

# ASIQUAS Review

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

*Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia*  
n. 12 del 1.03.2024



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](http://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](http://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 ANNAO. Docente in Igiene nella scuola infermieri Università "Sapienza" di Roma. Docenza nel Master MIAS - "Governance della qualità nelle strutture sanitarie", presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche. Università degli studi "Sapienza" di Roma.

### **Maria Piane**

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](mailto:giorgio.banchieri@gmail.com); [Antonio.DeBelvis@unicatt.it](mailto:Antonio.DeBelvis@unicatt.it); [maurizio.dalmaso@gmail.com](mailto:maurizio.dalmaso@gmail.com);  
[emanuele.disimone@uniroma1.it](mailto:emanuele.disimone@uniroma1.it); [nicolettadasso@gmail.com](mailto:nicolettadasso@gmail.com); [fam.medici@mac.com](mailto:fam.medici@mac.com);  
[maria.piane@uniroma1.it](mailto:maria.piane@uniroma1.it) ; [mario.ronchetti@gmail.com](mailto:mario.ronchetti@gmail.com); [andrea.gg.vannucci@icluod.com](mailto:andrea.gg.vannucci@icluod.com);  
[perlungavita@gmail.com](mailto: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](http://www.asiquas.net)**

- “ASQUAS Covid 19 Review” 2021-22, numeri 1-30, su [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)

**Per leggere le monografie “Covid 19 Review 2020”: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)**

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

**Per leggere le Monografie – “ASQUAS Covid19 Review”: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)**

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

## Indice

<b>Articoli di apertura</b>	<b>10</b>
Quotidiano sanità - Sanità “pubblica” e “privata”: alcune precisazioni necessarie - Giorgio Banchieri	10
Quotidiano sanità - Dal paziente al centro alla relazione di cura. La vera sfida del sistema sanitario - Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci	13
Quotidiano sanità - Carta di Teramo. In dieci punti i requisiti di qualità per la progettazione e gestione degli ospedali nei sistemi sanitari e sociosanitari - ASIQUAS	18
<b>Scenari della sanità</b>	<b>24</b>
The NEJM - Questioni etiche nella fornitura di assistenza sanitaria nei sistemi sanitari Safety-Net - Dave A. Chokshi, e Frederick P. Cerise	24
Grey Panthers - Il grande monito del filosofo Morin per un nuovo umanesimo di fratellanza – L. Bolgeri	27
Quotidiano sanità - Salute e sanità devono essere una priorità per il Governo. Sempre più italiani la pensano così	29
Quotidiano sanità -Non dimentichiamo l’umanizzazione nell’assistenza sanitaria...pur tra le tante difficoltà - Emilio Cariati	33
Salute Internazionale - Per una nuova politica europea del farmaco - Angelo Barbato	34
Il Sole 24Ore - Tedros (Oms): Stati impreparati per una nuova pandemia, lavorare alla sigla dell’accordo internazionale entro maggio 2024	36
Quotidiano sanità -Valutazione dello stato dell’arte sulla salute al prossimo G7 - Grazia Labate,	37
Salute Internazionale - Il lavoro di domani - Franco (Francesco) Carnevale	41
Il Sole 24Ore - L’Indice di vicinanza scende al minimo, la salute si allontana dai cittadini	43
Il Sole 24Ore - La proposta di un Piano nazionale di salute per il Paese	44
Il Sole 24Ore - Previdenza: inverno demografico e bassi salari, l’allarme dell’Ocse sulle pensioni del futuro Claudio Testuzza	44
ECDC - Aumentano nel 2022 le infezioni di origine alimentare segnalate nell’Ue/See	45
Il Sole 24Ore - Addio al tetto di spesa su medici e infermieri: un algoritmo deciderà i fabbisogni degli ospedali - Marzio Bartoloni	47
Salute Internazionale - Malattie rare e Farmaci orfani - Silvio Garattini	48
Salute Internazionale - Tempi di bilanci per la sanità UK - Letizia Fattorini	49
La Repubblica - Sanità, chi comanda veramente in Italia - Michele Bocci	53
<b>Scenari del SSN</b>	<b>55</b>
Ministero Salute - Nuovo sistema di garanzia: risultati Regioni 2017.2022	55
Il Sole 24Ore - Schillaci, da Governo oltre 11 miliardi in 3 anni ma impegnare bene le risorse. Focus a Bari su intelligenza artificiale, pronto soccorso, personale e scudo penale - Barbara Gobbi	56
Quotidiano sanità -Uscire dalla crisi del Ssn con la partecipazione attiva di tutti gli attori sociali - R. Polillo, M. Tognetti	58
Quotidiano sanità -Le molte grida di allarme sulla situazione del Ssn - Roberto Polillo, Mara Tognetti	60
Il Sole 24Ore - Schillaci alla Affari sociali: con -4.500 medici e -10mila nurse spese stellari per gettonisti. Sul Pronto soccorso: oltre il 40% dei 17mln di accessi 2022 è inappropriato	61
Il Sole 24Ore - Per la sanità pubblica un percorso a parte nella P.a. - Stefano Simonetti	62
Il Sole 24Ore - Toscana sud-est: nuovo equilibrio tra quantità e qualità dei servizi sanitari - Paolo Castiglia	63
Quotidiano sanità -Ssn. Non serve solo una riforma, ma capire quale riforma - Nicola Rosato	64
Panorama Sanità - Regioni ancora in difficoltà sui principali indicatori dell’assistenza sociosanitaria	65
Quotidiano sanità -L’impatto dell’autonomia differenziata sulla sanità campana - Maurizio Cappiello	68
Medicina33 - Riequilibrio dell’offerta sanitaria (per l’equità di accesso al SSR) - Leopoldo Turani	69
Quotidiano sanità -Tre riforme, un nuovo orizzonte - Tiziana Frittelli, Michelangelo Caiolfa	73
Quotidiano sanità - Programmare una vera organizzazione della salute per superare le ‘paure’ – E. Jorio	75
Quotidiano sanità - Al Sud le peggiori condizioni sanitarie. Mobilità oncologica a lungo raggio al 43% in Calabria. Autonomia differenziata aggrava la situazione. Report Svimez e Save the Children ,	77
Quotidiano sanità - Ssn e autonomia differenziata: anatomia di una metamorfosi - Costantino Troise	80
L’Espresso - In Italia più di un milione e mezzo di persone non ha abbastanza soldi per curarsi- C. Sgreccia	82
<b>Sostenibilità della sanità</b>	<b>83</b>
Quotidiano sanità - Medici e infermieri a ‘gettone’. Anac: negli ultimi 5 anni una spesa di 1,7 miliardi	83
Quotidiano sanità - L’allarme della Corte dei Conti: “Ssn soffre di una crisi sistemica e non garantisce più alla popolazione un’effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie”	85

Quotidiano sanità - <i>Personale Ssn: ha senso svincolare la spesa dalla programmazione dei servizi?</i> - Claudio Maria Maffei	87
Quotidiano sanità - <i>Medici cercasi.</i>	88
Quotidiano sanità - <i>Fabbisogno personale. Con il suo algoritmo Agenas riuscirà a "sdoganare" il blocco del tetto di spesa?</i> - Pierino Di Silverio, Guido Quici	90
Quotidiano sanità - <i>La fuga dal lavoro sanitario. Una crisi dentro la crisi del Ssn</i> - Roberto Polillo	91
Quotidiano sanità - <i>Il Ssn è sempre più al femminile. Le donne rappresentano il 69% della forza lavoro</i>	92
Think Tank - <i>Ecco come la sostenibilità influenza il debito di un Paese   L'analisi</i>	94
Il Sole 24 Ore - <i>Veneto/ Contro i gettonisti Azienda zero apre alle prime candidature di medici "autonomi" in Pronto soccorso. In campo anche pensionati e specializzandi</i>	95
Il Sole 24 Ore - <i>Il mercato dei servizi di consulenza sanitaria a oltre 28 mld \$ e a 50 mld al 2028 (+13,9%)</i>	96
Il Sole 24 Ore - <i>LEA/ Confimi Sanità con Nomisma per la revisione del Nomenclatore tariffario</i>	97
<b>One Health, clima e salute</b>	<b>98</b>
The Lancet – <i>Effetti stimati sulla salute derivanti dall'uso domestico di combustibili gassosi per cucinare e riscaldare nei paesi ad alto, medio e basso reddito</i> – Elisa Puzzolo e altri	98
Think Tank – <i>L'Italia è il secondo Paese meno vivibile in Europa</i>	100
Science - <i>Disidratate la stratosfera per frenare il riscaldamento globale? Gli scienziati escogitano una nuova rischiosa strategia</i> - Paul Voosen	102
Quotidiano sanità - <i>Oms avverte: "L'arrivo di una nuova pandemia è solo una questione di quando, non di se. E dobbiamo prepararci, ancora oggi non lo siamo"</i>	104
La Repubblica - <i>L'Ue rivede gli obiettivi di riduzione delle emissioni al 90% entro il 2040</i> - Luca Fraioli	105
La Repubblica - <i>Idrogeno bianco, la nuova corsa ai giacimenti dall'Africa all'Italia</i> - Federico Turrisi	106
Corriere della sera - <i>Amazzonia, la previsione (choc) di Nature: «Nel 2050 il punto di non ritorno e collasso dell'ecosistema»</i> - Paolo Virtuani	108
La Repubblica - <i>Il 47% della Foresta amazzonica è a rischio: entro il 2050 il punto di non ritorno</i> - Luca Fraioli	109
Quotidiano sanità - <i>A Bruxelles la conferenza "Prospettive di Ricerca sugli Impatti sulla Salute del Cambiamento Climatico": la salute deve essere uno dei motori dell'azione climatica globale</i> - Flavia Riccardo, Luca Lucentini	110
Quotidiano sanità - <i>Da clima a salute digitale, Oms Europa e Commissione Europea rafforzano la cooperazione</i>	111
La Repubblica - <i>"Milano paragonata a Delhi per l'inquinamento atmosferico: la crisi del clima non aiuta a respirare"</i> - Giacomo Talignani	112
<b>Sanità pubblica e privata</b>	<b>113</b>
Il Sole 24 Ore - <i>Aiop presenta il 3° Bilancio Sociale e apre il dibattito sulle fake news in sanità</i> -	113
Panorama della sanità - <i>Pubblico e privato</i> - Giovanni Monchiero	115
Quotidiano sanità - <i>Ospedalità privata. Presentato il Bilancio Sociale. Cittadini (Aiop): "Produciamo salute al fianco della componente di diritto pubblico"</i>	116
<b>Pandemie, oggi e domani</b>	<b>120</b>
The Lancet – <i>Evoluzione del barico del virus respiratorio sinciziale nei bambini piccoli a seguito della pandemia Covid 19 ...</i> - Ines Fafi e altri	120
Wired - <i>Perché sono cominciati i controlli alle frontiere per la dengue</i> -	121
Il Sole 24 Ore - <i>Antimicrobico resistenza: circa 1 miliardo il costo annuo legato alle infezioni. Da Cittadinanzattiva una Roadmap con 10 priorità</i>	122
Science - <i>Le zanzare possono trasmettersi reciprocamente il virus del Nilo occidentale tramite le feci</i> - Christie Wilcox	124
Il Sole 14 Ore - <i>Le ricerche del Systems Biology Group Lab di Roma aprono la via per una nuova concezione di farmaci</i> - Andrea Pensotti	125
Science - <i>Una febbre alta</i> - Leslie Roberts	126
Il Sole 24 Ore - <i>ISS: in aumento le persone che vivono con un tumore in Europa, anche per effetto dell'invecchiamento</i>	129
Quotidiano sanità - <i>Covid. Gimbe: "In Italia clamoroso flop campagna vaccinale over 60. In Europa peggio di noi soltanto la Grecia ed i Paesi dell'Est"</i>	130
JAMA - <i>Con l'aumento dei casi di COVID-19, ecco cosa sapere su JN.1, l'ultima "variante di interesse" di SARS-CoV-2</i> - Rita Rubin, MA	133
Quotidiano sanità - <i>Dengue. Boom di casi in Sud America. Il Ministero alza l'allerta in porti e aeroporti</i>	135
JAMA - <i>COVID-19 e sicurezza dei pazienti: lezioni da 2 sforzi per garantire la sicurezza delle persone</i> - Robert M. Wachter	136
La Repubblica - <i>Covid, la nuova variante BA.2.87.1 arriva dal Sudafrica</i>	138
Nature - <i>Il più ampio sondaggio post-pandemia rileva che la fiducia negli scienziati è elevata</i>	139

