Paese dalle istituzioni e dai flussi non graditi di capitale, merci e, soprattutto, persone – migranti economici, profughi, richiedenti asilo e rifugiati di pelle non bianca, quelli che Trump ha definito «animals» provenienti da «shithole countries» – in modo da implementare la propria versione nazionale di neoliberalismo conservatore, etnico, razzista, reazionario e autoritario. Un conservatorismo essenzialmente neofascista che cerca di unire il dinamismo capitalista con i valori e le gerarchie reazionarie tradizionali³⁰.

[https://transform-italia.it/Distribuzione_ineguale_della_ricchezza,_neoliberalismo_e_destre_reazionarie_in_Italia_e_nel_mondo_-_Transform!_Italia_\(transform-italia.it\)](https://transform-italia.it/Distribuzione_ineguale_della_ricchezza,_neoliberalismo_e_destre_reazionarie_in_Italia_e_nel_mondo_-_Transform!_Italia_(transform-italia.it))



Riforma Anziani, Meloni annuncia il decreto attuativo in Consiglio dei ministri e spiega la nuova "prestazione universale"

«Annuncio che il decreto legislativo in attuazione della delega in materia di politiche in favore delle persone anziane «arriverà domani in Consiglio dei Ministri per l'approvazione. Il decreto stanziava complessivamente oltre un miliardo di euro per i primi due anni».

Lo ha detto la premier Giorgia Meloni, in un passaggio del question time in Aula alla Camera.

Si tratta di «risorse che servono a garantire all'anziano una vita serena, attiva e dignitosa, nello specifico garantendo, dove è possibile, il diritto di continuare a vivere e a curarsi nella propria casa, semplificando e rafforzando l'accesso ai servizi ma anche le procedure di valutazione della persona non autosufficiente, introducendo, in via sperimentale e a scelta del cittadino, una prestazione universale graduata in base al bisogno per gli anziani non autosufficienti più gravi, più anziani e in maggiori difficoltà economiche che consiste nell'aumento di circa il 200 per cento dell'importo dell'assegno di accompagnamento e progetti di coabitazione per gli anziani soli, perché possano avere una casa propria senza per questo dover rinunciare a socializzare o ad avere i servizi necessari».

«L'annuncio del Presidente del Consiglio Meloni sull'arrivo nel Consiglio dei ministri di domani del decreto legislativo attuativo del Patto per la Terza Età è un'ottima notizia per i cittadini. È un provvedimento estremamente innovativo che punta a costruire un nuovo modello di welfare e che permetterà di dare risposte concrete ai bisogni dei nostri oltre 14 milioni di anziani, di cui 3,8 non autosufficienti», dichiara la viceministra del Lavoro e delle Politiche sociali Maria Teresa Bellucci (FdI) cui in questi mesi ha fatto capo il lavoro sul Dlgs.

«Il Governo Meloni - prosegue - ha scelto di stanziare oltre un miliardo per i primi due anni e avvia la sperimentazione di una prestazione universale, a scelta del cittadino e graduata in base al bisogno, che consentirà di aumentare di oltre il 200% l'assegno di accompagnamento a una prima platea di più anziani, più gravi e più poveri. È una riforma di cui andiamo orgogliosi, che l'Italia aspettava da oltre 20 anni e che segna un'altra tappa nel percorso di questo Governo per essere al fianco dei nostri anziani, delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie. È un cammino che non si fermerà e che proseguirà in tutta la legislatura».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-01-24/riforma-anziani-meloni-annuncia-dlgs-consiglio-ministri-e-spiega-nuova-prestazione-universale-194856.php?uuid=AF14oLSC&cmpid=nlqf>
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-01-24/riforma-anziani-meloni-annuncia-dlgs-consiglio-ministri-e-spiega-nuova-prestazione-universale-194856.php?uuid=AF14oLSC&cmpid=nlqf>

[Leggi l'articolo online](#) | [Welforum.it](#)

LEPS: il percorso assistenziale integrato – Parte I

Franco Pesaresi, | 24 luglio 2023

Nell'ambito dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), cioè di quelle prestazioni che ogni Ambito territoriale è tenuto a garantire, è stata definita una serie di interventi che ricadono sotto il nuovo capitolo "Percorso assistenziale integrato". Lo ha stabilito la legge di bilancio 2022. Per tali interventi si potranno utilizzare fondi di varia provenienza. Franco Pesaresi né dà conto in modo puntuale in un articolo che pubblichiamo in due parti.

Il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 (PNNA) individua 4 Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone non autosufficienti. Il più ampio ed impegnativo di questi è relativo al "Percorso assistenziale integrato".

Giova rammentare che i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità. L'erogazione dei LEPS è pertanto **obbligatoria per tutti gli Ambiti territoriali sociali**.

In questo articolo vengono descritti i contenuti del LEPS di processo "Percorso assistenziale integrato" che è un LEPS strategico per il ruolo che svolge nel processo assistenziale. La sua realizzazione è infatti propedeutica al corretto funzionamento di ogni sistema assistenziale per le persone non autosufficienti. Infatti, attraverso la realizzazione del LEPS del "Percorso assistenziale integrato" una persona che richiede sostegno viene formalmente e sostanzialmente presa in carico nei PUA, nel quale una équipe multidimensionale individua l'insieme dei servizi e degli interventi da attivare, per affrontare concretamente la situazione specifica e definire il piano personalizzato da realizzare. Nel caso in cui tale valutazione sia già stata effettuata se ne richiede la riconsiderazione per assicurarne l'attualità.

Risulta del tutto evidente, quindi, che la realizzazione del LEPS del "Percorso assistenziale integrato" deve essere assicurato prioritariamente in quanto preparatorio e condizionante l'attivazione e la realizzazione personalizzata degli altri livelli essenziali individuati nel PNNA (relativi alle prestazioni) e deve essere letto in un'ottica di sistema.

Denominazione

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle seguenti macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali.

Contenuti del LEPS "Percorso assistenziale integrato"

Il Livello essenziale di processo "Percorso assistenziale integrato" si riferisce agli interventi normati dal comma 163 della legge n. 234/2021 (Legge di Bilancio 2022) che riguardano il percorso assistenziale integrato da attivare per le persone che presentano i bisogni complessi.

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle seguenti macrofasi:

1. Accesso;
2. prima valutazione;
3. valutazione multidimensionale;
4. elaborazione del piano assistenziale personalizzato;
5. monitoraggio degli esiti di salute.

In questa prima parte dell'articolo, vedremo le prime tre singole fasi, rimandando le ultime due alla seconda parte.

L'Accesso

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il sistema unitario di accesso è dotato di una funzione di back-office di ambito, che cura e garantisce il costante coordinamento tra la presa in carico della persona e le successive macrofasi del percorso assistenziale integrato.

Il **Punto Unico di Accesso (PUA)** rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Le funzioni del PUA:

1. Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
2. Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
3. Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
4. Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
5. Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'ATS.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici.
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali.

I comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali. Presso la Casa della Comunità, che si

configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Comunità, il PUA potrà essere ubicato presso altra sede territoriale del distretto sanitario o sociosanitario. Laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile definire più sedi PUA all'interno dello stesso distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità.

Equipe integrata di ambito. L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA.

Prima valutazione

La Prima valutazione è la funzione che costituisce la fase di valutazione preliminare dei bisogni espressi dalla persona e/o dal nucleo familiare, in cui sono garantite le attività che completano il quadro informativo necessario per la presa in carico e le attività di rilevazione dell'eventuale complessità dei bisogni emersi. In caso di bisogno semplice di natura sanitaria o sociale, è previsto l'invio verso le competenti strutture organizzative anche di tipo specialistico. In caso di bisogno complesso con aspetti di integrazione, è prevista l'attivazione delle competenti unità di valutazione multidimensionale.

La fase di prima valutazione è svolta in sinergia dalla COT e dal PUA in modo da far gestire alla COT i casi con bisogni non complessi di tipo sanitario e al back-office del PUA i casi con bisogni complessi sanitari e sociali. Le attività di valutazione preliminare costituiscono lo snodo essenziale che permette il coordinamento operativo con le strutture professionali delle Centrali Operative Territoriali (COT), mantenendo nel contempo lo svolgimento coerente, tempestivo e appropriato del percorso assistenziale per i casi complessi.

Valutazione multidimensionale

È la funzione che costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psicosociale della persona nei casi complessi e delle condizioni e delle effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

1. La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
2. La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMUVMDD o equipe integrata) formalmente riunita.

La valutazione multidimensionale è effettuata dalla unità valutativa Multidimensionale che esercita le seguenti funzioni

1. Effettua la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.
2. Elabora il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.
3. Individua l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.
4. Monitora e verifica i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto, è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta.
- Il medico di distretto.
- L'infermiere di comunità.
- L'assistente sociale dell'ATS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

Sull'intelligenza artificiale dice Noam Chomsky:

"La mente umana non è, come ChatGPT e i suoi simili, una macchina statistica e golosa 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. "

Noam Chomsky, New York Times - 8 marzo 2023

THE LANCET

Questo diario Riviste Pubblicare Clinico Salute globale Multimedia Eventi

CORRISPONDENZA | PRIMA IN LINEA

Disaggregazione dei dati e conseguenze indesiderate

E Tony Yang ✉ • Sawali Sudarshan

Pubblicato: 15 gennaio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01361-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01361-2)

La disaggregazione dei dati per categorie di minorizzazione può essere cruciale per scoprire le disparità sanitarie nascoste e indirizzare le risorse per affrontare i bisogni della comunità. Tuttavia, esistono potenziali conseguenze indesiderate della disaggregazione dei dati e i passaggi iniziali per raccogliere e distribuire tali dati dovrebbero essere intrapresi solo dopo aver considerato attentamente le modalità per mitigare questi rischi.

Ad esempio, la disaggregazione dei dati per popolazioni più piccole potrebbe comportare problemi di privacy. La stratificazione dei dati per razza, etnia e località in gruppi più piccoli potrebbe inavvertitamente rivelare l'identità degli intervistati, soprattutto per le popolazioni vulnerabili come i bambini. Inoltre, alcuni gruppi potrebbero trarre vantaggio da un'identità unificata, ma la disaggregazione potrebbe ridurre le dimensioni e il potere, riducendo potenzialmente la loro influenza politica.