Quotidiano sanità - Carenze di farmaci. Nel 2023 la situazione è peggiorata ed ha riguardato ventisei Paesi europei. Il report dei farmacisti europei (Pgeu)	140
<b>PNRR e sua implementazione</b>	<b>141</b>
Il Sole 24 Ore - Emilia-Romagna/ Maxi-piano da oltre 46 mln per le strutture sanitarie: via libera all'accordo con la Salute su 17 progetti. Bonaccini e Donini: «Al lavoro per servizi sempre più qualificati per cittadini e comunità»	141
Ospedali di Comunità in Lombardia	143
<b>L'ospedale che cambia</b>	<b>145</b>
Il Sole 24 Ore - Edilizia sanitaria: le proposte della X commissione del Senato per sbloccare 10,9 miliardi incagliati -Barbara Gobbi	145
Quotidiano sanità - Intramoenia. Nel 2022 tornano a crescere le prestazioni a pagamento negli ospedali pubblici che superano i 4,9 milioni. Ma in molti casi se ne fanno troppe rispetto al tetto e le agende ancora non sono gestite al 100% dai CUP	146
AGENAS – Monitoraggi nazionali dei tempi di attesa e ALPI	150
Il Sole 24 Ore - Grandi ospedali/ Schillaci: potenziare la rete territoriale con i fondi del Pnrr	151
Il Sole 24 Ore - Pronto soccorso. Schillaci: “Evitabili il 40% degli accessi. Occorre potenziare medicina territoriale con Case della Comunità che dovrebbero essere vicino agli ospedali”	152
Il Sole 24 Ore - Fabbisogni di personale con algoritmo? Attenzione a non combinare guai, soprattutto in tempi di nebbia sui Lep - Ettore Jorio	153
Quotidiano sanità - Pnrr. Sostituzione di oltre 3 mila grandi apparecchiature ospedaliere slitta al 2026. Gemmato: “Differimento per esigenze Regioni”. Bonafè (PD): “Liste d’attesa aumenteranno”	154
Il Sole 24 Ore - Politecnico di Milano: nuovi modelli allo studio per ripensare l’infrastruttura ospedaliera Stefano Capolongo	155
Quotidiano sanità - Un Ssn con sempre più personale precario – Luciano Fassari	156
Il Sole 24 Ore - IV Giornata del personale sanitario/ Schillaci, priorità abolire tetto spesa personale e aumentare indennità. Dalla Fnomceo una campagna per rilanciare il ruolo del medico nella società	158
Quotidiano sanità - Ospedale-territorio: il cambio di passo ancora non si vede - Francesco Dentali	159
Quotidiano sanità - Medici. Lavoro in corsia peggiorato negli ultimi 10 anni. “Il 72% dei camici bianchi vuole abbandonare il Ssn”. L’indagine Anaa Assomed	160
Quotidiano sanità - Intramoenia. Nel 2022 tornano a crescere le prestazioni a pagamento negli ospedali pubblici che superano i 4,9 milion i... – Luciano Fassari	162
Quotidiano sanità - Due statunitensi e uno canadese i migliori tre ospedali al mondo. Il primo italiano è il Gemelli di Roma che si piazza al 35° posto tra i 250 più performanti secondo la classifica di Newsweek	165
Quotidiano sanità - La classifica dei migliori ospedali del mondo secondo Newsweek: quasi una inserzione commerciale mascherata - Claudio Maria Maffei	167
<b>Medicina territoriale</b>	<b>169</b>
Il Sole 24 Ore - Acn medicina generale, siglata l’ipotesi di Intesa 2019-2021. Prime basi per l’attuazione del Pnrr guardando all’Atto di indirizzo 2022-2024	169
Quotidiano sanità - Assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Una ‘giungla’ di tariffe a livello territoriale ... Il Report Agenas - E. Maragò, G. Rodriguez	171
AGENAS – Sistemi di remunerazione dell’assistenza domiciliare, residenziale e semi residenziale	175
Quotidiano sanità - Acn medicina generale. Fp Cgil: “Un accordo che peggiora le condizioni lavoro”	175
Quotidiano sanità - Acn Specialistica Ambulatoriale... Magi (Sumai): “In arrivo miglioramenti normativi ed economici	176
Quotidiano sanità - Una proposta per rinnovare e potenziare la medicina generale di base in Italia - Giovanni Ottone	177
Sanità Informazione - Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, il Veneto si prepara a formare la sua ‘squadra’- Isabella Faggiano	178
Quotidiano sanità - La medicina generale e la nuova convenzione: un’altra occasione di cambiamento persa - Ornella Mancin	180
<b>Nursing</b>	<b>181</b>
Quotidiano sanità - Diventare infermieri è una cosa seria - Annalisa Pennini, Giannantonio Barbieri	181
Quotidiano sanità - Personale sanitario e assistenziale. “Attuare il nuovo quadro d’azione 2023-2030 per migliorare le condizioni di lavoro”. L’invito dell’Oms/Europa ai Governi	182
Quotidiano sanità - Ddl Lavoro. Mangiacavalli (Fnopi): ecco le proposte per la professione infermieristica, in primis riconoscerla come lavoro usurante	183
JCN Clinical Nursing - Essere un infermiere tra ricerca e clinica: Quali sfide e quali opportunità per un infermiere che ha conseguito un dottorato di ricerca? Una panoramica da un ospedale pediatrico italiano- G. Ottonello, N Dasso, R. Da Rin Della Mora, S. Rossi, S. Calza, S. Scelsi	184

JAN, <i>Leading Global Nursing Research - Esperienze di infermieri medici e chirurgici nella modifica e nell'implementazione di interventi Safewards adatti al contesto nei reparti ospedalieri di medicina e chirurgia</i> - L. Luck, K. Kaczorowski, M. White, G. Dickens, F. McDermid	185
<b>Sociale, long care e terza età</b>	<b>186</b>
Salute Internazionale – <i>Slegateli!</i> – Benedetto Saraceno	186
Redattore Sociale - <i>Anziani. Assistenza domiciliare e alloggi protetti, nessun passo avanti nel decreto attuativo</i> - Antonella Patete	189
Il Sole 24 Ore - <i>Forum delle Associazioni Familiari: servono politiche attive universali e strutturali</i>	190
La Voce.info - <i>Assistenza agli anziani: fatto il decreto, manca ancora la riforma</i> - Cristiano Gori	192
Il Sole 24 Ore - <i>Decreto anziani/ Gimbe: passo avanti per 14 milioni di persone ma non ci sono risorse aggiuntive</i> - Fondazione Gimbe	194
Forum D&D – <i>News Letter Febbraio 2024</i>	196
La Voce.info - <i>La riforma tradita: la nuova prestazione universale</i> - Costanzo Ranci	200
Il Fatto Quotidiano - <i>Anziani non autosufficienti, le associazioni: “Il decreto va rivisto. Il nuovo aiuto economico è solo per i più poveri e non risolve i problemi”</i>	202
La Voce.info - <i>Le disuguaglianze nella retribuzione? Dipendono anche dalle ore lavorate</i> Daniele Checchi e Cecilia García-Peñalosa	203
Sanità Informazione - <i>Anziani, il ‘Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza’ al Premier: “Riformare i servizi domiciliari e riqualificare le strutture residenziali”</i>	209
Quotidiano sanità - <i>Patologie croniche. Più aumenta il loro numero più l’efficacia del sistema sanitario può fare la differenza. L’indagine Ocse</i>	212
<b>Digitalizzazione e telemedicina</b>	<b>214</b>
Il Sole 14 Ore - <i>Intelligenza artificiale, dati e Sanità digitale, la necessità per l'Italia di tracciare una rotta definendo le priorità</i> - Giorgio Casati	214
Nature - <i>Chip cerebrale Neuralink di Elon Musk: cosa pensano gli scienziati del primo test sull'uomo</i> - Liam Drew	215
Quotidiano sanità - <i>Intelligenza artificiale. Può salvare vite e aiutare il lavoro dei sanitari. Ma attenzione al possibile acuirsi delle disuguaglianze. Il focus Ocse</i> - Giovanni Rodriguez	216
Quotidiano sanità - <i>Il vocabolario antropomorfo delle intelligenze artificiali</i> - Lucio Romano	219
<b>Economia e sanità</b>	<b>221</b>
La Repubblica - <i>Draghi: “L’Europa ha bisogno di enormi investimenti. Urgente capire come finanziarli”</i>	221
UPB, Ufficio Parlamentare di Bilancio - <i>Nota sulla congiuntura di febbraio 2024</i>	222
Banca d'Italia - <i>Sondaggio congiunturale imprese e servizi Febbraio 2024</i>	226
Ufficio Studi Confindustria – <i>Congiuntura Flash, gennaio 2024</i>	228
Corriere della sera- <i>2024: la partita a scacchi sull’economia europea</i> - Fabio Masini	230
Harward Business Review - <i>Cosa aspettarsi dall’economia globale nel 2024</i> - Walter Frick	232
Mondo economico.eu - <i>Sette questioni per l’economia del 2024: il Pil crescerà, ma l’inflazione non mollerà la presa</i> - Gianpaolo Vitali	234

quotidianosanita.it

### Sanità “pubblica” e “privata”: alcune precisazioni necessarie

Giorgio Banchieri

*Il “privato accreditato” è sicuramente una presenza importante e utile se è integrato con il “pubblico” e se condivide con esso strumenti e modelli di governance dei servizi appropriati ed equi e universalistici. Altro problema è il “privato convenzionato” con mutue e assicurazioni. Si vuole andare ad un diverso modello di welfare nel nostro Paese? Parliamone, ma attenzione siamo già un modello “misto” e l’esperienza delle mutue alle spalle è tutt’altro che positiva*



**08 FEB -**

Su Quotidiano Sanità si sta sviluppando un confronto sul tema del rapporto tra sanità “pubblica” e “privata” che richiede delle precisazioni e alcune puntualizzazioni. La Dr.ssa Cittadini nel presentare il 3° Rapporto AIOP ha colto l’occasione per rispondere a quelle che, a suo avviso, sono delle forzature “ideologiche” se non delle vere e proprie fake-news sul tema. Avvio, se posso, un confronto franco e ragionato a questo punto e faccio alcune precisazioni e puntualizzazioni necessarie.

Essere “azienda sanitaria pubblica” vuol dire riuscire a gestire garantendo “trasparenza” e “rendicontazione sociale” delle risorse date, trasferite dal FSN tramite il riparto in Conferenza Stato-Regioni-PPAA e poi da parte delle Regioni di riferimento. Significa avere obiettivi gestionali che le Regioni impongono per ogni singola azienda come priorità. I manager pubblici devono tener conto di una infinità di Leggi, Determine, Linee Guida, Accordi, Convenzioni e CCNL, Piani di Zona e di Salute. Tutto ciò con molti vincoli e obiettivi da rispettare.