Un'altra sfida sostanziale è il rischio di un'errata interpretazione dei dati, che potrebbe portare alla patologizzazione delle etnie. Classificare accuratamente gli individui pone anche difficoltà a causa delle incoerenze terminologiche, dell'evoluzione della percezione di razza, etnia e status e della dipendenza dai dati auto-riferiti. Nonostante queste sfide, risorse come quelle dell'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani offrono indicazioni sulle considerazioni politiche e sulle migliori pratiche di disaggregazione dei dati.

Queste risorse possono servire come punto di partenza per piani di implementazione su misura a livello locale e aiutare le giurisdizioni ad adattare i propri sistemi di governance dei dati. Applicando rigorose misure di protezione dei dati fin dall'inizio, interagendo con le comunità, adottando le migliori pratiche e utilizzando le risorse disponibili, i decisori possono lavorare per raggiungere l'equità nella salute e affrontare l'impatto del razzismo, della xenofobia e della discriminazione sulla salute dei bambini. Adottando un approccio proattivo e cauto, è possibile sfruttare la potenza della disaggregazione dei dati riducendo al minimo i potenziali danni.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01361-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01361-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

NOVITÀ | PRIMA IN LINEA

Attraversare la frontiera: il primo vertice globale sulla sicurezza dell'IA

Talha Burki

Accesso Libero • Pubblicato: 04 gennaio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(24\)00001-3](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(24)00001-3) •

Dall'1 al 2 novembre 2023, il Regno Unito ha ospitato il [primo vertice globale sulla sicurezza dell'intelligenza artificiale \(AI\)](#). Si tenne a Bletchley Park, la casa di campagna e tenuta nel sud dell'Inghilterra che ospitava la squadra che decifrò il codice Enigma.

Hanno partecipato circa 150 rappresentanti dei governi nazionali, dell'industria, del mondo accademico e della società civile, tra cui la vicepresidente degli Stati Uniti Kamala Harris, la presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen e alti dirigenti di importanti aziende tecnologiche.

L'attenzione si è concentrata sull'intelligenza artificiale di frontiera, definita dal governo britannico in una pubblicazione pubblicata prima del vertice come "modelli di intelligenza artificiale per scopi generali altamente capaci in grado di eseguire un'ampia varietà di compiti e di eguagliare o superare le capacità presenti nelle tecnologie più moderne" modelli avanzati". In altre parole, tecnologie all'avanguardia e oltre.

Il governo britannico ha citato due preoccupazioni principali: i rischi di abuso e i rischi di perdita di controllo. Un esempio estremo di uso improprio sarebbe se un sistema di intelligenza artificiale aiutasse nella costruzione di un'arma chimica o biologica.

Allo stato attuale, ci sono solo poche decine di persone in tutto il mondo che hanno le competenze per costruire un'arma chimica o biologica. L'intelligenza artificiale potrebbe abbassare le barriere all'ingresso per un individuo o un gruppo che cerca di fare qualcosa di distruttivo.

"Sappiamo quanto sia facile creare tossine candidate utilizzando l'intelligenza artificiale attuale", ha affermato Yoshua Bengio, professore presso il Dipartimento di informatica e ricerca operativa presso l'Università di Montreal (QC, Canada). "

Se si tratta di un batterio o di un virus, con il sistema di intelligenza artificiale che propone l'alterazione dei geni in modo da rendere qualcosa di più letale, potremmo ritrovarci in una situazione estremamente pericolosa".

Il gruppo di Bengio utilizza l'apprendimento automatico per la progettazione di farmaci e proteine.

Tale ricerca non è supervisionata da standard legali in Canada, né richiede una revisione etica.

Se un sistema di intelligenza artificiale con capacità di progettazione simili, ma senza adeguate precauzioni di sicurezza, finisse nelle mani sbagliate, potrebbero esserci gravi conseguenze. Inoltre, ciò che costituisce adeguate precauzioni di sicurezza deve ancora essere stabilito.

Un esempio di perdita di controllo potrebbe verificarsi se l'intelligenza artificiale spingesse una nazione in una direzione contraria ai suoi valori o suscettibile di causare disordini.

Se, ad esempio, una tecnologia comportasse l'obsolescenza di un gran numero di posti di lavoro, i paesi dovrebbero affrontare la prospettiva di una disoccupazione di massa e le conseguenze di ciò sulla coesione sociale, sulla salute e sul benessere.

La perdita di controllo potrebbe verificarsi anche nel caso in cui un sistema di intelligenza artificiale diventi autonomo e dia priorità ai propri obiettivi piuttosto che evitare danni agli esseri umani.

Nell'assistenza sanitaria, la perdita di controllo potrebbe verificarsi attraverso un sistema di intelligenza artificiale che usurpa l'autonomia del medico.

Anche se meno drammatiche, le perdite di controllo potrebbero comunque rappresentare un fastidio. Il malfunzionamento dei sistemi di intelligenza artificiale può essere costoso e richiedere molto tempo; ciò potrebbe portare a danni evitabili al paziente.

Il vertice è culminato con la pubblicazione della Dichiarazione di Bletchley, firmata da 28 paesi più l'UE.

La dichiarazione ha sottolineato l'urgenza del compito da svolgere, sia in termini di affrontare i rischi dell'IA di frontiera, sia di stabilire una risposta cooperativa a livello internazionale.

I partecipanti al vertice di Bletchley Park si sono impegnati a collaborare per testare i sistemi di intelligenza artificiale di frontiera contro vari potenziali danni, come quelli legati alla sicurezza nazionale. Hanno convenuto che i governi dovrebbero svolgere un ruolo importante nel garantire che i regimi di test di sicurezza siano adatti allo scopo.

È stato commissionato un rapporto sullo stato della scienza che sarà presieduto da Bengio. “Non forniremo raccomandazioni né proporremo regolamenti”, ha dichiarato a The Lancet Digital Health. “

L’idea è riassumere ciò che sappiamo sulle capacità e sui rischi di questi sistemi di intelligenza artificiale. Spetterà poi ai policy maker scegliere come bilanciare innovazione e sicurezza”.

Il rapporto valuterà le tendenze nell’intelligenza artificiale di frontiera, delinea i diversi tipi di danni e rischi e definirà le aree prioritarie di ricerca per migliorare la sicurezza dei sistemi di intelligenza artificiale e garantire che siano allineati con i valori umani e le norme sociali.

Il rapporto verrà aggiornato regolarmente e i suoi risultati verranno utilizzati per informare i futuri vertici sulla sicurezza dell’intelligenza artificiale, due dei quali sono stati programmati per il 2024.

Il vertice inaugurale sulla sicurezza ha segnato anche il lancio [dell’Artificial Intelligence Safety Institute del Regno Unito](#). “

La sua missione è ridurre al minimo le sorprese per il Regno Unito e l’umanità derivanti da progressi rapidi e inaspettati nell’intelligenza artificiale”, afferma il documento politico che introduce il nuovo istituto.

Effettuerà valutazioni dei sistemi di IA, valutando ad esempio se un attore maligno potrebbe facilmente trasformare il sistema in uno scopo dannoso, e investirà nella ricerca fondamentale sulla sicurezza dell’IA.

Saira Ghafur, responsabile della salute digitale presso l’Institute of Global Health Innovation dell’Imperial College di Londra, Regno Unito, ha accolto con favore il vertice. “

Ha aperto il dialogo e ha tracciato una via da seguire. C’è stata una buona affluenza, soprattutto per quanto riguarda le Big Tech, anche se sarebbe stato bello vedere qualche accademico in più e rappresentanti delle piccole imprese”, ha detto. Bengio ha aggiunto che il vertice ha un importante valore simbolico. “I governi non hanno molta larghezza di banda. Farli sedere nello stesso posto per due giorni per parlare di un argomento particolare attira l’attenzione”, ha detto.

Due giorni prima dell’evento di Bletchley Park, il presidente degli Stati Uniti Joe Biden ha emesso un ordine esecutivo sull’intelligenza artificiale sicura e affidabile.

Ha imposto agli sviluppatori dei più potenti sistemi di intelligenza artificiale di condividere dati vitali su questioni come la sicurezza con il governo degli Stati Uniti, ha ordinato lo sviluppo di standard per lo screening della sintesi biologica e ha sottolineato l’importanza di affrontare la discriminazione algoritmica.

Il Dipartimento dell’Energia e il Dipartimento per la Sicurezza Nazionale degli Stati Uniti sono stati incaricati di valutare le minacce poste dall’intelligenza artificiale alle infrastrutture critiche insieme ai rischi chimici, biologici, radiologici, nucleari e di sicurezza informatica.

Anche i piani per la regolamentazione dell’UE stanno progredendo. L’8 dicembre 2023 è stato finalizzato il testo della proposta di [legge europea sull’intelligenza artificiale](#). L’atto è sostenuto da un quadro basato sul rischio in livelli decrescenti: rischio inaccettabile, alto, limitato e minimo o nullo.

Le tecnologie di livello più alto verrebbero del tutto bandite; quelli ad alto rischio, come i sistemi che potrebbero mettere in pericolo vite umane o violare i diritti fondamentali, richiederebbero un’attenta supervisione.

Per i sistemi a rischio limitato o a rischio minimo, che costituiscono la stragrande maggioranza delle tecnologie di intelligenza artificiale attualmente in uso, le autorità di regolamentazione prenderebbero un tocco leggero. La legge sull’intelligenza artificiale prevede inoltre disposizioni in materia di trasparenza e requisiti di verifica.

Poiché l’intelligenza artificiale diventa sempre più sofisticata, sarà fondamentale che i ricercatori siano consapevoli delle possibili conseguenze nel caso in cui un attore maligno si impossessi del loro sistema o codice e sappiano come mitigare al meglio i rischi.

Bengio ha menzionato l’intrigante possibilità di istruire i produttori a fare in modo che i loro sistemi di intelligenza artificiale disimparano determinati schemi o informazioni. Ciò potrebbe essere particolarmente utile per rimediare a set di dati distorti, che violavano la privacy o altrimenti indirizzavano il sistema in una direzione indesiderata.

L’assistenza sanitaria è da tempo alle prese con il modo migliore per regolamentare l’intelligenza artificiale. Anna Studman e Mavis Machirori sono ricercatrici senior presso l’Ada Lovelace Institute, un centro di ricerca con sede a Londra che si concentra su dati e intelligenza artificiale. “

Nel Regno Unito, abbiamo diversi organismi di regolamentazione che hanno voce in capitolo su come vengono implementate le nuove tecnologie sanitarie. Abbiamo bisogno che si uniscano a tutti coloro che utilizzeranno effettivamente nuovi sistemi di intelligenza artificiale, o ne saranno influenzati, in modo da poter costruire un quadro che indichi come queste tecnologie dovrebbero e non dovrebbero essere utilizzate”, ha affermato Machirori. Sarebbe ingenuo, ha aggiunto, affidarsi alle garanzie dei produttori che i loro prodotti, ad esempio, non aggravano le disuguaglianze. “Big Tech ha interessi commerciali. Queste aziende non possono essere le uniche autorità a determinare cosa è buono, sicuro e dovrebbe continuare ad essere utilizzato”, ha affermato Machirori.