Essere “azienda sanitaria privata accreditata” non comporta gli stessi vincoli. Possono gestire le risorse interne in base ad accordi anche aziendali, hanno minori vincoli di trasparenza se non quelli tipici delle società di capitali. Possono combinare i loro fattori produttivi come meglio ritengono all’interno delle specialistiche “accreditate” e del “tetto di spesa” assegnato. Spesso possano avere una gestione mista e gestire i tempi di lavoro del personale e dei servizi come ritengono più convenienti.

Nell’ambito del “tetto di spesa” - se non precisato dalla ASL e/o Regione di riferimento nell’atto di accreditamento - possono incentivare a loro discrezione le branche specialistiche che hanno avuto “accreditate” selezionando quindi la domanda che si può rivolgere a loro.

Il “pubblico” quanto sopra non lo può fare. Deve essere universalista ed equo ... quando ci riesce.

#### **Significatività statistica delle survey anche in sanità.**

Come è noto a chi lavora con i dati per fare ricerche sul campo “I livelli di “significatività” sono una componente fondamentale dell’inferenza statistica ... a differenza di altri valori, questi livelli non sono calcolati da un software, ma devono essere determinati a priori da chi fa le analisi. Per ottenere questo valore non serve quindi nessun calcolo ma solo un po’ di ragionamento. Il livello di significatività è la soglia che determina se un determinato risultato può essere considerato statisticamente significativo. È quindi un numero che viene deciso a priori, in fase di progettazione dello studio, e nei protocolli di ricerca si riporta nella sezione dedicata alla statistica.” [Paola Pozzolo sul sito <https://paolapozzolo.it/livello-significativita/>]

Quando frequentavo l’Università i miei docenti di allora insistevano molto sulla qualità dei dati e sull’omogeneità dei campioni utilizzati nelle ricerche. In particolare un tema fondamentale era ed è l’omogeneità dei cluster/campioni di analisi.

Per avere significatività statistica i cluster devono essere omogenei, ovvero, possiamo mettere insieme ospedali di rilevanza nazionale, sedi di DEA e con più di 400 PL, oppure possiamo aggregare ospedali di rilevanza regionale, sedi di PS con meno di 400 PL. Mischiare insieme ospedali di dimensioni e

specialistiche diversi, nonché altri tipi di strutture di ricovero e cura con afferenze diverse produce una “macedonia”, ma non dati statisticamente significativi.

Il 3° Bilancio Sociale di AIOIP ha messo insieme 350 strutture associate che tra loro non sono omogenee. Ma anzi presentano un grande variabilità di afferenze specialistiche e di servizi offerti da ospedali ad alta specialità tipo “Humanitas” di Milano con Case di Cura di rilevanza locale. Non sono un campione omogeneo e quindi non hanno una significatività statistica se non per qualche dato aggregato di valore generale.

Comunque secondo il report presentato il contributo di AIOIP al SSN “... assicura più di 1/4 dei ricoveri nazionali, impiegando circa 1/10 della spesa complessiva ... il valore aggiunto economico del settore privato si traduce nella capacità di creare ricchezza a vantaggio dei diversi stakeholder e della comunità di riferimento: il 92% di tutto il valore economico generato dalla componente di diritto privato del SSN viene ridistribuito al territorio, sotto forma di indotto per la filiera di produzione (96mila fornitori diretti nelle sole strutture del campione), di coinvolgimento di professionisti (per un totale di oltre 73mila unità), di gettito fiscale e di contributo al Terzo Settore. Nell’8% che viene trattenuto, inoltre, occorre considerare tutti gli investimenti in Ricerca & Sviluppo e in ammodernamento degli ambienti e delle tecnologie ...”  
A dimostrazione che la sanità “privata accreditata” è tutt’altro che discriminata in Italia.

### **Le fake-news e AIOIP**

La Dr.ssa Cittadini nel suo [articolo](#) su “Quotidiano sanità” denuncia, a suo avviso, delle fake-news sulla sanità “privata accreditata”. In particolare si pone alcune domande precise: “..

Perché si continua a parlare di sanità privata (la sanità a pagamento) per fare riferimento alle strutture di diritto privato della sanità pubblica (finanziata attraverso la fiscalità generale, con un meccanismo di contribuzione progressiva)?”

La diversa natura giuridica ha implicazioni gestionali importanti ... se sei una azienda sanitaria “privata accreditata” devi perseguire comunque il profitto per remunerare chi ha investito nell’azienda. Il tuo obiettivo strategico sarà avere un MOL, Margine Operativo Lordo, positivo per remunerare gli azionisti. Non ti basta un bilancio a pareggio, anzi, se sei a pareggio non sei remunerativo. In queste considerazioni non c’è nulla di “ideologico”, ma solo vincoli economici e giuridici precisi.

Il “pubblico” deve attenersi ad una logica diversa che dovrebbe privilegiare gli obiettivi di salute delle popolazioni e un tendenziale equilibrio di bilancio. In più dovrebbe garantire rendicontazione e trasparenza ai suoi “mandatari”, ovvero, ai suoi stakeholder interni ed esterni.

“... Perché si continua a dire che le strutture private accreditate selezionano le prestazioni meno complesse più remunerative quando le evidenze dicono il contrario?”

Anche su questo quali sarebbero le “evidenze”? Un dato aggregato di 350 strutture associate AIOIP prese insieme in modo indifferenziato? Risulta che le strutture private “accreditate” operano nelle varie Regioni, a prescindere dai diversi modelli di SSR, in base a “tetti di spesa” e a delle “specialità” definite al momento dell’accreditamento da parte della Regione, accreditante in base a loro volta ai bisogni di complementarietà dell’offerta di servizi che il “pubblico” nel momento dell’accreditamento non è in grado di offrire.

Queste “offerte” dovrebbero essere rivalutate nel tempo in base alle dinamiche dei bisogni di salute della popolazione e in base alla capacità o meno del “pubblico” di offrire quei servizi. Quindi avremmo il problema di un aggiornamento dinamico sia del “tetto di spesa” che della qualità dei servizi da ammettere in “accreditamento” nel tempo.

Se poi le Regioni e le ASL non sono in grado di analizzare i bisogni delle popolazioni in divenire e non riescono a ridefinire i capitolati tecnici delle gare e a svolgere adeguate attività ispettive per verificare il permanere della qualità dei servizi nel tempo, gli spazi di discrezionalità gestionale dei privati accreditati si allargano a dismisura e abbiamo il “dominio” della “offerta” contro i bisogni della “domanda” di salute delle popolazioni.

L’incipit del PNRD pone al centro della “visione” di riorganizzazione degli ospedali e della medicina territoriale la analisi della stratificazione dei bisogni e la definizione della piramide del rischio per patologie delle singole popolazioni con conseguente analisi in divenire per sviluppare medicina di popolazione, di prossimità, di iniziativa e di comunità.

Se questo manca, cosa che attualmente è ancora molto diffusa, il “pubblico” subisce il dominio della “offerta” sia sua che dei privati “accreditati”. È una logica a vasi concomitanti inevitabile.

La conseguenza è che si gestiscono i servizi in una logica di “giorno dopo giorno” e di obiettivi prevalentemente economico finanziari e non di salute, salta una logica di programmazione di obiettivi di salute e i Distretti rischiano di non divenire mai più “agenzie di salute” per le loro popolazioni afferenti come indicato nel DM71, poi DM77.

*In questo contesto si può concordare con la collega Maria Pia Randazzo di AGENAS quando ritiene che per superare molte delle attuali criticità sia necessario uniformare e completare i flussi di dati necessari per leggere le attività svolte nelle Regioni e nelle aziende sanitarie. Questo nonostante le relevantissime cifre spese a tal fine fino ad oggi a partire dal “Progetto Mattoni”. Flussi che devono essere uniformi e obbligatori per tutti gli erogatori sia “pubblici” che “privati accreditati”. Su questo ci sono resistenze infinite ...*

*“... Perché si persevera con un approccio ideologico e con la sterile e dannosa contrapposizione pubblico-privato accreditato quando le criticità - iniquità di accesso alle cure per liste d’attesa non governate, rinuncia alle cure, ricorso alla sanità a pagamento, mobilità passiva non fisiologica, inefficienze e sprechi - dovrebbero indurre a potenziare la sinergia tra le due componenti del sistema? Il problema fondamentale è recuperare la capacità di “governance” dei SSR da parte delle singole Regioni. Il “privato accreditato” dovrebbe integrare e completare l’offerta che il pubblico non è in grado di erogare direttamente. Una delle criticità maggiori è la gestione delle “liste di attesa” che, sempre seguendo le proposte della collega Randazzo, è possibile ridurre facendo tre scelte concrete:*

- Far passare per i CUP Regionali tutte le richieste dei cittadini costringendo tutti gli erogatori “pubblici” e “privati accreditati” a condividere tutte le loro agende;*
- Gestire in automatico con corsie preferenziali la “presa in carico” dei pazienti cronici;*
- Verificare la “appropriatezza delle prestazioni” spesso ridondanti e espressione di logiche di “medicina difensiva”.*

*- Questi sono primi e non secondari “banchi di prova” di un rapporto collaborativo e integrato tra strutture sanitarie “pubbliche” e “private accreditate” ....*

*Per ora questa disponibilità non si vede ...*

### **Considerazioni conclusive.**

*Veniamo da anni di tagli lineari al FSN prima per i vincoli di bilancio UE, poi per lo sviluppo della sanità integrativa nell’ambito del “welfare aziendale” come da Legge “Job Acts” del Governo Renzi nel 2016. Da allora ad oggi sono stati di fatto “trasferiti” 37,5 miliardi di euro dal FSN alla defiscalizzazione di polizze assicurative e mutualistiche. Poi per i Piani di Rientro abbiamo avuto tagli e ristrutturazioni che hanno coinvolte diverse Regioni in particolare nel Centro Sud del Paese. Infine sono 20 anni che abbiamo il “tetto di spesa” per il tour over del personale che ha comportato una riduzione di risorse umane e conseguentemente di Posti Letto in tutto il Paese. Tutto questo non ha nemmeno sfiorato le strutture sanitarie “private accreditate”...*

*Polillo e Tognetti hanno scritto su Quotidiano Sanità il 12 settembre scorso un articolo 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”.*

*Condivido il loro pensiero e aggiungo:*

*- Chi se non il “pubblico” - avendo i dati sui bisogni delle popolazioni e potendo integrare i dati al fine di fare stratificazioni in divenire e piramidi del rischio per patologie - può svolgere un lavoro di integrazione di tutte le presenze nelle filiere assistenziali, riallineando degli interessi “privati” su obiettivi di salute generali?*

*- Chi se non il “pubblico” ha i dati e la visione di insieme per svolgere analisi dinamiche in divenire di “domanda” e “offerta” di salute e può proporre obiettivi da condividere per popolazioni date in modo da “accreditare” le offerte che servono, che sono appropriate e che possono essere integrate?*

*- 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”?*

*Il “privato accreditato” è sicuramente una presenza importante e utile se è integrato con il “pubblico” e se condivide con esso strumenti e modelli di governance dei servizi appropriati ed equi e universalistici. Altro problema è il “privato convenzionato” con mutue e assicurazioni ...*

*Si vuole andare ad un diverso modello di welfare nel nostro Paese? Parliamone, ma attenzione siamo già un modello “misto” ... abbiamo l’esperienza delle mutue alle spalle tutt’altro che positiva ...*

*Nei Paesi ove è presente un modello “Bismark” (controllo “pubblico” e gestione “privata”) il pubblico governa gli erogatori, li monitora e li sanziona e garantisce equità e universalismo, vedi la Germania.*

*In conclusione futuri sviluppi, ineluttabili, non devono prevedere necessariamente una diminuzione di ruolo per il SSN, ma invece nuove visioni, nuove competenze, nuove responsabilità e pari, anzi accresciuto, ruolo nella tutela della salute dei cittadini.*

### **Giorgio Banchieri**

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

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120050](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120050)

## **quotidianosanita.it**

### **Dal paziente al centro alla relazione di cura. La vera sfida del sistema sanitario**

**Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci**

*Dobbiamo ricordarci che la performance di un sistema sanitario è in buona sostanza la somma di innumerevoli singole relazioni di cura che funzionano. Questa considerazione può disturbare qualcuno dei nostri "aziendalisti" di professione, ma non ridimensiona anzi giustifica ed esalta tutti gli sforzi che un'ampia comunità di professionisti, manager sanitari, amministratori pubblici e governanti fanno.*



**12 FEB -**

*In precedenti articoli su QS abbiamo affrontato tematiche che riguardano la gestione della salute e il ruolo delle comunità, la congiuntura attuale e la necessità che abbiamo di un approccio integrato al tema salute. Ritorniamo ancora su ciò, ma solo come cornice di quello che però costituisce il cuore di ogni sistema sanitario: l'incontro tra i pazienti e coloro che li curano e li assistono*

#### **La visione "One Health"**

*Con l'inclusione formale del "Programma Ambientale" delle Nazioni Unite (UNEP) condiviso da WHO, FAO e WOHAI nel 2022, e con il successivo lancio del "Global One Health Joint Plan of Action" (2022-26), si è creata l'opportunità per affrontare in un modo nuovo il tema della salute:*

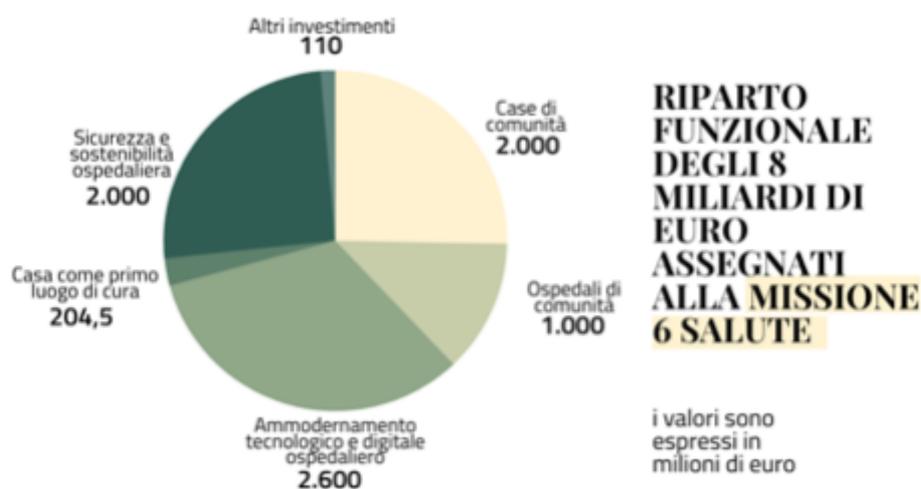
*, "... One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente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

*Questa prospettiva è così interessante e promettente che già adesso dovrebbe spingere molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce presenti e future per la salute e per gli ecosistemi correlati ed i loro rapporti con il cambiamento climatico con il suo impatto dirompente sulle condizioni di vita e di salute che sollecita una rapida e diffusa presa di coscienza della necessità di un cambiamento del modello di sviluppo oggi prevalente.*

## **Il PNRR e il coinvolgimento delle comunità**

Il PNRR, nonostante alcune revisioni peggiorative per il comparto sanitario resta la grande opportunità per consentire la startup di quanto previsto nel DM 77: una visione fondata sulle attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali e in particolare:

- con lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case e gli Ospedali di Comunità, quale punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- con il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- con l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che si prendano cura delle persone in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità (Planetary Health);
- con un uso sistematico di una medicina di iniziativa che si basi però sulla stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con l'uso di algoritmi assistenziali generati con l'aiuto della IA per l'individuazione delle persone da assistere, per la gestione dei loro percorsi, per l'assistenza a domicilio e l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- mediante la convinta valorizzazione della co-progettazione con pazienti e cittadini;
- e infine con la partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e con il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).



## **Medicina di popolazione e di iniziativa nelle comunità**

Nel PNRR l'incipit di tutte le policy di salute parte dalla capacità dei Distretti Sanitari di realizzare un'analisi della stratificazione della popolazione e dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla "programmazione e alla presa in carico". Tutto molto bene, ma con quali strumenti ancora non viene indicato e questo è un punto cruciale per passare dalle chiacchiere ai fatti.

Sempre nel PNRR si afferma che i riferimenti dovrebbero essere:

- la Medicina di Popolazione, per la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati;
- la Sanità di Iniziativa, per la gestione delle malattie croniche, modello fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa;
- la Stratificazione della Popolazione, per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, per differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e del consumo di risorse;
- Il Progetto di Salute, quale strumento di programmazione, gestione e verifica; associato alla stratificazione della popolazione e alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

Determinante sarà la capacità o meno delle AUSL, tramite i Distretti Sanitari, di agire un efficace governance dei processi assistenziali per filiere di patologia, proponendo una lettura dei bisogni delle popolazioni in divenire, obiettivi di salute da condividere e programmi di assistenza da co-gestire.

I Distretti dovranno acquisire quella capacità manageriale e quelle competenze specifiche che in passato solo sporadicamente hanno manifestato di avere:

- la governance dell'assetto organizzativo: il lavoro in team, la presenza di personale non medico qualificato, il coordinamento degli interventi per favorire l'accessibilità e garantire la continuità delle cure sono gli elementi essenziali di un contesto organizzativo favorevole all'assistenza centrata sul paziente;
- la capacità di gestione delle infrastrutture informatiche: una serie di funzioni che favoriscono lo sviluppo dell'assistenza centrata sul paziente richiede la dotazione di infrastrutture informatiche evolute e l'abilità a usarle;
- l'uso di sistemi di valutazione uniformi: nonostante la sua complessità, l'assistenza centrata sul paziente può essere misurata, in modo che i policy makers possano monitorare i progressi verso un sistema sanitario più centrato sul paziente, adottando, come avviene in molti Paesi, un sistema unico di valutazione dei bisogni dei pazienti, partendo dai singoli Distretti Sanitari;
- l'analisi dei fabbisogni formativi: l'università deve occuparsi più frequentemente e rigorosamente delle abilità interpersonali dei professionisti, così come le organizzazioni a tutela dei cittadini devono incoraggiare i pazienti a intervenire nella gestione della loro assistenza e a condividere le decisioni sulla loro salute. Le organizzazioni sanitarie, infine, devono promuovere la cultura della centralità del paziente attraverso politiche che favoriscono la relazione di cura;
- l'interfaccia con la politica: molto dipenderà anche dalla politica, dal ruolo che vorranno svolgere i policy makers a livello nazionale e locale, dal loro impegno nel sostenere trasformazioni strutturali e personali difficili, ma necessarie.



### La comunità come habitat della relazione

Ospedali e Case di "comunità" hanno bisogno di comunità organizzate, proattive, partecipi, inclusive e di reti di servizi sanitari, sociosanitari e sociali che si integrano su obiettivi di salute condivisi.

Se diventano dei nuovi "silos" hanno perso in partenza il loro potenziale di innovazione.

Se diventano dei nuovi "silos" è indifferente chi li gestisce, anche il "privato accreditato", come avviene in Lombardia e già si diffonde in altre Regioni.

Il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini sta mettendo radici in una serie di organizzazioni sanitarie come mostrano numerose esperienze a livello internazionale, nazionale e regionale.

Le competenze locali stanno crescendo, così come la comprensione degli elementi chiave che facilitano la creazione di organizzazioni capaci di coinvolgimento a livello locale.

La "comunità", in quanto tale, quando esiste realmente ed è proattiva:

- È la sede delle relazioni di cura;
- Genera energie e opportunità a supporto del singolo;
- Include e supporta;
- Garantisce la sostenibilità dei servizi e li implementa;
- Previene la fragilità e sostiene le cronicità

Oggi si parla di ecosistemi per intendere comunità di individui che interagiscono con il loro ambiente e sono allo stesso tempo un tutto e una parte di un sistema più ampio.

Nel settore sanitario una prospettiva ecosistemica prevede il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini e ci ricorda che l'assistenza sanitaria, nella sua essenza, riguarda le relazioni tra le persone.

Questa prospettiva evidenzia anche l'idea che queste relazioni interagiscono con, e sono influenzate da, il loro ambiente (ad esempio, comunità, ambienti economici e politici, organizzazioni e sistemi sanitari).

A livello individuale, tutti i partecipanti devono scoprire e sviluppare le proprie competenze, abilità e risorse, per potersi impegnare in relazioni produttive con persone che hanno interessi, conoscenze e prospettive diverse.

## **La relazione di cura**

Da vari anni si afferma che nel nostro sistema e per i nostri servizi "il paziente è al centro". Osservando come funzionano le cose non sempre però tale affermazione trova la necessaria evidenza. Il paziente sarà anche al "centro" ma rischia di restarci da solo perché questa idea di centralità rischia di distrarci da quello che è il vero punto chiave: la relazione di cura

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine (IOM – [www.iom.edu](http://www.iom.edu)) l'assistenza centrata sul paziente significa "rispetto e attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori del paziente, garanzia che quei valori guideranno ogni decisione clinica".

"Paziente al centro" e "relazione di cura al centro" sono concetti correlati ma distinti che pongono l'attenzione su aspetti differenti dell'assistenza sanitaria.

**- Paziente al centro:** questo concetto si riferisce a un modello di assistenza sanitaria in cui il paziente è considerato il punto focale e principale beneficiario del sistema sanitario. Nell'approccio "paziente al centro", l'assistenza è progettata e fornita in modo da rispondere alle esigenze, alle preferenze e ai valori del paziente stesso. Ciò implica un coinvolgimento attivo del paziente nel processo decisionale riguardo al suo trattamento, l'accesso a informazioni trasparenti e comprensibili, nonché una maggiore autonomia nell'autogestione della propria salute.

**- Relazione di cura al centro:** in questo caso si vuol mettere l'accento sull'importanza di una relazione solida e collaborativa tra il paziente e il fornitore di assistenza sanitaria, che può essere un medico, un infermiere o un altro professionista sanitario. Una relazione di cura efficace si basa su elementi come empatia, comunicazione efficace, ascolto attivo, rispetto reciproco e condivisione delle decisioni. Questo tipo di relazione non solo favorisce una migliore comprensione delle esigenze del paziente, ma anche una maggiore aderenza al trattamento e migliori risultati di salute.

In sintesi, mentre "paziente al centro" si concentra sul posizionare il paziente come beneficiario principale dell'assistenza sanitaria, "relazione di cura al centro" enfatizza l'importanza di una connessione di fiducia e collaborazione tra il paziente e il suo fornitore di assistenza sanitaria

Tale relazione si nutre di un continuo scambio bidirezionale d'informazioni finalizzato a esplorare e rispettare le preferenze e i valori del paziente, ad aiutare il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, a facilitare l'accesso alle cure appropriate, a rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute.

I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale sono stati studiati in una serie di ricerche che hanno dimostrato il raggiungimento di una serie di outcome, come: il miglioramento della qualità della vita; una più lunga sopravvivenza; il contenimento dei costi assistenziali (es: minori accertamenti diagnostici, minori ricoveri ospedalieri) e la riduzione nelle disuguaglianze di salute.