Studman ha sottolineato che gli enti regolatori dovranno disporre di risorse adeguate, data l'espansione del loro lavoro e l'importanza della sorveglianza post-marketing. Le responsabilità dovranno essere chiarite. Al momento, l'Agenzia britannica per la regolamentazione dei medicinali e dei prodotti sanitari (MHRA) si preoccupa principalmente della sicurezza, piuttosto che delle disuguaglianze. Le due questioni però non sono distinte. "La nostra ricerca suggerisce che le disuguaglianze possono portare a seri problemi di sicurezza", ha spiegato Studman. Il governo del Regno Unito ha commissionato [un'analisi indipendente sull'equità dei dispositivi medici](#), i cui risultati devono ancora essere pubblicati. Gli algoritmi utilizzati come dispositivi medici nel Regno Unito sono già regolamentati dall'MHRA. "Non vedrete gli ospedali lanciare dispositivi diagnostici non testati", ha detto Ghafur. "Ma ci sono domande sulle cose a basso rischio. La fornitura dei servizi migliorerà con l'introduzione di un particolare sistema di intelligenza artificiale? Si risparmierà denaro? Dobbiamo essere più bravi nel fare queste valutazioni e garantire che ci siano prove a sostegno di questi strumenti prima di un loro utilizzo più diffuso". Esiste anche il cosiddetto problema della scatola nera. Non è sempre possibile comprendere la base dei consigli forniti da un sistema di intelligenza artificiale, il che solleva questioni di responsabilità. "Se qualcosa va storto, di chi è la colpa?", ha chiesto Ghafur. "Ci sono molte questioni che devono essere affrontate, sia nella progettazione che nella regolamentazione dell'IA".

Bengio ha avvertito che il tipo di progressi nell'intelligenza artificiale che sembrano ancora fantascienza potrebbero diventare realtà molto prima di quanto ci aspettiamo. "Dobbiamo essere preparati, altrimenti potremmo scoprire che il ritmo del cambiamento è troppo veloce per essere affrontato. Ciò potrebbe portare a un'enorme instabilità", ha concluso. Il vertice di Bletchley Park è stato il primo passo di quello che sarà un processo di collaborazione continuo volto a garantire che tale instabilità non si verifichi.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(24\)00001-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(24)00001-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

Intelligenza Artificiale LMM. Dall'Oms la nuova linea guida per gestire i benefici e difendersi dai rischi in ambito sanitario

Ester Malago.

Oltre 40 le raccomandazioni che devono essere prese in considerazione da Governi, aziende tecnologiche e fornitori di assistenza sanitaria per garantire l'uso appropriato dei modelli multimodali di grandi dimensioni (LMM), tecnologia di intelligenza artificiale generativa in rapida crescita su piattaforme come ChatGPT, Bard e Bert. Gli obiettivi sono promuovere e proteggere la salute delle popolazioni

18 GEN -

L'intelligenza artificiale corre veloce, anzi velocissima. A spadroneggiare sempre di più sono i modelli multimodali di grandi dimensioni (LMM), un tipo di tecnologia di IA che tiene ormai banco su diverse piattaforme, come ChatGPT, Bard e Bert, e con applicazioni nell'assistenza sanitaria, nella ricerca scientifica, nella salute pubblica e nello sviluppo di farmaci.

Ma tra i possibili benefici per la salute delle nuove tecnologie, ci sono anche tanti rischi in agguato. Si va dalla produzione di affermazioni false, imprecise, tendenziose o incomplete, che potrebbero danneggiare le persone che utilizzano le informazioni per prendere decisioni sulla salute, fino al rischio che vengano impropriamente delegate a un LMM scelte difficili sulla salute delle persone.

Inoltre, come altre forme di IA, prestano anche il fianco ai rischi di cybersecurity che potrebbero mettere a repentaglio le informazioni dei pazienti o l'affidabilità degli algoritmi (possono essere "addestrati" su dati di scarsa qualità o distorti, sia per razza, sesso, identità di genere o età) e più in generale, l'erogazione di assistenza sanitaria.

Ecco quindi che dall'Organizzazione Mondiale della Sanità arrivano nuove coordinate per "navigare" con "intelligenza".

È stata presentata oggi in conferenza stampa la [Nuova guida sull'etica e la governance dei modelli multimodali di grandi dimensioni dell'IA](#).

Sono oltre 40 le raccomandazioni che devono essere prese in considerazione da Governi, aziende tecnologiche e fornitori di assistenza sanitaria per garantire l'uso appropriato dei LMM. In ballo c'è la necessità di promuovere e proteggere la salute delle popolazioni.

I LMM, spiega una nota dell'Oms, possono accettare uno o più tipi di dati in ingresso, come testi, video e immagini, e generare diversi output non limitati al tipo di dati immessi. Sono unici per la loro capacità di imitare la comunicazione umana e di svolgere compiti per i quali non sono stati esplicitamente programmati. Sono poi stati adottati più rapidamente di qualsiasi altra applicazione consumer nella storia, con diverse piattaforme, come appunto ChatGPT, Bard e Bert.

“Le tecnologie di intelligenza artificiale generativa hanno il potenziale per migliorare l’assistenza sanitaria, ma solo se coloro che sviluppano, regolano e utilizzano queste tecnologie identificano e tengono pienamente conto dei rischi associati – ha dichiarato il dottor **Jeremy Farrar**, Chief Scientist dell’Oms – abbiamo bisogno di informazioni e politiche trasparenti per gestire la progettazione, lo sviluppo e l’uso dei LMM, al fine di ottenere risultati sanitari migliori e superare le persistenti disuguaglianze sanitarie”.

Potenziali benefici e rischi

La nuova Linea guida dell’Oms delinea cinque aree di applicazioni dei LMM nell’ambito della salute:

- Diagnosi e assistenza clinica, ad esempio rispondendo alle domande scritte dei pazienti;
- Uso guidato dal paziente, ad esempio per indagare sui sintomi e sul trattamento;
- Compiti amministrativi, come la documentazione e il riepilogo delle visite dei pazienti all’interno delle cartelle cliniche elettroniche;
- Formazione medica e infermieristica, compresa l’offerta ai tirocinanti di incontri simulati con i pazienti;
- Ricerca scientifica e sviluppo di farmaci, anche per identificare nuovi composti.

Insomma, un campo di applicazione vastissimo. Che nasconde pro e contro: se da un lato i LMM iniziano a essere utilizzati per scopi specifici legati alla salute, dall’altro avverte l’Oms è documentato il rischio di produrre affermazioni false, imprecise, tendenziose o incomplete, che potrebbero danneggiare le persone che utilizzano tali informazioni per prendere decisioni sulla salute. Inoltre, i LMM possono essere addestrati su dati di scarsa qualità o distorti, sia per razza, etnia, ascendenza, sesso, identità di genere o età.

La guida descrive anche rischi più ampi per i sistemi sanitari, come l’accessibilità e l’economicità dei LMM più performanti. Gli LMM, ammonisce Oms, possono anche incoraggiare “pregiudizi di automazione” da parte degli operatori sanitari e dei pazienti, in quanto vengono trascurati errori che altrimenti sarebbero stati identificati o vengono impropriamente delegate a un LMM scelte difficili.

I LMM, come altre forme di IA, come abbiamo visto, sono poi anche vulnerabili ai rischi di cybersecurity che potrebbero mettere a repentaglio le informazioni dei pazienti o l’affidabilità di questi algoritmi e, più in generale, la fornitura di assistenza sanitaria.

Coinvolgere governi, aziende tecnologiche, fornitori di servizi sanitari, pazienti e società civile.

Per creare LMM sicuri ed efficaci, l’Oms sottolinea la necessità di coinvolgere diverse parti interessate: governi, aziende tecnologiche, fornitori di servizi sanitari, pazienti e società civile, in tutte le fasi dello sviluppo e dell’impiego di tali tecnologie, comprese la loro supervisione e regolamentazione.

“I governi di tutti i Paesi devono collaborare per regolamentare in modo efficace lo sviluppo e l’uso delle tecnologie di intelligenza artificiale, come i LMM”, ha dichiarato il dott. **Alain Labrique**, direttore dell’Oms per la salute digitale e l’innovazione nella divisione scientifica.

Le Raccomandazioni chiave ai Governi

La nuova guida dell’Oms contiene quindi raccomandazioni per i governi, che hanno la responsabilità primaria di definire gli standard per lo sviluppo e la diffusione dei LMM, nonché per la loro integrazione e il loro utilizzo per scopi medici e di salute pubblica.

I governi dovrebbero;

- Investire o fornire infrastrutture pubbliche o senza scopo di lucro, tra cui potenza di calcolo e set di dati pubblici, accessibili agli sviluppatori del settore pubblico, privato e non profit, che richiedano agli utenti di aderire a principi e valori etici in cambio dell’accesso.

- Utilizzare leggi, politiche e regolamenti per garantire che i LMM e le applicazioni utilizzate nell’assistenza sanitaria e nella medicina, a prescindere dal rischio o dal beneficio associato alla tecnologia di IA, rispettino gli obblighi etici e gli standard dei diritti umani che riguardano, ad esempio, la dignità, l’autonomia o la privacy di una persona.

- Assegnare a un’agenzia di regolamentazione, esistente o nuova, il compito di valutare e approvare i LMM e le applicazioni destinate all’assistenza sanitaria o alla medicina, in base alle risorse disponibili.

- Introdurre verifiche e valutazioni d’impatto obbligatorie dopo il rilascio, anche per quanto riguarda la protezione dei dati e i diritti umani, da parte di terzi indipendenti quando un LMM viene utilizzato su larga scala. Le valutazioni di audit e di impatto dovrebbero essere pubblicate e dovrebbero includere risultati e impatti disaggregati per tipo di utente, ad esempio per età, razza o disabilità.

Non solo, la guida include anche le raccomandazioni chiave per gli sviluppatori di LMM, che dovrebbero garantire che:

- I LMM non sono progettati solo da scienziati e ingegneri. I potenziali utenti e tutte le parti interessate dirette e indirette, compresi i fornitori di servizi medici, i ricercatori scientifici, gli operatori sanitari e i pazienti, dovrebbero essere coinvolti fin dalle prime fasi dello sviluppo dell'IA in una progettazione strutturata, inclusiva e trasparente e avere l'opportunità di sollevare questioni etiche, esprimere preoccupazioni e fornire input per l'applicazione di IA in esame.

- I LMM sono progettati per svolgere compiti ben definiti con l'accuratezza e l'affidabilità necessarie per migliorare la capacità dei sistemi sanitari e promuovere gli interessi dei pazienti. Gli sviluppatori dovrebbero infine anche essere in grado di prevedere e comprendere i potenziali esiti secondari.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119560

quotidianosanita.it

Riflessioni sull'Intelligenza Artificiale, quale impatto

Giovanni D'Angelo, Presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Salerno

Nel 2024 l'impegno in sanità sarà prevalente e determinante per decidere nei fatti, quale indirizzo vorrà dare il Governo: conservare una gestione pubblica del Sistema sanitario, seguendo le linee di rinnovamento imposte proprio dalla IA, vista come strumento e ragione irrinunciabile per una rivisitazione della strategia gestionale in sanità e modello culturale obbligatorio per rispondere ad una visione on the way, indispensabile per rimanere nell'ambito della Comunità Europea

15 GEN -

Il grande avanzamento in campo diagnostico, che può determinare la I.A., è il suo impiego nella diagnostica e nella predittività. La radiologia, nelle sue diverse modalità diagnostiche, oggi è in grado, con la partecipazione attiva dell'utilizzatore, di fornire diagnosi di immagini sempre più precise sulla base dei Big Data e degli algoritmi di funzionamento della macchina radiologica, sia essa una semplice radiologia digitale o una TAC o una RMN o altro.

Questi lusinghieri risultati provengono da numerose ricerche scientifiche di confronto tra diagnosi umana e diagnosi con tecnica che utilizza la I.A. Ovviamente, come è intuitivamente comprensibile, tutto ciò dipende dalla bontà dei dati di base e dalla capacità di analisi dell'algoritmo.

Ma anche nella diagnostica ecocardiografica l'I.A. può velocizzare e rendere più preciso il risultato, potendo velocizzare l'apprendimento dei dati relativi alle misurazioni anatomiche e velocimetriche (Doppler), nonché quelle relative alla deformabilità del miocardio (streaming) mediante l'impiego di algoritmi della I.A. con conseguente riduzione della variabilità da operatore. Inoltre è possibile con macchine provviste di I.A. che utilizzano algoritmi del tipo machine learning, rielaborare le immagini così da migliorarne la qualità.

In definitiva la I.A. è un supporto prezioso per l'operatore in ecocardiografia, perché velocizza la effettuazione dell'esame e ne migliora il risultato.

La Cardiologia universitaria dell'ospedale Molinette della Città della Salute di Torino ha pubblicato alla fine del 2023 uno studio innovativo, utilizzando la I.A., per prevedere il rischio di una prognosi negativa nella cardiomiopatia da stress acuto, detta "Sindrome del cuore infranto" o Sindrome di Tako-tsubo. Questa colpisce soprattutto le donne ed è tipicamente scatenata da uno stress emotivo, con possibile "restitutio in integrum" ma in altri casi è associata a eventi avversi, compresa la mortalità anche a breve termine, con aspetti simili alla malattia infartuale.

Lo studio, pubblicato sulla rivista internazionale European Journal of Heart Failure, ha utilizzato un modello di I.A., basato sul machine learning, per prevedere il rischio di prognosi negativa nei pazienti affetti da questa patologia. Il modello così ottenuto ha una precisione molto elevata sulla predizione della prognosi, dimostrandosi prezioso nella gestione dei pazienti con Sindrome di Tako-tsubo

La grande affidabilità del sistema ha indotto quindi a produrre un calcolatore portatile per medici, con il quale il rischio nel paziente con questa Sindrome, viene classificato dall'algoritmo "in tre categorie Alto, Medio e Basso", favorendo la gestione clinica del paziente e la valutazione prognostica.

Ma le possibilità della I.A., mediante particolari tecniche, ci riportano alle immagini contenute nella serie Star Trek, anticipative di quel che oggi possiamo prudentemente utilizzare, Il Metaverso, un mondo generato dal computer dove noi, usando appositi dispositivi, possiamo andare con il nostro corpo "virtuale" (un avatar) ed effettuare operazioni di vario genere.

E' il cd Digital Twin del progetto Q Bio Gemini. Questa tecnologia verrà sempre più utilizzata in ambito sanitario in diversi campi: chirurgia; diagnostica per immagini; riabilitazione, terapia del dolore; trattamento di ansie, fobie e stress, formazione medica; può aiutare i bambini a camminare, può liberare da fobie ecc. Nel 2023 la FDA americana ha approvato l'impiego di un certo numero di dispositivi in medicina.

Ovviamente siamo ancora in una fase iniziale di applicazione della I.A. in pratiche mediche, in quanto occorre superare gli aspetti regolatori; infatti i sistemi regolatori non intendono considerare gli algoritmi come una "scatola nera", dalla quale escono le diagnosi, senza conoscere quale è il processo che porta alla diagnosi. Sarà fondamentale per il medico la cd Explainability (ossia la spiegabilità dell'algoritmo If this than That). Quindi sistemi aperti, verificabili; perché solamente così è chiaro chi determina il risultato.

Una forma particolare di applicazione della I.A. è quella che prevede accanto al paziente un modello digitale in copia, un gemello creato con tutti i dati presenti nell'umano. In questo modo si potranno testare terapie, tecniche chirurgiche, ecc. per selezionare le migliori da applicare sul gemello umano, evitando complicanze e con possibilità di un risultato efficace e di un risparmio economico.

Altro settore di utilizzo delle tecniche di I.A. si ritrovano nel campo preventivo. *Ne cito solamente due: oggi dalla lettura di numerosissimi casi di fibrillazione atriale (F.A.), attraverso l'applicazione machine learning ci si può avvicinare alla predittività degli effetti di questa malattia; ovviamente accanto alla lettura ECG verrà riportata una serie di altri dati clinici, che sono importanti nel determinismo dei possibili eventi successivi, ad esempio ictus; utilizzando questo processore, la IA può predire la comparsa di ictus in una persona portatore di questa problematica aritmologica, cinque anni prima che si manifesti, con sufficiente affidabilità.*

Lo stesso metodo (algoritmo) è stato applicato a casi di ischemia cardiaca. *Studi recenti hanno dimostrato che l'utilizzo di modelli di deep learning raggiungono una buona accuratezza nella diagnosi di infarto, riducendo così i tempi di intervento e di trasporto in Emodinamica, dove altri algoritmi possono aiutare a prevedere la sede di impianto di stent e i risultati a breve e lungo termine delle procedure, con la proposta dei materiali da utilizzare. L'IA inoltre può essere utilizzata per l'addestramento e la formazione dei cardiologi interventisti.*

Vorrei chiudere questa ampia ma non esaustiva pagina sull'impiego della I.A. sottolineando il recente ultimo prestigioso atto da parte della Comunità Europea, *partendo dalla direttiva AI Act, che ha approvato l'11 Dicembre 2023, dopo tre giorni di negoziato tra Parlamento, Commissione Europea e Consiglio Europeo, il primo decreto al mondo sull'intelligenza artificiale, applicabile direttamente negli Stati membri ma che non entrerà in vigore prima dei due anni. Infatti ci saranno 24 mesi di tempo per la piena attuazione delle sue funzioni, ma solamente sei per proibire gli usi vietati.*

Da quanto fin qui scritto, ne discende che nel 2024 con proseguimento nel 2025, l'impegno in Sanità sarà prevalente e determinante per decidere nei fatti, quale indirizzo vorrà dare il Governo: conservare una gestione pubblica del Sistema Sanitario, seguendo le linee di rinnovamento imposte proprio dalla I.A., vista come strumento e ragione irrinunciabile per una rivisitazione della strategia gestionale in sanità e modello culturale obbligatorio per rispondere ad una visione on the way, indispensabile per rimanere nell'ambito della Comunità Europea e degli Stati componenti il G7.

Per realizzare questo obiettivo, chi ha il timone nelle sue mani, dopo gli sforzi economici e legislativi in ambito sanitario messi in atto, non può meravigliarsi della perdurante insoddisfazione degli operatori sanitari, perché lungo e difficile è ancora il cammino da fare e numerose sono ancora le aspettative di tutti, utenti e operatori, per una Sanità, che rispetti la costituzione.

Bisogna innanzitutto recuperare la fiducia dei tanti così detti "eroi" di un tempo non lontano, non solamente sul piano dei livelli economici ma soprattutto sul piano della certezza del futuro, che primariamente è legata alla stabilità e qualità dell'impegno professionale, alla possibilità di aumentare le risorse per la ricerca, dalla quale il paese uscirà fortificato economicamente ma soprattutto con l'orgoglio di non dover più vedere l'emigrazione dei nostri figli ma forse mirare ad un rientro delle nostre menti e ad un ingresso di stranieri attratti dalle nostre indubbie capacità, oggi più che mai.

E il futuro della medicina in Italia si gioca anche sul cambiamento del sistema formativo, come iter universitario e come formazione post-laurea, introducendo sempre più estensivamente il principio di affiancamento della pratica alla teoria, perché sia rapida e qualificata la crescita del personale sanitario, la cui mancanza oggi è il principale ostacolo anche alla innovazione e alla crescita della qualità nella risposta al bisogno di salute.

Vorrei aprire i nostri cuori alla speranza di una rinascita della nostra sanità, innanzitutto come risposta ai principi presenti nella carta istituzionale e come impegno nei confronti dei pazienti e di tutti coloro, che da tempo si stanno impegnando, oltre i limiti suggeriti dai contratti di lavoro. Per saltare il fosso è improcrastinabile recuperare la capacità di programmazione sanitaria a tutti i livelli, statali, regionali, aziendali, inter-aziendali.

Una sanità di qualità ed economicamente sostenibile è il presupposto per la crescita del PIL nel Paese e quindi per la salvaguardia del benessere e della vivibilità della nostra gente.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119312

Panoramica del mercato della consulenza informatica sanitaria

Si prevede che il mercato della consulenza IT sanitaria crescerà a un CAGR del 17.5% dal 2022 al 2029. Si prevede che supererà i 124.62 USD. miliardi entro il 2029 da USD 29.19 miliardi nel 2020.