Un efficace "relazione di cura" prevede un contesto nel quale funzionino bene le relazioni tra professionisti sanitari e tra quest'ultimi ed il management sanitario.

## **La relazione tra professionisti sanitari**

Le sinergie tra una buona relazione di cura con i pazienti e buone relazioni tra professionisti sanitari sono fondamentali per garantire una gestione efficace dei pazienti e una migliore qualità dell'assistenza sanitaria complessiva. Ecco alcuni modi in cui queste due dimensioni possono interagire positivamente:

**- Comunicazione e condivisione delle informazioni:** una buona relazione di cura tra il paziente e il medico può facilitare una migliore comunicazione e condivisione delle informazioni tra i professionisti sanitari coinvolti nel trattamento del paziente. Se il paziente si sente a suo agio nel comunicare le proprie preoccupazioni e sintomi al suo medico di fiducia, questo può aiutare il medico a comprendere meglio la situazione e a trasmettere informazioni importanti ad altri professionisti sanitari coinvolti, migliorando così il coordinamento del trattamento. Una relazione di cura solida tra il paziente e il suo team di assistenza sanitaria può favorire una maggiore collaborazione e coordinamento tra i professionisti sanitari. Quando i professionisti sanitari operano insieme in modo collaborativo e rispettoso, è più probabile che condividano conoscenze, competenze e risorse per garantire un trattamento completo e integrato per il paziente.

**- Coinvolgimento del paziente nel team dei professionisti sanitari:** quando il paziente si sente parte integrante del team e viene coinvolto nelle decisioni riguardanti il suo trattamento, può contribuire in modo significativo alla sua cura e al raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

**Rispetto reciproco e supporto:** una buona relazione tra professionisti sanitari basata sul rispetto reciproco e sul supporto può riflettersi positivamente nella qualità della cura fornita ai pazienti. Quando i professionisti sanitari si fidano l'un l'altro e si sostengono a vicenda, è più probabile che lavorino insieme al meglio per affrontare per ottenere il miglior risultato possibile per il paziente.

*In definitiva, una buona relazione di cura con i pazienti e buone relazioni tra i professionisti sanitari si alimentano reciprocamente, creando un ambiente favorevole per una cura centrata sul paziente, collaborativa e di alta qualità.*

### **La relazione tra professionisti e manager sanitari**

*Non sono così frequenti gli esempi di una buona relazione tra professionisti sanitari e manager sanitari. Eppure parliamo di una condizione fondamentale per garantire un ambiente di lavoro positivo e per fornire un'assistenza sanitaria di alta qualità.*

*Una buona relazione tra professionisti e manager sanitari si basa su una comunicazione aperta e trasparente, rispetto reciproco, condivisione degli obiettivi, supporto reciproco, affidabilità, collaborazione e promozione di un clima di fiducia e sicurezza. Per riuscirci gli elementi chiave da considerare sono:*

**-Comunicazione aperta e trasparente:** *Una comunicazione chiara e aperta è essenziale per una relazione efficace tra professionisti e manager sanitari. Questo include la condivisione di informazioni pertinenti, obiettivi, aspettative e sfide in modo tempestivo e accurato.*

**- Rispetto reciproco:** *Il rispetto reciproco tra professionisti sanitari e manager sanitari è fondamentale per creare un ambiente di lavoro collaborativo e armonioso. Ciò implica riconoscere e apprezzare le competenze, le responsabilità e le prospettive di ciascuna parte coinvolta.*

**- Condivisione degli obiettivi:** *È importante che professionisti e manager sanitari condividano gli stessi obiettivi e siano allineati rispetto alla missione e alla visione dell'organizzazione sanitaria. Questo favorisce un senso di scopo comune e un impegno condiviso per il successo organizzativo.*

**- Ascolto attivo e coinvolgimento:** *I manager sanitari dovrebbero dimostrare un genuino interesse per le esigenze, le preoccupazioni e le prospettive dei professionisti sanitari. Ascoltare attivamente le loro opinioni e coinvolgerli nel processo decisionale favorisce il senso di appartenenza, alza il morale e motiva i professionisti*

**- Supporto e sviluppo professionale:** *I manager sanitari dovrebbero fornire supporto adeguato ai professionisti sanitari, sia in termini di risorse necessarie per svolgere il proprio lavoro in modo efficace, sia attraverso opportunità di sviluppo professionale e formazione continua.*

**- Affidabilità e coerenza:** *I professionisti sanitari dovrebbero poter contare sui manager sanitari per prendere decisioni coerenti, basate su dati e orientate agli obiettivi, e per fornire una leadership affidabile durante i momenti di sfida o crisi.*

**- Collaborazione e risoluzione dei conflitti:** *La capacità di gestire i conflitti in modo costruttivo e di lavorare insieme per trovare soluzioni efficaci è essenziale per mantenere una relazione positiva tra professionisti e manager sanitari.*

**- Promozione di un clima di fiducia e sicurezza:** *I manager sanitari dovrebbero creare un ambiente di lavoro che favorisca la fiducia, la sicurezza psicologica e il benessere dei professionisti sanitari, promuovendo un equilibrio sano tra lavoro e vita privata.*

### **Perché può essere difficile**

*Ci sono diverse ragioni per cui i manager sanitari non riescono a fare tutte queste cose, ed in particolare il non tener conto del parere dei professionisti sanitari:*

**- Pressioni esterne:** *i manager sanitari potrebbero essere soggetti a pressioni esterne da parte di finanziatori, regolatori o altri stakeholder, che possono influenzare le loro decisioni e priorità, spingendoli a ignorare il parere dei professionisti sanitari.*

**- Obiettivi organizzativi:** *a volte i manager potrebbero essere concentrati principalmente sul bilancio finanziario o il raggiungimento di determinati indicatori di performance, e potrebbero non considerare pienamente alcune possibili implicazioni negative per la pratica clinica o per il benessere dei pazienti.*

**- Mancanza di competenze cliniche:** *alcuni manager sanitari potrebbero non avere una conoscenza dettagliata delle questioni pratiche legate all'assistenza sanitaria, il che potrebbe portarli a sottovalutare o ignorare i pareri dei professionisti sanitari.*

**- Problemi di comunicazione:** *la carenza di una comunicazione efficace tra i manager e i professionisti può portare a incomprensioni o fraintendimenti che ostacolano la giusta considerazione del parere dei professionisti sanitari.*

**- Autoritarismo o mancanza di fiducia:** *talvolta i manager sanitari manifestano uno stile autoritario e mostrare una mancanza di fiducia nei confronti dei professionisti sanitari, scoraggiando la partecipazione attiva o il loro contributo.*

**- Vincoli di risorse:** *non possiamo infine ignorare come accada che i manager sanitari debbano prendere decisioni basate su vincoli di risorse, come budget limitati o carenze di personale, che potrebbero portarli a ignorare o minimizzare i pareri dei professionisti sanitari.*

### **Considerazioni conclusive**

*In conclusione, dobbiamo ricordarci che la performance di un sistema sanitario è in buona sostanza la somma di innumerevoli singole relazioni di cura che funzionano. Questa considerazione può disturbare qualcuno dei nostri “aziendalisti” di professione, ma non ridimensiona anzi giustifica ed esalta tutti gli sforzi che un’ampia comunità di professionisti, manager sanitari, amministratori pubblici e governanti fanno.*

*E ricordiamo, ancora una volta, cosa tutto ciò dovrebbe comportare:*

- *Cambiamenti istituzionali: unificando le competenze sanitarie, socio sanitarie e sociali, che tutt’ora fanno capo a Ministeri diversi (Ministero della Sanità e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) e loro articolazioni territoriali (Ispettorati) e regionali (Assessorati);*
- *Strutturazione dei Distretti Sanitari: come “Agenzie di Salute” delle popolazioni di riferimento;*
- *Loro capacità di governance delle politiche di salute con gli altri stakeholder territoriali e con tutti i soggetti delle filiere assistenziali per patologie;*
- *Formazione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali condivisa su relazioni di cura, empowerment dei cittadini e presa in carico e continuità delle cure, garantendo qualità, appropriatezza, sicurezza, equità e universalismo;*
- *Sistemi unici di valutazione dei pazienti in tutte le Unità di Valutazione Distrettuali e da parte dei terzi erogatori convenzionati o in outsourcing;*
- *Conoscenza delle presenze nei territori dei soggetti terzi nelle filiere assistenziali aggiornata in divenire con banche dati condivise con gli attori dei processi assistenziali e capacità di riconoscimento dei loro possibili apporti e interessi;*
- *Costruzione di Piani di Salute, Piani di Zona, Piani Territoriali condivisi;*
- *Definizione di obiettivi di salute condivisi, loro standard, indicatori e sistemi di monitoraggio e valutazione ex ante e ex post con sistemi sanzionatori e premianti;*
- *Prevedere spazi e mezzi per ospitare le presenze autorganizzate delle comunità nelle “Case di Comunità” e negli “Ospedali di Comunità” favorendo il loro empowerment, la co-progettazione, la co-gestione dei PDTA e degli obiettivi di salute;*
- *Co-progettare eco-gestire quanto sopra con centratura sul paziente, o meglio, sulle relazioni di cura.*

*Semberebbero cose ovvie e consequenziali, ma non lo sono ... ci sono molte resistenze e molti interessi divergenti. È un sistema complesso che richiede volontà ed abilità da parte di coloro che per ruolo istituzionale devono garantire risultati efficaci ed equamente distribuiti per i pazienti ed i cittadini. Quale sfida più bella potremmo immaginare?*

### **Giorgio Banchieri**

*Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università “Sapienza”, Roma*

### **Andrea Vannucci**

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

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120121](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120121)

## **quotidianosanita.it**

### **Carta di Teramo. In dieci punti i requisiti di qualità per la progettazione e gestione degli ospedali nei sistemi sanitari e sociosanitari**

*La Carta rappresenta la sintesi dei contenuti emersi dai lavori del Convegno nazionale “Ospedale del futuro: flessibile, tecnologico, sostenibile: I modelli organizzativi” all’Ospedale “G. Mazzini” di Teramo, promosso e organizzato dalla Aus di Teramo, con il contributo scientifico di Asiquas, la partecipazione del Ministero della Sanità, Agenas, Who Europa e Regione Abruzzo. Propone requisiti basilari per la progettazione e gestione di nuovi ospedali, a fronte dell’impatto della pandemia e degli obiettivi strategici e della “vision” di sistema presenti nel Dm 77/2022*

**26 FEB -**

*Le strutture sanitarie hanno affrontato enormi sfide a causa dell’epidemia di Covid-19. In tutto il mondo, i piani d’emergenza sanitari nazionali hanno faticato a far fronte all’impatto sulla salute della popolazione*

di Covid-19, con gli ospedali e i sistemi di terapia intensiva che hanno ceduto sotto pressioni straordinarie. La sfida durante un'emergenza epidemica è quella di essere preparati a rispondere ai nuovi bisogni, senza ritardi e senza alterare il complesso delle attività ordinarie.

In Italia è stata segnalata una scarsità di posti letto ospedalieri, in particolare di area critica. È giusto però ricordare anche che il ridimensionamento degli ospedali è un fenomeno mondiale, in atto da almeno 50 anni, dovuto alla tecnologia diagnostica e chirurgica, ai nuovi farmaci, al potenziamento dei servizi territoriali e, non ultimo, all'uso meno inappropriato di queste strutture costose. E' quindi opportuno che gli interventi resi necessari dal mutato quadro dei bisogni siano efficaci senza introdurre inefficienze difficilmente sostenibili in futuro. Cambiare vuol dire comprendere l'oggi e valutare quanto gli strumenti normativi che definiscono l'organizzazione dei servizi siano adeguati all'attualità. Da questo punto di vista, urge probabilmente una riforma del DM 70 perché le condizioni per una rete ospedaliera efficiente sono mutate.