La consulenza informatica sanitaria si riferisce alla pratica di condividere esperienze tecniche, consultare e aiutare gli istituti e le organizzazioni sanitarie a prendere decisioni tecnologiche e a implementare la tecnologia. L'obiettivo della consulenza informatica sanitaria è assistere le aziende nella crescita e nel miglioramento delle proprie operazioni sanitarie attraverso l'uso di varie tecnologie.

Poiché i processi sanitari sono delicati, è fondamentale ottenere una consulenza professionale prima di apportare modifiche importanti. Ricevere una consulenza informatica sanitaria di alta qualità può fare miracoli per un'azienda.

La crescita esponenziale dell'utilizzo del digitale è un enorme fattore dirompente che sta guidando il mercato. Di conseguenza, le aziende sanitarie devono prepararsi a gestire con successo l'esperienza del consumatore.

Le innovazioni dell'IT nel settore sanitario sono cruciali per soddisfare le fondamentali esigenze di trasformazione aziendale in termini di adattabilità e sostegno del mercato nell'era digitale del settore.

Mentre le aziende sanitarie devono affrontare problemi quali l'aumento dei costi sanitari, il consolidamento del settore e la conformità normativa, si stanno anche preparando a sfruttare le tecnologie di nuova generazione come l'automazione, l'intelligenza artificiale, l'analisi e l'esperienza digitale.

Le organizzazioni possono promuovere lo sviluppo lungo tutta la catena del valore utilizzando strategie aziendali innovative basate sulla tecnologia.

ATTRIBUTO	DETTAGLI
Periodo di studio	2020-2029
Anno di riferimento	2021
Anno stimato	2022
Anno previsto	2022-2029
Periodo storico	2018-2020
Unità	Valore (miliardi di dollari)
Segmentazione	Per tipo di consulenza, per utente finale, per regione
Per tipologia di consulenza	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi e sviluppo di applicazioni sanitarie • Strategia HCIT e gestione del programma • Integrazione e migrazione HCIT • Gestione del cambiamento HCIT • Altri
Per utente finale	<ul style="list-style-type: none"> • Ospedali e centri di assistenza ambulatoriali • Centri di diagnostica e imaging • Pagatori pubblici e privati • Altri utenti finali
Per regione	<ul style="list-style-type: none"> • America del Nord • Asia Pacific • Europa • Sud America • Medio Oriente Asia e Africa

*La crescita della prevalenza del cancro e delle malattie croniche è uno dei motivi principali che guidano la crescita del mercato della consulenza IT sanitaria. Aumento della popolazione geriatrica, maggiore ricorso alla digitalizzazione **informatica sanitaria** sistemi sanitari, aumento della spesa pubblica e del settore privato per migliorare il coordinamento dell'assistenza ai pazienti e le operazioni commerciali. Si prevede che la crescente digitalizzazione nel settore sanitario favorirà la crescita futura del settore della consulenza IT sanitaria.*

A causa del crescente utilizzo della digitalizzazione nel settore sanitario, come l'analisi e i servizi cloud, gli operatori sanitari richiedono servizi di consulenza IT sanitaria per comprendere e accedere alle soluzioni digitali.

Si prevede che nei prossimi anni la frequenza dei tumori e delle malattie croniche aumenterà. Inoltre, si registra un aumento della popolazione anziana, un aumento dell'accettazione della digitalizzazione nelle soluzioni IT sanitarie e un aumento della spesa pubblica e del settore privato nel supporto o nelle infrastrutture delle soluzioni IT sanitarie.

Inoltre, la maggiore preferenza per le soluzioni HCIT durante la pandemia di COVID-19, la presenza di grandi ospedali che necessitano di reti sanitarie integrate, la presenza di importanti attori che forniscono servizi di consulenza sanitaria e l'elevato tasso di adozione di questi servizi da parte delle organizzazioni sanitarie per migliorare il paziente il coordinamento dell'assistenza e le operazioni aziendali tra i sistemi sanitari sono alcuni dei fattori chiave che guidano la crescita del mercato della consulenza IT sanitaria. Si prevede che il mercato dei servizi di consulenza informatica nel campo dell'informatica sanitaria crescerà, ma si prevede un aumento delle preoccupazioni sulla privacy dei dati e sul cambiamento tecnologico.

Sincronizzare l'infrastruttura IT di queste aziende è un compito molto difficile dato l'aumento delle fusioni e acquisizioni nel settore sanitario negli ultimi anni.

La sincronizzazione e la migrazione dei dati sono compiti impegnativi da svolgere per gli specialisti e ciò rappresenta un ostacolo significativo all'espansione del mercato.

Tutti i vecchi sistemi devono essere modificati quando vengono utilizzati con sistemi incompatibili, il che è un'operazione costosa e dispendiosa in termini di tempo. Inoltre, la carenza di professionisti IT qualificati nel settore sanitario potrebbe rappresentare un problema per l'espansione del mercato.

Si prevede che l'emergere di servizi di consulenza IT sanitaria nei paesi a basso reddito e in via di sviluppo che non hanno accesso all'assistenza sanitaria di base, nonché l'impennata dei progressi tecnologici nel campo degli smartphone e della connettività Internet, accelereranno la crescita del mercato nei prossimi anni e creeranno un'attività redditizia. opportunità nel mercato della consulenza informatica sanitaria.



La pandemia globale di COVID-19 ha avuto un impatto su diversi settori. I governi di tutto il mondo hanno implementato rigide linee guida di blocco e norme di segregazione sociale per rallentare la rapida diffusione della pandemia.

L'epidemia di Covid-19 e la necessaria serrata continuano ad avere ripercussioni negative sul settore sanitario. Il Covid-19, oltre ad avere un impatto sui territori locali, ha avuto esiti disastrosi per le principali economie internazionali, in particolare per il settore sanitario.

Si prevede che il COVID-19 avrà implicazioni sostanziali a lungo termine sul settore sanitario. Partecipanti e nazioni importanti dovranno apportare modifiche critiche all'assistenza sanitaria fino a quando il problema non sarà risolto.

Nel perdurare della pandemia, la telemedicina e la salute digitale hanno assunto un ruolo centrale. Il COVID-19 ha messo ancora una volta in risalto la diagnosi, la cura e la consultazione a distanza.

Mercato della consulenza informatica sanitaria | Consulenza sull'esattezza

Analisi del segmento di mercato della consulenza informatica sanitaria

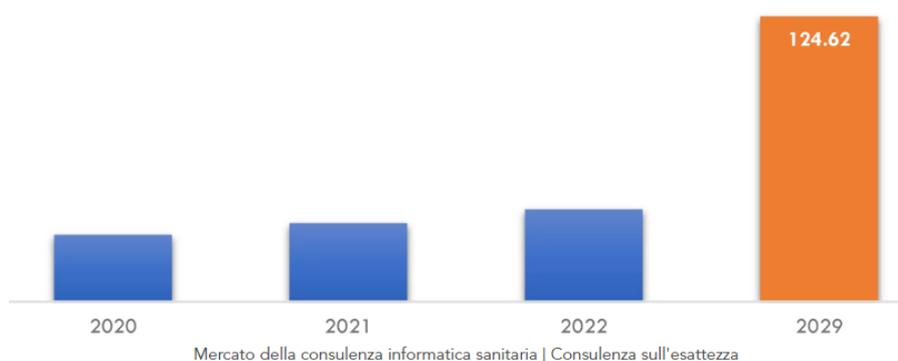
Il mercato della consulenza IT sanitaria è segmentato in base al tipo di consulenza, all'utente finale e alla regione, alle tendenze globali e alle previsioni.

In base al tipo di consulenza, il mercato è segmentato in analisi e sviluppo di applicazioni sanitarie, strategia HCIT e gestione dei programmi, integrazione e migrazione HCIT, gestione delle modifiche HCIT, altri; per utente finale il mercato è segmentato in ospedali e centri di assistenza ambulatoriale, centri di diagnostica e imaging, contribuenti pubblici e privati, altri utenti finali; e regione.

In base al tipo di consulenza, il segmento delle applicazioni e dello sviluppo sanitario ha detenuto la quota maggiore nel 2021. Il fatto che l'analisi e lo sviluppo di applicazioni IT costituiscano la maggior parte di tutti i progetti di implementazione di soluzioni IT spiega la posizione dominante di questo mercato. Ogni istituzione sanitaria ha esigenze uniche che richiedono un'attenta pianificazione, creazione e utilizzo di soluzioni specializzate.

A causa della crescente tendenza alla digitalizzazione nel settore sanitario e all'aumento della domanda di soluzioni di cure preventive, si prevede che la strategia HCIT e il segmento di gestione dei programmi cresceranno a un ritmo significativo durante il periodo di previsione. Questi sono i principali fattori che guideranno la crescita delle dimensioni del mercato della consulenza IT sanitaria nei prossimi anni.

Healthcare IT Consulting Market, 2020-2029, in USD Billion



Ospedali e centri di assistenza ambulatoriale dominano il mercato della consulenza IT sanitaria in base agli utenti finali. L'amministrazione dell'infrastruttura IT, i servizi di sicurezza IT, la pianificazione delle risorse, i servizi di supporto, il mobile computing e le soluzioni basate su cloud vengono tutti digitalizzati dagli ospedali e dalle strutture di assistenza ambulatoriali. L'uso di operazioni agili e scalabili ha portato a maggiori entrate per gli operatori sanitari. Con l'aiuto della consulenza informatica ospedaliera è possibile creare un flusso di informazioni più ampio e fluido all'interno dell'infrastruttura sanitaria digitale.

La pressione sugli operatori sanitari aumenta man mano che si passa dall'assistenza a pagamento (FFS) all'assistenza basata sul valore. Di conseguenza, si prevede che il settore degli ospedali e delle strutture ambulatoriali dominerà il mercato nel periodo di proiezione.

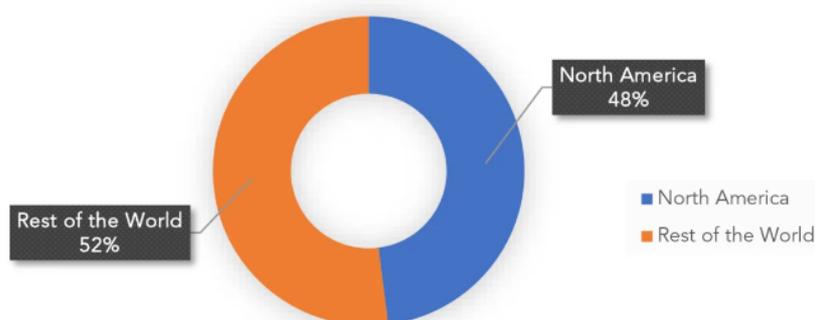
Principali attori del mercato Consulenza IT sanitaria

I principali attori del mercato Consulenza IT sanitaria includono **Accenture SpA**, **Allscripts Healthcare Solutions Inc**, **Cerner Corporation**, **Cognizant**, **Deloitte Touche Tohmatsu Limited**, **IBM Corporation**, **Tata Consultancy Services**, **General Electric Company**, **Epic Systems Corporation**, **Siemens Healthineers AG**, **Microsoft Corporation**, **Wipro Limited** e **Infosys Limited** e altri.

31 gennaio 2023: Accenture e UKG, fornitore leader di soluzioni per le risorse umane, le buste paga e la gestione della forza lavoro per tutte le persone, collabora con Ardent Health Services per migliorare la visibilità e l'agilità della forza lavoro nella sua rete di 30 ospedali e 200 centri di assistenza.

29 novembre 2022: Siemens Healthineers e Atrium Health, un importante fornitore di servizi sanitari senza scopo di lucro noto per i suoi programmi pediatrici, oncologici e di assistenza cardiaca di alto livello, ha annunciato un accordo pluriennale di Value Partnership1.

Healthcare IT Consulting Market, by Region, 2021



Mercato della consulenza informatica sanitaria | Consulenza sull'esattezza

Chi dovrebbe comprare? O le principali parti interessate

- Settore sanitario
- Fornitore di servizi
- Ricerca e sviluppo
- Aziende informatiche e di telecomunicazioni
- Aziende sanitarie.
- Ospedali, cliniche.
- Autorità di regolamentazione
- Altri

Analisi regionale del mercato della consulenza IT sanitaria

Il mercato della consulenza IT sanitaria per regione comprende Nord America, Asia-Pacifico (APAC), Europa, Sud America e Medio Oriente e Africa (MEA).

- Nord America: include Stati Uniti, Canada, Messico
- Asia Pacifico: include Cina, Giappone, Corea del Sud, India, Australia e resto dell'APAC
- Europa: include Regno Unito, Germania, Francia, Italia, Spagna e resto d'Europa

- Sud America: include Brasile, Argentina e resto del Sud America
- Medio Oriente e Africa: include Emirati Arabi Uniti, Sud Africa e resto del MEA

Il Nord America domina il mercato della consulenza IT sanitaria. La crescente dipendenza degli operatori sanitari dalle società di consulenza sanitaria informatica è attribuita ai cambiamenti nelle normative e ai cambiamenti nei pagamenti di Medicare.

La presenza di attori chiave che offrono servizi di consulenza sanitaria a grandi ospedali che necessitano di reti sanitarie integrate e l'elevato tasso di adozione di questi servizi da parte delle organizzazioni sanitarie per migliorare l'assistenza ai pazienti e le operazioni commerciali nei sistemi sanitari sono alcuni dei principali fattori che influenzano la crescente preferenza per Soluzioni HCIT. Gli operatori sanitari stanno aumentando i ricavi e migliorando l'esperienza dei pazienti con l'aiuto di approcci all'avanguardia come analisi, sicurezza dei dati, sistemi, ecc. Ciò probabilmente aiuterà la crescita del mercato nordamericano della consulenza IT sanitaria. Nel 2021, l'Asia-Pacifico è stata il secondo maggior contributore al settore della consulenza IT sanitaria e si prevede che crescerà al ritmo più rapido durante il periodo di previsione. La necessità di assistenza ai pazienti e di dispositivi software di monitoraggio, combinata con nazioni altamente popolate con alti tassi di natalità e un'elevata prevalenza di malattie croniche, sono tutti fattori che contribuiscono all'espansione del mercato nella regione Asia-Pacifico. Inoltre, si prevede che la crescente consapevolezza dei pazienti e l'esistenza di importanti bisogni non soddisfatti in questi paesi, in particolare in Cina e India, contribuiranno all'espansione del mercato.

Mercato della consulenza informatica sanitaria | Consulenza sull'esattezza

[Segmenti di mercato chiave: mercato della consulenza IT sanitaria](#)

Mercato della consulenza IT sanitaria per tipo di consulenza, 2020-2029, (miliardi di dollari)

- Analisi e sviluppo di applicazioni sanitarie
- Strategia HCIT e gestione del programma
- Integrazione e migrazione HCIT
- Gestione del cambiamento HCIT
- Altri

Mercato della consulenza IT sanitaria per utente finale, 2020-2029, (miliardi di dollari)

- Ospedali e centri di cura ambulatoriali
- Centri diagnostici e per immagini
- Pagatori pubblici e privati
- Altri utenti finali

Mercato della consulenza IT sanitaria per regione, 2020-2029, (miliardi di dollari)

- America del Nord
- Asia Pacific
- Europa
- Sud America
- Medio Oriente e Africa

Sono coperti i paesi più importanti di tutte le regioni.

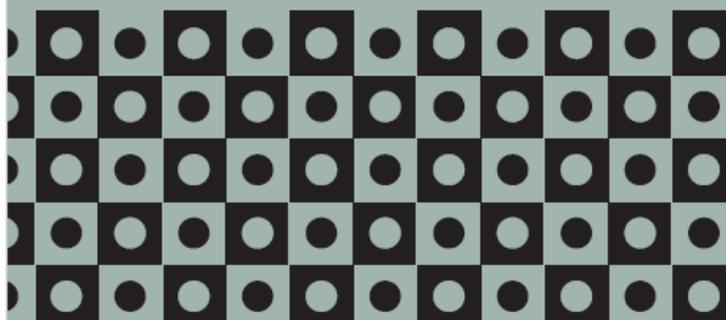
<https://exactitudeconsultancy.com/it/reports/14736/healthcare-it-consulting-market/>

Verso differenti sistemi sanitari regionali

a cura di
Giovanni Bertin, Costantino Cipolla



Edizioni
Ca' Foscari



7	Introduzione
11	Il ruolo di AGENAS nella riflessione sui processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle Regioni italiane FULVIO MOIRANO, ANGELA ANGELASTRO, GIOVANNI CARACCI
25	I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione GIOVANNI BERTIN
52	Elementi di complessità e criticità della governance regionale MICHELE MARZULLI
78	Attori e processi di governance nelle aziende sanitarie ELENA MENEGAZZI
118	Le forme organizzative dei distretti nella sanità territoriale CARMINE CLEMENTE
165	Le cure primarie: organizzazione, erogazione, attori ALBERTO ARDISSONE, FAUSTA MARTINO
204	L'associazionismo medico come leva di cambiamento per le cure primarie ALESSIA BERTOLAZZI
234	Le ICT e la medicina territoriale. Spunti di riflessione a partire da alcune esperienze regionali NICOLETTA PAVESI
259	La centralità del territorio: i nodi del cambiamento GIOVANNI BERTIN, COSTANTINO CIPOLLA
270	Abstracts



Ricchezza, in Italia la metà è in mano al 5% delle famiglie: i dati Bankitalia **Andrea Rinaldi**

Siamo sotto la media europea per concentrazione di ricchezza, ma il 5% delle famiglie italiane più abbienti possiede circa il 46% della ricchezza netta totale contro il 50% più povero che può contare su meno dell'8%.

*Un dato sconcertante, riportato dalle nuove statistiche sperimentali trimestrali sui conti distributivi della ricchezza delle famiglie italiane pubblicate dalla **Banca d'Italia**, in contemporanea con l'uscita dei dati sull'area euro prodotti dalla Banca Centrale Europea.*

Da sottolineare che l'analisi non considera le fortune accumulate da evasori.

Nel confronto con gli altri tre maggiori paesi dell'area dell'euro (Francia, Germania e Spagna) e con il complesso di quest'ultima, il rilevante calo della ricchezza netta mediana negli anni successivi alla crisi dei debiti sovrani (2010-2016) e il suo mancato recupero nel periodo successivo rappresentano una peculiarità italiana (2017-2022).

In Francia, per esempio, nel periodo di analisi la ricchezza mediana ha superato ampiamente quella dell'Italia, mentre in Germania la sua crescita ha ridotto da circa 140.000 a 50.000 euro il divario rispetto ai più elevati livelli osservati in Italia.

Bankitalia sostiene che le famiglie meno abbienti possano contare principalmente sul possesso dell'abitazione mentre quelle più benestanti detengano un portafoglio più diversificato in azioni, depositi, polizze.

La composizione del portafoglio delle famiglie per classe di ricchezza ha subito significative variazioni fra il 2010 e il 2022. In un periodo caratterizzato da una generale flessione dei prezzi degli immobili, il peso delle abitazioni è sceso dal 55,8 al 50,2% a livello aggregato; tuttavia, per le famiglie più povere è cresciuto di quattro punti percentuali.

La riduzione del peso dei titoli di debito è stata particolarmente accentuata per la parte più ricca, con un calo di oltre sette punti percentuali, a fronte di un rilevante aumento del peso di azioni, assicurazioni ramo vita e quote di fondi comuni.

La crescita del peso dei depositi ha invece accomunato tutte le classi di ricchezza considerate, ma in maniera più forte quella centrale.

C'è un altro dato interessante e che risalta ancora maggiormente per le famiglie povere: l'indebitamento

Il rapporto tra debiti e attività per le famiglie più povere, che hanno maggiore necessità di finanziamento per le proprie esigenze di spesa, è salito rapidamente tra il 2010 e il 2014, per poi riportarsi nel 2016 ai livelli iniziali mentre dal 2018 in poi è tornato a crescere leggermente, ad eccezione del temporaneo crollo durante la crisi pandemica.

https://www.corriere.it/economia/consumi/24_gennaio_09/ricchezza-italia-meta-mano-5per cento-famiglie-dati-bankitalia-cb6ac362-ae46-11ee-8381-1818d333c412.shtml

LA STAMPA

Disuguaglianza, Banca d'Italia: in Italia il 5% delle famiglie più ricche possiede il 46% della ricchezza

In base ai primi risultati delle nuove statistiche sperimentali trimestrali dei conti distributivi sulla ricchezza (**Distributional Wealth Accounts, Dwa**) condotte dalla Banca Centrale Europea ed elaborate per l'Italia dalla **Banca d'Italia**, nel Paese i principali indici di **disuguaglianza** sono rimasti sostanzialmente stabili tra il 2017 e il 2022, dopo essere aumentati tra il 2010 e il 2016, mentre la concentrazione della ricchezza risulta inferiore a quella media dell'area dell'euro, come avviene in Francia, mentre in Germania risulta più pronunciata.