In Italia, la gran parte dei nostri attuali nosocomi risale agli anni 30, anni in cui gli ospedali furono costruiti a padiglioni, allo scopo di poter meglio limitare il diffondersi delle malattie infettive, all'epoca ancora preponderanti nei confronti delle malattie acute o cronico degenerative.

Tale separazione logistico strutturale, se da una parte è servita a ostacolare il diffondersi delle malattie infettive, dall'altra ha contribuito ad accentuare la frammentazione, lo sviluppo di organizzazioni a silos, la crescita delle varie branche specialistiche e super specialistiche che, man mano negli anni, hanno determinato frammentazione, rigidità e ridondanze. Per questo, la moderna architettura, parla di Ospedale flessibile, elastico, a fisarmonica e resiliente.

In particolare, gli ospedali dovranno essere resilienti ai cambiamenti economici, sociali e sanitari e, nello stesso tempo, in grado di garantire che il sistema, i servizi e le attività rispondano alle esigenze in costante evoluzione e alle specificità dei diversi pazienti, indipendentemente dalle differenze sociali e geografiche. Questo significa occuparsi oggi di ospedali e se così spesso si usa 'aggettivo "flessibile" è perché il termine rappresenta al meglio quello di cui avremo sempre più bisogno, ovvero strutture in grado di "adeguarsi facilmente a situazioni o esigenze diverse, in tempi brevi e quindi strutture duttili, elastiche, non rigide" per garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività assistenziali in caso di emergenze, consentire la continuità delle attività programmate ad un livello accettabile, gestire i picchi di ricovero in aree dedicate specialistiche (semintensive e intensive, in particolare).

### **1) Integrazione dell'Ospedale in ottica "One Health"**

In sanità tutto è in continua trasformazione, instabile, incerto, volatile, complesso, ambiguo (VUCA)

Il rapporto tra ospedali e territori all'interno della dimensione "One Health" va declinato, ovvero, "... One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile" [One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021]

Quindi, per la progettazione dei nuovi ospedali, rimangono ancora utili i riferimenti al "Chronic Care Model" nella versione "expanded" dei colleghi Barr e altri e il modello di "integrazione" di Leutz, W. (1999). "Five laws for integrating medical and social care: lessons from the US and UK." The Milbank Memorial Fund Quarterly 77(1): 77-110

Ricordiamo che per "integrazione" si intende "... erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura (assistenza/servizi coordinati e interconnessi nel tempo e coerenti con le esigenze e preferenze di salute delle persone) all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti" [WHO (2018) - Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services], è necessario ricomporre i saperi clinici e assistenziali in un approccio "centrato" sul paziente.

### **2) Centralità del paziente e capacità gestionale dell'ospedale di "far fronte"**

Dobbiamo imparare a sviluppare la capacità di "coping" ("ability to cope", capacità di "fare fronte"), elemento, questo, che, in contrasto con il classico concetto di "prendere in carico" (che sottintende un rapporto di dipendenza e di potere), pone l'accento sull'importanza dell'autonomia e delle "modalità riequilibranti" interne a ogni individuo (risorsa fondamentale nel caso delle malattie croniche), e, in una prospettiva sociale, sull'importanza del coping verso l'ambiente visto non solo in termini individuali, ma anche collettivi, vedi l'approccio "One Health".

Questo con attenzione al tema della “relazione di cura”, ovvero ai rapporti, dirimenti l’esito di un percorso di cura, tra operatori sanitari, pazienti e loro caregiver, facilitati da strutture ospedaliere più accoglienti e facilitanti l’interazione tra pazienti e curanti.

È ormai certo che è necessario pensare a un diverso modello funzionale, relazionale e spaziale, che possa tenere conto di tutte quelle misure di prevenzione apprese dalla pandemia e legate al distanziamento, all’isolamento e all’intervento su persone contagiate e, al contempo, di creare ambienti lavorativi e di cura accoglienti e ospitali e rispondere anche alle altre istanze di cura.

La declinazione del tema si effettua tra i seguenti item per condividerne valori e contenuti: a) Integrazione sanitaria; b) Continuità assistenziale; c) Sistemi clinici micro, meso e macro; d) Reti cliniche; e) Percorsi Assistenziali (PDTA) [Di Stanislao F.,: Le logiche di complessità e di sistema nella Sanità e nella Salute come premesse per i nuovi scenari di Welfare di comunità. QA 11 (2); 65-74: 2000].

L’elemento unificante della navigazione – anche nell’ottica value based – è includere la prospettiva del paziente tra le dimensioni da monitorare nella qualità dell’assistenza. Questo vuol dire arricchire il monitoraggio dei PCA/PDTA di indicatori di processo ed esito con i PREMs (Patient Reported Experience Measures) e i PROMs (Patient Reported Outcome Measures)

Per il nostro sistema sanitario, vuol dire prendere finalmente in considerazione il concetto del valore di una cura ed entrare in un sistema pay for value

Oltre ad essere un organismo ad elevata efficienza e tecnologia, l’ospedale è anche e soprattutto un luogo di vita per i pazienti, le famiglie e professionisti sanitari. Per questo motivo è necessario che diventi un luogo accogliente e inclusivo, capace di valorizzare gli aspetti legati alla percezione psicologica dello spazio, i principi di umanizzazione e di progettazione biofisica.

### **3) Appropriately e assistenza integrata dei nuovi ospedali**

Per “appropriatezza clinica” si intende “... Utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche” [Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. 2006. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 18 Suppl 1:5-13]

L’“appropriatezza clinica” fa riferimento alla capacità di un intervento sanitario di rispondere al bisogno del paziente (o della collettività) con un bilancio favorevole tra benefici e rischi, sulla base di modalità e standard riconosciuti.

Tuttavia, appropriatezza clinica e organizzativa non sono più adeguate senza un’assistenza integrata socio sanitaria. Sembra opportuno richiamare le indicazioni emerse dall’European Social Network Conference tenutesi a Edimburgo nel luglio del 2005. Nella sintesi del documento “Integrated Care. A Guide for Policymakers” si afferma che “... 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 su 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”. [Kodner DL, Spreeuwenberg C (2002) “Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A Discussion Paper” in International Journal of Integrated Care, Vol. 2]

### **4) Gli ospedali come “nodi” di reti cliniche**

Dal 2011 l’OMS afferma che la salute è la capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive. Questo significa che la salute viene intesa come convivenza ed accettazione dello stato di salute di “quel momento” che comunque consente la capacità di autogestirsi, quindi di vivere anche in condizioni di irreversibile perdita della salute stessa.

Ecco quale deve essere il punto su cui sviluppare in modo coordinato tutti gli asset per dare ad ogni cittadino la risposta giusta e appropriata ai suoi bisogni sanitari e socio-assistenziali ovvero fare ed essere “sistema” sapendo che le reti cliniche sono considerate funzionali al miglioramento dell’efficacia ed efficienza del sistema di cura perché consentono di erogare cure integrate e continue in termini di azioni clinico-assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali; facilitano la condivisione di good e best practice e la maggiore equità di accesso ai servizi per favorire il reale diritto alla salute e la centralizzazione dei pazienti nei percorsi di cura con l’uso ottimale di tutte le risorse, permettendo lo sviluppo di economie di scopo e di scala, facilitando la condivisione dei costi assistenziali ma anche quelli di ricerca e sviluppo, favorendo una maggiore circolazione delle informazioni e della comunicazione interprofessionale, con conseguente accelerazione dei processi di diffusione della innovazione.

Ne deriva che costruire reti cliniche è uno dei modi principali per fare “Clinical Governance e Integrazione”, i due drivers principali di sviluppo, grazie ai quali le questioni della continuità delle cure,

della presa in carico completa di “quello specifico paziente” per determinate aree di bisogno/domanda sono condivise tra il livello politico-istituzionale, quello aziendale e quello tecnico-professionale. Il governo delle reti cliniche si pone quindi nell’ottica del passaggio gestionale e culturale da modelli di semplice “government” che vedono una netta divaricazione tra conoscenza dei processi e misurazione dei risultati in un’ottica prevalentemente gestionale di controllo delle risorse, ad un modello organizzativo più evoluto che si basa sulla progressiva responsabilizzazione degli attori delle diverse reti verso la valutazione degli esiti di cura/salute raggiunta dai pazienti e non solo delle semplici attività/prestazioni erogate

### **5) Sostenibilità dei sistemi socio-economici e dei sistemi sanitari e degli ospedali**

Il principio guida della “sostenibilità” è lo “sviluppo sostenibile”, che riguarda l’ambito ambientale, quello economico e quello sociale. I settori culturali, tecnologici e politici sono, invece, considerati come sottosettori dello sviluppo sostenibile. Per sviluppo sostenibile si intende lo sviluppo volto a soddisfare i bisogni della generazione presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di far fronte ai propri bisogni. “Ecosistemi” e “sistemi ambientali sani” sono necessari per la sopravvivenza della specie umana e degli organismi viventi. Il percorso verso il raggiungimento della sostenibilità rappresenta anche una sfida sociale che coinvolge legislazioni e diritti, sia internazionali che nazionali, i sistemi urbani e i trasporti, gli stili di vita locali e individuali e il consumo.

Per vivere in modo più sostenibile si può ricorrere ad alcune strategie, come la riorganizzazione delle condizioni di vita, delle modalità lavorative, dell’utilizzo delle scienze per lo sviluppo di nuove tecnologie, oppure la progettazione di sistemi flessibili e reversibili, oltre che l’adattamento degli stili di vita individuali e collettivi per garantire la conservazione delle risorse naturali, che non sono infinite.

Quanto sopra richiede conseguentemente di affrontare il tema della sostenibilità dei sistemi sanitari ed in essi degli ospedali tenendo conto sia della loro riproduzione nel tempo (sopravvivenza) che della loro riforma/ottimizzazione interna.

Le crisi di salute pubblica sono dovute ad eventi biologici, sociali, economici e politici. Queste sfide non possono essere affrontate solo dalla medicina umana o dalla sanità pubblica ed è stato riconosciuto che è necessario un approccio inter e transdisciplinare, ovvero, l’approccio “One Health”.

Quanto sopra comporta progettare e gestire gli ospedali come “hub” di reti integrate nei territori in grado di essere “nodi delle reti” e strumenti proiettati verso i territori e verso i domicili, come “primi luoghi di cura”, vedi la “vision” contenuta nel DM 77/2022.

### **6) Gli ospedali, precisi, digitali, intelligenti e connessi come strumenti e sedi di innovazione,**

**Per praticare l’innovazione occorre:**

- Avviare progetti di cura e assistenza ambiziosi,
- Coinvolgere i pazienti e le loro associazioni nello sviluppo di questi nuovi percorsi di cura,
- Approfittare delle innovazioni e delle nuove tecnologie per fare in modo nuovo, diverso e soprattutto più rapido, quello che fino ad oggi abbiamo fatto in altro modo
- Cominciare a fare qualche cosa di nuovo e diverso rispetto a ieri, per un ospedale fortemente connesso con il nuovo modello delle cure di prossimità nel territorio;
- Condividere le competenze, le conoscenze, le capacità e sviluppare nuovi comportamenti per la gestione davvero integrata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;
- Usare sempre di più e sempre meglio i big data, i data analytics e l’intelligenza artificiale per studiare e implementare nuovi servizi per rispondere ai nuovi bisogni dei pazienti,
- Entrare in un’ottica più green
- Entrare anche in una ottica metaverso;
- Ragionare in termini di ecosistemi ovvero di soluzioni cliniche e assistenziali, impatto e accountability per andare oltre la somma di singole prestazioni non coordinate e non efficaci.