In Italia il 5% delle **famiglie italiane più ricche** possiede circa il 46% della **ricchezza netta totale**.

La composizione del portafoglio è molto eterogenea tra famiglie: in Italia quelle meno abbienti detengono principalmente **abitazioni** e **depositi** mentre quelle più ricche diversificano maggiormente.

In particolare lo studio elaborato dalla Banca d'Italia evidenzia come quest'ultime detengano anche quote significative di **azioni**, **partecipazioni** e **attività reali** destinate alla produzione e di altri **strumenti finanziari complessi**.

Per quel che riguarda il resto d'Europa invece, la BCE ha rilevato che i primi dati mostrano che la **ricchezza netta** delle famiglie è aumentata del 29% negli ultimi cinque anni (ovvero circa **13.700 miliardi di euro**), prevalentemente sulla spinta degli aumenti dei prezzi degli immobili, con la **casa** che costituisce una componente molto rilevante sulla ricchezza delle famiglie.

Nello stesso periodo gli indicatori sulla disuguaglianza sono leggermente calati, ad esempio guardando il divario di ricchezza tra il 5% di famiglie più ricche e il 50% delle famiglie nella fascia più bassa di ricchezza.

<https://finanza.lastampa.it/News/2024/01/08/disuguaglianza-banca-ditalia-in-italia-il-5per cento-delle-famiglie-piu-ricche-possiede-il-46per cento-della-ricchezza/MTEzXzlwMjQtMDEtMDhfVExC>

Il 5% delle famiglie italiane più ricche detiene quasi metà della ricchezza totale. Bankitalia: «Italia sotto la media Ue»

di Gianluca Brambilla

Il 5% delle famiglie italiane più ricche possiede quasi la metà (il 46%) della ricchezza netta complessiva.

A svelarlo è l'analisi della Banca d'Italia, secondo cui i principali indici di disuguaglianza economica «sono rimasti sostanzialmente stabili tra il 2017 e il 2022, dopo essere aumentati tra il 2010 e il 2016».

L'indice di Gini, che misura la concentrazione di ricchezza, è passato dallo 0,71 del 2017 allo 0,7 del 2022, mentre la ricchezza mediana (ossia il valore di mezzo tra minimo e massimo) si situa intorno ai 150mila euro. Sale invece la ricchezza media, che passa dai circa 150mila euro del 2018 ai 170mila del 2022. Lo studio di via Nazionale, realizzato in ambito Bce, evidenzia come le famiglie meno abbienti possano contare soprattutto sul possesso dell'abitazione, mentre quelle più benestanti hanno a disposizione un portafoglio più diversificato di azioni, depositi e polizze.

Confrontando questi dati con quelli degli altri paesi del Vecchio Continente, ci si accorge che l'Italia ha un indice di concentrazione della ricchezza sotto la media Ue.

Il nostro paese si colloca all'incirca sugli stessi livelli della Francia, mentre la Germania viene indicata come «il paese con il maggior grado di disuguaglianza in termini di ricchezza netta».

L'importanza della casa

Lo studio pubblicato dalla Banca d'Italia mette in luce un altro fenomeno: metà della ricchezza degli italiani è rappresentata dalle abitazioni. A differenza di quanto avviene in altri paesi europei, infatti, la maggioranza dei cittadini continua a essere proprietaria della casa in cui vive. Nonostante questo, avverte l'analisi di via Nazionale, la situazione «varia fortemente in base alla ricchezza». Per le famiglie sotto la mediana, le abitazioni costituiscono i tre quarti della ricchezza complessiva. Per le famiglie che rientrano nella classe centrale, si attestano poco sotto il 70%. Mentre per le famiglie più ricche, le abitazioni corrispondono a poco più di un terzo della ricchezza totale. Nel 2010, circa la metà del patrimonio abitativo italiano era detenuta dalle famiglie della classe media. Nel 2022, questa percentuale è scesa al 45%, soprattutto a vantaggio dei più ricchi. È rimasta stabile, invece, la quota di abitazioni posseduta dalle famiglie sotto la mediana, attorno al 14%.

Conti deposito e investimenti

Un discorso simile vale anche per conti deposito e investimenti. «Per le famiglie più povere – si legge nel documento – i depositi sono l'unica componente rilevante di ricchezza finanziaria (17%). Maggiormente diversificato è invece il portafoglio delle famiglie più ricche, per le quali quasi un terzo della ricchezza è rappresentato da capitale di rischio legato alla produzione (azioni, partecipazioni e attività reali destinate alla produzione) e un quinto da fondi comuni di investimento e polizze assicurative». Tra il 2010 e il 2022, i depositi sono aumentati di circa il 40%, soprattutto per le famiglie appartenenti al decimo più ricco, la cui quota è salita di sei punti percentuali e ha raggiunto la metà del totale.

Figura 3 – Principali indicatori sulla distribuzione della ricchezza netta delle famiglie (2010-2022)
(dati trimestrali)

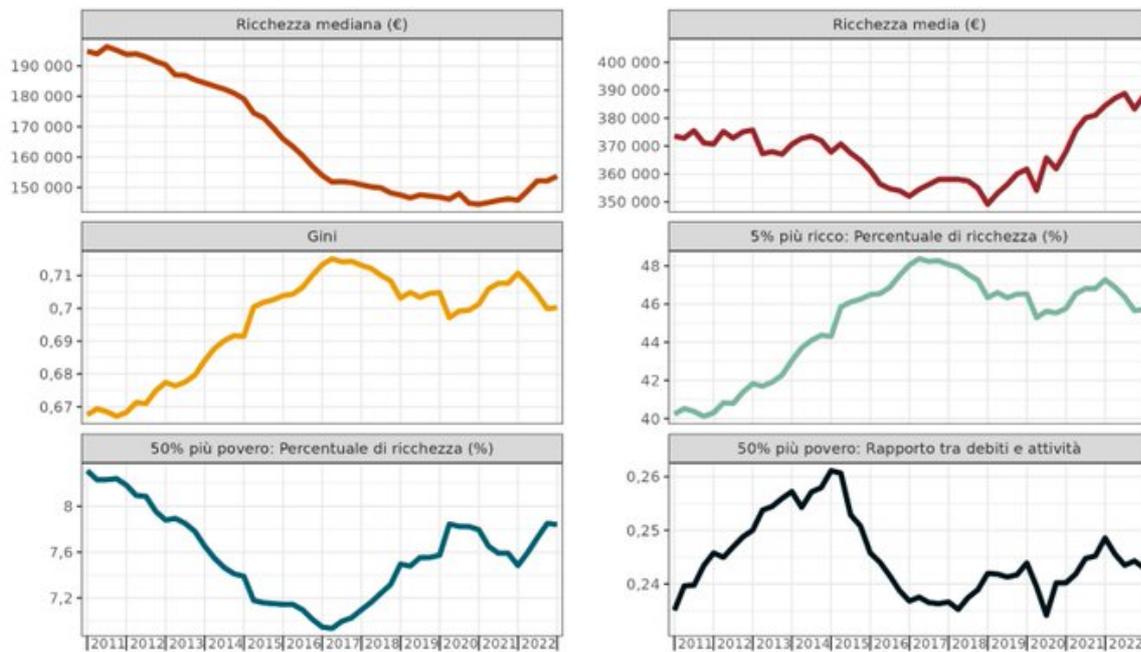
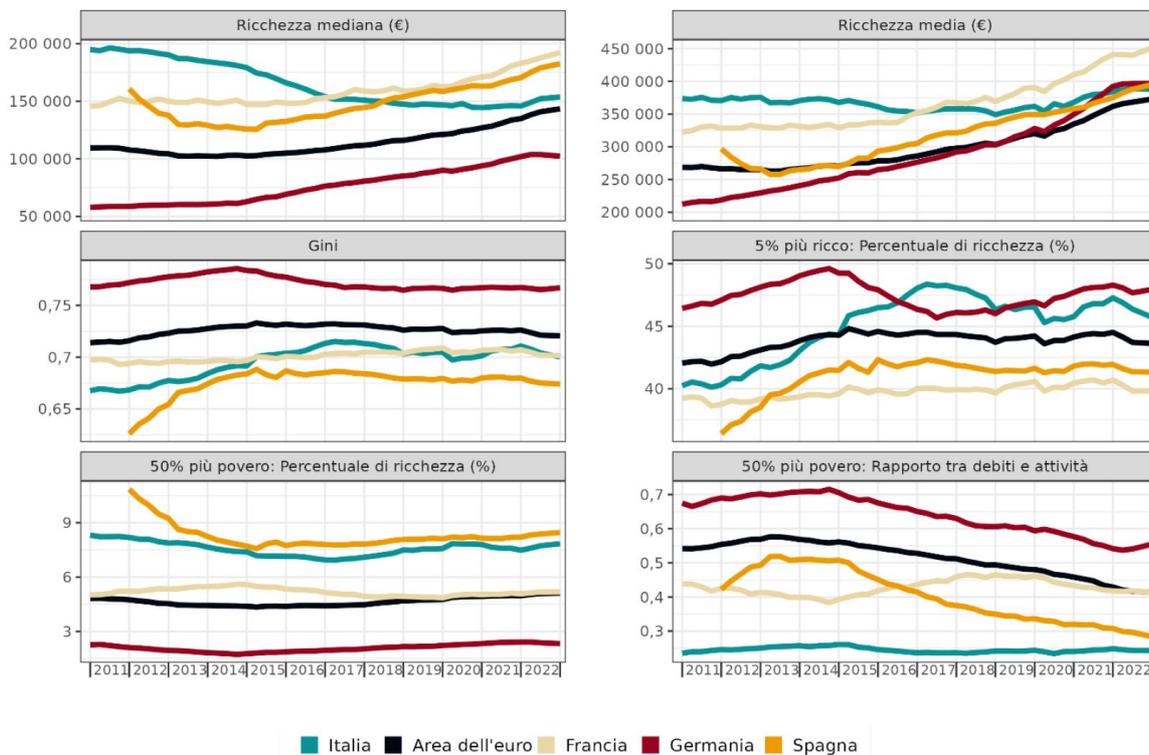


Figura 4 – Principali indicatori sulla distribuzione della ricchezza netta delle famiglie:
confronto internazionale
(dati trimestrali; 2010-2022)



<https://www.open.online/2024/01/08/report-bankitalia-disuguaglianze-italia-media-ue/>

Fisco, l'1% più ricco in proporzione paga meno tasse del 99% dei contribuenti

I risultati di uno studio congiunto di Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Università di Milano – Bicocca

Le disuguaglianze dei redditi italiani sono cresciute a favore dell'1% più ricco che, in proporzione, paga meno tasse rispetto al restante 99% dei contribuenti. Lo dimostra uno studio congiunto di Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Università di Milano - Bicocca, pubblicato dalla rivista scientifica "Journal of the European Economic Association". Nel suo complesso, il sistema fiscale italiano appare "blandamente progressivo" e, come sottolineano ricercatrici e ricercatori in questo studio, "diventa addirittura regressivo" per il 5% degli italiani più abbienti, che pagano un'aliquota effettiva inferiore al 95% dei contribuenti.

Lo studio ha inoltre confermato che esistono importanti differenze in relazione alla tipologia di reddito prevalente: sono i lavoratori dipendenti a pagare più imposte, seguiti dai lavoratori autonomi, dai pensionati e, infine, da chi percepisce soprattutto rendite finanziarie e locazioni immobiliari

"Questo lavoro", commenta Demetrio Guzzardi, autore dello studio e ricercatore in Economia della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa - combina diverse fonti di dati, quali dichiarazioni dei redditi, indagini campionarie di Istat e Banca d'Italia, stime sulla distribuzione del patrimonio netto, per distribuire a livello individuale l'intero 'reddito nazionale netto', corretto per l'evasione fiscale. Così è stato possibile identificare le fasce di reddito che hanno perso di più negli ultimi 10 anni. Ricercatrici e ricercatori hanno infatti stimato che dal 2004 al 2015, mentre il reddito nazionale reale si riduceva del 15%, il 50% più povero degli italiani subiva la maggiore perdita con un calo di circa il 30%. All'interno del 50% più povero, ad essere più colpiti sono giovani tra i 18 e i 35 anni, che hanno perso circa il 42% del loro reddito. La disuguaglianza di genere risulta significativa per ogni classe di reddito e raggiunge valori estremi nell'1% più ricco della distribuzione, dove le donne guadagnano circa la metà degli uomini.

Lo studio della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dell'Università Bicocca di Milano mostra che il 50% più povero degli italiani maggiorenni detiene meno del 17% del reddito nazionale e vive con meno di 13 mila euro all'anno. Invece, sottolinea Elisa Palagi, autrice dello studio e ricercatrice di Economia alla Scuola Superiore Sant'Anna, "l'1% più ricco del Paese detiene circa il 12% del reddito nazionale, cioè una media di 310 mila euro all'anno, ottenuti soprattutto da redditi finanziari, profitti societari e redditi da lavoro autonomo, in gran parte derivante dal ruolo di amministratori societari. Solo una ridottissima parte dei redditi dei più ricchi è ottenuta grazie ai redditi da lavoro dipendente". In particolare, i 50 mila italiani che compongono lo 0.1% più ricco del Paese detengono il 4.5% del reddito nazionale con entrate medie superiori al milione di euro annuo, cifra che potrebbe essere raggiunta dal 50% più povero soltanto risparmiando l'intero reddito. Ricercatrici e ricercatori hanno infatti stimato che dal 2004 al 2015, mentre il reddito nazionale reale si riduceva del 15%, il 50% più povero degli italiani subiva la maggiore perdita con un calo di circa il 30%.

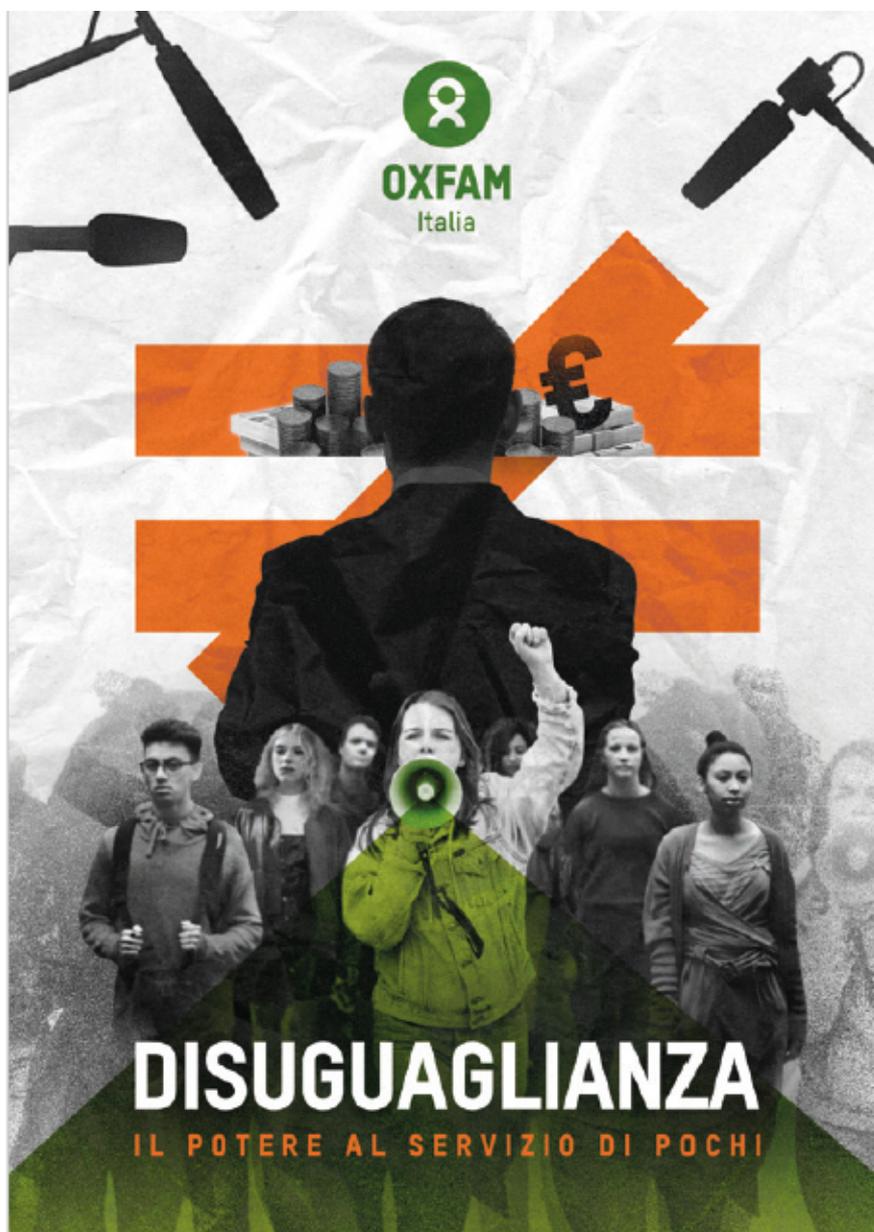
All'interno del 50% più povero, ad essere più colpiti sono giovani tra i 18 e i 35 anni, che hanno perso circa il 42% del loro reddito. La disuguaglianza di genere risulta significativa per ogni classe di reddito e raggiunge valori estremi nell'1% più ricco della distribuzione, dove le donne guadagnano circa la metà degli uomini.

Lo studio della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dell'Università Bicocca di Milano mostra che il 50% più povero degli italiani maggiorenni detiene meno del 17% del reddito nazionale e vive con meno di 13 mila euro all'anno. Invece, sottolinea Elisa Palagi, autrice dello studio e ricercatrice di Economia alla Scuola Superiore Sant'Anna, "l'1% più ricco del Paese detiene circa il 12% del reddito nazionale, cioè una media di 310 mila euro all'anno, ottenuti soprattutto da redditi finanziari, profitti societari e redditi da lavoro autonomo, in gran parte derivante dal ruolo di amministratori societari. Solo una ridottissima parte dei redditi dei più ricchi è ottenuta grazie ai redditi da lavoro dipendente". In particolare, i 50 mila italiani che compongono lo 0.1% più ricco del Paese detengono il 4.5% del reddito nazionale con entrate medie superiori al milione di euro annuo, cifra che potrebbe essere raggiunta dal 50% più povero soltanto risparmiando l'intero reddito. La minore incidenza fiscale per i redditi più elevati è spiegata principalmente da fattori come l'effettiva regressività dell'Iva (che grava meno sui cittadini abbienti che risparmiano di più; dal minor peso dei contributi sociali per i redditi superiori ai 100 mila euro; dalla maggiore rilevanza per i contribuenti più ricchi delle rendite finanziarie e dei redditi da locazioni immobiliari, tassati con un'aliquota del 12% o del 26%.

In conclusione, lo studio ha messo in luce "la necessità di avviare una profonda e seria discussione sullo stato attuale del sistema fiscale italiano. L'evidenza di una regressività che favorisce solo le fasce di reddito più elevate – secondo autrici e autori dello studio - sottolinea l'urgenza di riforme mirate che non penalizzino i redditi più bassi, ma mirino a correggere gli squilibri presenti riducendo le disuguaglianze e promuovendo una distribuzione del carico fiscale in modo proporzionato. L'avvio di questo dibattito – concludono - rappresenta un passo cruciale verso un sistema fiscale italiano

più giusto e inclusivo, capace di sostenere una crescita economica sostenibile e di garantire benefici tangibili per l'intera società".

https://www.adnkronos.com/internazionale/esteri/yemen-attacchi-aerei-gb-usa-houthi-ultime-news_6cUAmRMazREv4QEWRRTtSg



OXFAM BRIEFING PAPER – GENNAIO 2024

La ricchezza dei cinque miliardi più ricchi al mondo è più che raddoppiata, in termini reali, dall'inizio di questo decennio, mentre la ricchezza del 80% più povero dell'umanità non ha registrato alcuna crescita.

In Italia, a fine 2022, l'1% più ricco era titolare di un patrimonio 84 volte superiore a quello detenuto dal 20% più povero della popolazione, la cui quota di ricchezza nazionale si è dimezzata in un anno.

Per anni Oxfam ha lanciato l'allarme sull'estremizzazione della disuguaglianza, ed oggi, agli inizi del 2024, il vero pericolo è che questa incredibile diversificazione diventi la normalità.

Il potere economico, la sua estrema concentrazione e le rendite di posizione associate favoriscono l'accumulazione di enormi fortune nelle mani di pochi e generano ampi divari nella società. Il potere politico e l'uso che ne viene fatto costituiscono una leva potentissima per contrastare o al contrario eliminare la disuguaglianza.

Siamo davanti a un bivio: tra un'era di incontrollata supremazia oligarchica o un'era in cui il potere pubblico riequilibra centralità promuovendo società più eque e coese ed un'economia più giusta ed inclusiva.

Le società partecipate dallo Stato

(dati in %)