La digitalizzazione dell’ospedale giocherà un ruolo fondamentale non solo per ottimizzare i processi e migliorare l’efficienza, la qualità e l’accessibilità dell’assistenza sanitaria, ma anche per migliorare l’esperienza dei pazienti. Da una parte le tecnologie digitali consentiranno di offrire servizi sanitari a distanza tramite telemedicina, teleassistenza e tele monitoraggio; dall’altra garantiranno una migliore collaborazione tra il personale medico, una maggiore trasparenza nella condivisione delle informazioni, maggiori livelli di sicurezza nella conservazione e il trattamento dei dati clinici.

La trasformazione dell’ecosistema della salute in atto sta cambiando profondamente il modo in cui affrontiamo l’assistenza sanitaria. Questo cambiamento coinvolge diversi aspetti chiave. Stiamo assistendo a una transizione dai modelli organizzativi tradizionali a nuovi approcci più flessibili e integrati. Gli ospedali non sono più l’unico punto focale della salute. Sono ora parte di un percorso di cura più ampio che comprende la casa del paziente, la comunità, i servizi sociali, lo stile di vita e la capacità di autogestione della salute. Per promuovere l’innovazione in questo contesto, è necessario avviare progetti ambiziosi di cura e assistenza, coinvolgere attivamente i pazienti nello sviluppo di nuovi percorsi di cura,

sfruttare le innovazioni e le nuove tecnologie per migliorare l'assistenza, condividere competenze e conoscenze, adottare un approccio più ecologico e ragionare in termini di ecosistemi clinici e assistenziali per superare la frammentazione delle prestazioni. L'ospedale flessibile è un elemento chiave di questo nuovo approccio, in cui la continuità delle cure si estende oltre i confini fisici.

Questo richiede una gestione attenta delle risorse, flessibilità organizzativa, coinvolgimento dei pazienti, condivisione di competenze e una prospettiva sostenibile per garantire un sistema di cura completo e responsabile.

### **7) Gestione della “clinical governance” e stratificazione del rischio nelle strutture ospedaliere**

Nel concetto di “clinical governance”, quindi, sono insite più “dimensioni” da gestire con politiche attive permanenti da parte del management aziendale, quali: efficacia clinica, risk management, audit clinico, conformità e complementarità, esperienza degli operatori e del management, standard e aderenza, rendicontazione sociale e trasparenza.

Inoltre occorre essere in grado di programmare il governo della domanda con uno strumento come il PHM (Population Health Management), che rappresenta la capacità di gestire la filiera dei servizi coinvolti nelle diverse fasi della malattia (dalla diagnosi al fine vita) accompagnando la fruizione da parte del cittadino con nuovi servizi integrati.

Questo in un contesto di evoluzione del CCM (Chronic Care Model) attraverso la gestione di percorsi di cura predisposti ex ante che declinino la qualità delle cure in termini di prestazioni ritenute appropriate e di luoghi di erogazione.

Questa è l'essenza del “Value Based Healthcare” che potremmo definire la possibilità di dare esattamente quello che serve a quel particolare paziente, niente di più e niente di meno.

Infatti già oggi possiamo identificare e segmentare la popolazione attraverso specifici algoritmi che distinguono le coorti per condizioni di salute o patologie diverse, predisporre modelli di offerta e di presa in carico specifici per target di popolazione, e attivare un sistema di monitoraggio orientato alla valutazione, finalmente, degli “outcome”

### **8) “Flessibilità” e “adattabilità” degli ospedali per supportare il cambiamento**

Nella buona progettazione di un ospedale tutto viene studiato: dal modo di mettere in atto percorsi clinici individuali all'adeguatezza degli spazi fisici dove essi si attuano, con la finalità di assicurare cure efficaci e sicure, creando le migliori condizioni nelle quali la struttura contribuisce a mitigare la fatica degli staff o l'insorgenza di stati di burnout che sappiamo essere un rischio concreto per chi opera in questi contesti. Tutto ciò deve funzionare anche in caso di repentine variazioni della domanda.

La flessibilità è un concetto multidimensionale e con tale termine si intende la capacità di adattamento rapido dei percorsi di cura e l'introduzione rapida di nuovi e diversi sistemi di cura e di interventi innovativi necessari per rispondere all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione.

Quindi il concetto di “flessibilità” in sanità e negli ospedali ha una dimensione progettuale e gestionale e una dimensione fisica di organizzazione degli spazi di cura e assistenza. A questo proposito si segnalano:

- la flessibilità del processo di progettazione, per contrastare sia la precoce obsolescenza dell'organismo edilizio sia l'obsolescenza del progetto. Attraverso un approccio mirato all'individuazione di elementi invarianti ed elementi variabili, il progetto può progressivamente essere aggiornato e rinnovato nelle sue parti variabili, supportando il mutato e mutante contesto delle esigenze.
- la flessibilità del sistema edificio, per consentire durabilità funzionale e durabilità tecnologica. Le scelte di tipo distributivo, tecnologico e impiantistico condizioneranno la capacità dell'edificio di adattarsi ai cambiamenti futuri, assecondando o ostacolando le trasformazioni; sistemi aperti (sistemi costruttivi prefabbricati, elementi edilizi modificabili, predisposizioni impiantistiche modulari) garantiranno maggiore convertibilità, implementazione, scalabilità, rigenerazione rispetto ad evoluzioni in termini di: progressi clinici e tecnologici, modalità di analisi e interpretazione dei dati sanitari, evoluzione di tecnologie e apparecchiature, trasformazioni nella rete e nel sistema, eventi emergenziali.

### **9) Ecosostenibilità negli ospedali e sicurezza delle cure e degli spazi dedicati**

Le strutture sanitarie capaci di guardare al futuro puntando all'eccellenza dovranno abbracciare gli obiettivi di salute universale suggeriti dal nuovo paradigma “One Health”. In tale contesto, un ruolo chiave è svolto dalle strategie, tecnologie e sistemi informativi capaci di approcciare in maniera virtuosa il tema vitale dell'efficienza energetica.

L'ospedale in quanto istituzione sanitaria ha un ruolo chiave nell'interpretazione e nella diffusione dei principi di “sostenibilità”. “Sostenibilità” intesa non solo come riduzione dell'impatto sull'ambiente e promozione di pratiche eco-compatibili, ma anche come diffusione di una cultura green volta a migliorare la salute dei cittadini. Per questo motivo, l'organismo ospedaliero, oltre a ottimizzare la sua efficienza

energetica e ambientale, si configura come una struttura fisica e organizzativa ad impronta salutogenica, dove non solo “si ripara” ma anche “si previene” e “si insegna” come farlo; l’ospedale diventa promotore di una nuova consapevolezza ambientale.

All’interno di questa strategia assume un nuovo valore il concetto di “green hospital”, capace di dare valore a questo concetto sotto molteplici aspetti, tra i quali l’attenzione alla gestione dei rifiuti, l’uso di materiali sostenibili, la presenza di trasporti a basso impatto, la riduzione degli sprechi in un’ottica “lean”, l’alimentazione sostenibile. In questo senso, l’efficienza energetica e l’innovazione digitale rappresentano il motore per un più elevato livello di prestazioni in termini di resilienza e sostenibilità ambientale.

In questo approccio può essere affrontato in modo olistico il tema della “sicurezza” declinato come capacità di favorire il lavoro di team mediante la formazione e anche specifici programmi di studio; di procedere all’analisi delle malpractice e del risk management in ogni contesto operativo; di incentivare l’alfabetizzazione digitale e il miglioramento ergonomico e l’usabilità degli applicativi; di affidare il design dei servizi a esperti; di disporre al pari di altri Paesi di sistemi informativi in grado di fornire dati epidemiologici “reali in tempo reale”.

## **10) Tecnologia e innovazione nelle policy sanitarie e di salute**

La trasformazione dell’ecosistema della salute coinvolge molteplici aspetti chiave, con una transizione dai modelli organizzativi tradizionali a nuovi approcci più flessibili e integrati.

Questa flessibilità non si limita agli ospedali ma coinvolge l’intero sistema.

Il long-term care richiede sempre più un approccio integrato; la collaborazione tra pazienti, famiglie e operatori sanitari è essenziale e servizi più vicini alle comunità diventeranno la norma. Ormai l’ospedale non è più l’unico punto focale della salute, ma diventa parte di un progetto di salute più ampio che coinvolge la casa del paziente, la comunità, i servizi sociali e gli stili di vita.

Il ruolo dell’assistito è in evoluzione; ora dovrebbe partecipare attivamente alle decisioni sulla propria salute e alla gestione delle proprie condizioni.

Per promuovere l’innovazione in questo contesto, è fondamentale sfruttare le innovazioni e le nuove tecnologie, condividere competenze e conoscenze, coinvolgere attivamente i pazienti nello sviluppo di nuovi percorsi di cura, e ragionare in termini di ecosistemi clinici e assistenziali per superare la frammentazione delle prestazioni.

I modelli organizzativi dell’ospedale flessibile dovranno sfruttare le soluzioni digitali (sia al suo interno che rispetto al suo ruolo nell’ecosistema salute), per ottenere percorsi dinamici e interconnessi.

L’integrazione tra comportamenti sostenibili e soluzioni digitali consentirà di adeguarsi alle mutevoli esigenze, migliorando l’efficacia delle risposte e la qualità dell’assistenza.

Questo richiederà un flusso informativo e comunicativo costante, mediato dalla tecnologia, per una reale integrazione dei servizi, ponendo la salute del paziente al centro del continuum di cure.

Le tecnologie digitali saranno fondamentali in questo processo, per ottimizzare la comunicazione tra i professionisti della salute e consentire la condivisione efficiente e sicura dei dati clinici. I pazienti potranno accedere a tutti i propri dati e partecipare attivamente alle decisioni sulle cure.

Le tecnologie sono ormai capaci di migliorare l’efficienza e la qualità delle cure, contribuendo a creare un ecosistema digitale della salute in cui le informazioni sono condivise in modo efficiente e personalizzato, con il paziente al centro del processo decisionale.

L’integrazione profonda dell’assistenza richiede una integrazione altrettanto profonda delle tecnologie.

La digitalizzazione degli ospedali e del resto del sistema è cruciale per ottimizzare i processi, migliorare l’efficienza e garantire una migliore collaborazione tra tutti gli attori, a beneficio dell’esperienza complessiva dei pazienti.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120439](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120439)



# Questioni etiche nella fornitura di assistenza sanitaria nei sistemi sanitari Safety-Net

Dave A. Chokshi, e Frederick P. Cerise

10 febbraio 2024

DOI: 10.1056/NEJMp2310893

*La signora M., una venditrice ambulante di 55 anni di lingua spagnola, si sveglia una mattina ed è terrorizzata nel vedere la stanza che le gira intorno. Viene portata d'urgenza in ambulanza in un ospedale senza scopo di lucro, dove riceve cure per un ictus acuto causato da ipertensione non trattata, stenosi mitralica e fibrillazione atriale. Poiché è un'immigrata priva di documenti e non assicurata, al momento della dimissione le viene detto di rivolgersi a un vicino sistema sanitario di sicurezza per cure cardiologiche e neurologiche, nonché per la riabilitazione.*

Specific Examples of Ethical Issues Encountered in Safety-Net Health Systems.		
Ethical Issue	Examples	How a Safety-Net Health System Has Addressed the Issue
Resource allocation and management	Patients experiencing homelessness are significantly more likely to have high emergency department and inpatient utilization.	Hennepin Healthcare, in part through an accountable care organization, deployed care managers and built community partnerships to reduce avoidable utilization such as readmissions.
Access to the "right" care	Medicaid eligibility in many states expires 60 days postpartum, but complications beyond 60 days contribute to increased maternal morbidity and mortality. Patients' social needs influence health outcomes but often go unaddressed by other parts of the safety net.	Parkland Health arranged seamless care beyond 60 days with the use of autoenrollment in its indigent care program to maintain care, particularly for women with chronic medical, psychiatric, or substance use disorders. Boston Medical Center embeds financial services like tax preparation in clinics to address poverty and health.
Engaging in advocacy	Uninsured patients are primarily seen in safety-net settings, but state and federal efforts toward universal health care have been halting and insufficient.	Healthy San Francisco makes health services available and affordable to uninsured residents, while local leaders continue to advocate for more robust state and federal policies.
Clinician morale and well-being	Long wait times and inefficient scheduling for outpatient specialty care lead to clinician dissatisfaction and moral injury.	Los Angeles County implemented electronic consultation (eConsult) and expected practices to streamline the primary care–specialty care interface and improve access to specialists.
Building trust with marginalized communities	Members of marginalized communities have experienced harm associated with health care or specific safety-net institutions.	New York City Health + Hospitals, in partnership with the city health department, hired community health workers from disinvested neighborhoods to serve as trusted liaisons among patients, health care workers, and community-based organizations.

### Esempi specifici di problemi etici riscontrati nei sistemi sanitari Safety-Net.

*I sistemi sanitari con rete di sicurezza forniscono cure essenziali alle persone non assicurate, sottoassicurate o a basso reddito. La loro missione fondamentale è servire pazienti come la signora M. che hanno un accesso limitato ai servizi sanitari. Questa missione, in un contesto di risorse limitate, dà forma alle questioni etiche più salienti affrontate dai medici e dai leader della rete di sicurezza, nonché dal più ampio ecosistema sanitario (vedi [tabella](#)).*

*Nei sistemi di rete di sicurezza, i limiti delle risorse significano che ogni spesa per la cura di un paziente deve essere misurata rispetto ai suoi costi opportunità. Vari quadri etici potrebbero guidare tali decisioni sull'allocazione e sulla gestione delle risorse. L'utilitarismo o il consequenzialismo, ad esempio, sostengono che le risorse limitate dovrebbero essere allocate in modo da massimizzare i benefici sanitari per la popolazione servita. Ma un'attenzione ristretta alla massimizzazione dei benefici ignora considerazioni di equità, come la distribuzione dei benefici e dei costi tra individui e sottogruppi.*

*In un altro quadro, l'universalismo mirato, le organizzazioni cercherebbero un equilibrio etico fissando obiettivi universali e allocando le risorse in modo più mirato, "in base a come i diversi gruppi sono situati all'interno delle strutture, della cultura e delle aree geografiche per ottenere l'obiettivo universale".<sup>1</sup> Nel contesto della rete di sicurezza, un approccio universalista mirato potrebbe essere quello di offrire a tutti i pazienti un appuntamento per le cure primarie entro un certo periodo di tempo, assegnando risorse per l'apertura di una nuova clinica in un quartiere con scarso accesso alle cure primarie.*

*In pratica, possono sorgere tensioni in qualsiasi tentativo di rendere operativi i precetti etici. Ad esempio, richiedere che le informazioni vengano raccolte per determinare l'idoneità assicurativa prima di una visita medica è una politica che porta alla generazione di entrate, ma può anche ritardare le cure. Se, ad esempio, la signora M. fatica a fornire le informazioni finanziarie richieste, spiegando: "Tutto è a nome di mio marito e viene pagato in contanti", il suo appuntamento dal cardiologo potrebbe essere annullato.*

*A livello di sistema, i leader devono calibrare la capacità dei servizi per soddisfare la domanda insoddisfatta – in particolare per servizi critici ma scarsamente rimborsati come l'assistenza psichiatrica ospedaliera, la cura dei traumi o la riabilitazione – mentre gestiscono le risorse complessive. Nel caso della signora M., una lunga lista d'attesa per la terapia fisica ambulatoriale può ritardare la sua riabilitazione per ictus di diverse settimane, ma spostare ulteriori terapeuti dall'ospedale per servire pazienti come lei ritarderebbe le cure ospedaliere e, a causa dei tassi di rimborso più bassi, comportare una perdita finanziaria netta per il sistema. Sebbene tali situazioni siano impegnative, la possibilità di servire pazienti con opzioni altrimenti limitate è il motivo per cui molti medici scelgono in primo luogo di esercitare la propria attività in sistemi sanitari con reti di sicurezza. "Nessuno si allontana" e "indipendentemente dalla capacità di pagare" fanno parte del credo degli ospedali pubblici e dei centri sanitari comunitari statunitensi. Tuttavia, rimanere fedeli a quel credo presenta in ogni caso i propri dilemmi etici. Ad esempio, poiché molti sistemi di rete di sicurezza sono finanziati dai contribuenti di una determinata contea, i funzionari eletti vogliono limitare l'assistenza sovvenzionata dalle tasse ai residenti della contea. Ma i medici vogliono prendersi cura del paziente che hanno di fronte, indipendentemente dal suo indirizzo di casa. Prendersi cura dei migranti e di altre popolazioni in transito solleva questioni simili.*

*Un modo in cui i sistemi di rete di sicurezza hanno gestito la scarsità è applicando il principio collaudato del triage: dedicare innanzitutto le risorse ai pazienti in crisi. Tali sistemi quindi spesso si concentrano principalmente sulle cure acute, sugli ospedali e in particolare sui servizi di emergenza e intensivi, esemplificati dai centri traumatologici. Tuttavia, l'attenzione alle emergenze solleva altre domande sui valori e sulle priorità, come quando e a chi dovrebbero essere offerti servizi aggiuntivi.*

*La signora M., ad esempio, potrebbe ricevere eccellenti cure acute per il suo ictus in un ospedale senza scopo di lucro, forse in parte perché tali cure sono rimborsate da Medicaid di emergenza. Ma le cure primarie avrebbero potuto aiutarla a controllare la pressione sanguigna e consentire l'individuazione della sua malattia valvolare, possibilmente prevenendo in primo luogo l'ictus. I leader del sistema di rete di sicurezza devono decidere quanto investire nei servizi di prevenzione, soprattutto perché altrimenti molti pazienti potrebbero non avere accesso alle cure primarie. Allo stesso modo, ci sono dei compromessi tra investire nelle infrastrutture – magari aggiornando le cartelle cliniche elettroniche o rendendo gli spazi clinici più dignitosi e moderni – ed estendendo i servizi esistenti, magari assumendo ulteriori infermieri o assistenti sociali.*

*La proposta di affrontare i bisogni sociali insoddisfatti dei pazienti, come i senz'atetto e l'insicurezza alimentare, è irritante per i sistemi sanitari con reti di sicurezza. Per la maggior parte dei pazienti serviti da tali sistemi, i fattori sociali influenzano sicuramente i risultati sanitari. Tuttavia, correggere le disuguaglianze economiche radicate e il razzismo strutturale è un compito arduo per le organizzazioni con risorse limitate e solleva preoccupazioni per lo slittamento della missione. Alcuni sistemi di reti di sicurezza sono stati pionieri nel colmare il divario, sviluppando e adattando approcci allo screening dei bisogni sociali e collaborando con organizzazioni a livello comunitario e dipartimenti di sanità pubblica per soddisfare tali bisogni. È stato dimostrato che gli interventi che comportano la colocation con i servizi sanitari, come le partnership medico-legali e l'assistenza fiscale in loco, hanno un ritorno sull'investimento positivo.<sup>2</sup>*

*Le domande sui bisogni sociali sollevano anche considerazioni etiche più ampie su quando e come impegnarsi nell'advocacy. I professionisti e le organizzazioni sanitarie si trovano ad affrontare tensioni tra concentrarsi sulla qualità dell'assistenza all'interno dei vincoli strutturali esistenti e sfidare tali vincoli attraverso l'advocacy. Parlare apertamente di questioni politicamente impegnative – ad esempio, i chirurghi traumatologici che sostengono il controllo delle armi – può essere un obbligo morale, ma potrebbe anche mettere a repentaglio i finanziamenti, che spesso dipendono dal sostegno dei funzionari eletti. E come nel caso della signora M., medici e leader devono confrontarsi con il modo in cui il sistema sanitario più ampio influenza l'assistenza fornita nelle istituzioni della rete di sicurezza.*

*Il "dumping" dei pazienti è una pratica non etica in base alla quale alcuni operatori sanitari trasferiscono o indirizzano in modo inappropriato pazienti non assicurati o a basso reddito, di solito verso sistemi sanitari*

con reti di sicurezza. <sup>3</sup> Meno ovvia, ma simile, è la cooptazione degli sconti sui farmaci 340B e del programma Disproporzionate Share Hospital (DSH), originariamente progettati per supportare la missione della rete di sicurezza ma che sono stati distorti per avvantaggiare altri fornitori (spesso con risorse migliori). Sia indirizzando i pazienti che indirizzando erroneamente i fondi, tali pratiche spesso danneggiano i pazienti e minano la solvibilità finanziaria dei sistemi sanitari della rete di sicurezza.

Senza una copertura sanitaria universale, i problemi di “equa condivisione” continueranno ad affliggere l’assistenza sanitaria negli Stati Uniti. America’s Essential Hospitals, il gruppo commerciale per i sistemi sanitari con rete di sicurezza, ha fatto della protezione e di un migliore targeting dei programmi 340B e DSH il centro della sua difesa politica. I medici che lavorano nella rete di sicurezza hanno richiamato l’attenzione sugli obblighi etici e legali degli ospedali no-profit di prendersi cura dei pazienti non assicurati. E i leader della sanità pubblica a San Francisco, Los Angeles, New York e Massachusetts sono stati all’avanguardia nei programmi di assistenza sanitaria universale avanzati a livello locale e statale.

L’advocacy richiama anche l’attenzione su problemi che solo le persone che lavorano nella rete di sicurezza potrebbero altrimenti vedere, come il trattamento disumano delle persone prive di documenti come la signora M. Le persone prive di documenti che vivono e lavorano negli Stati Uniti rimangono non ammissibili per la maggior parte delle assicurazioni pubbliche che coprono servizi non di emergenza, compresa la dialisi ambulatoriale. Tali pazienti devono ricorrere alla dialisi solo nei reparti di emergenza, che sono tenuti per legge a fornirla come terapia salvavita. Questa restrizione frustra allo stesso modo pazienti, medici e amministratori: aumenta i tempi di attesa del pronto soccorso, indebolisce le risorse ospedaliere e si traduce in cure inferiori. Uno studio ha stimato che la dialisi programmata era associata a una mortalità a 1 anno del 3%, rispetto al 17% della dialisi di emergenza, e inoltre costava circa 5.800 dollari in meno al mese. <sup>4</sup>

Testimoniare queste realtà scioccanti può motivare il sostegno, ma richiede anche un tributo ai medici. Il danno morale, che è associato più in generale al disagio del medico, assume una valenza particolare nella rete di sicurezza a causa sia delle circostanze dei pazienti che del background dei lavoratori. Ad esempio, durante la pandemia di Covid-19, il trauma subito dal personale sanitario è stato aggravato nelle istituzioni della rete di sicurezza, il cui personale spesso proviene dalle comunità in cui presta servizio, che sono state colpite in modo sproporzionato dalla pandemia.

I medici che lavorano nella rete di sicurezza possono essere più propensi di altri a imbattersi in linee guida etiche contrastanti, che richiedono loro, ad esempio, di bilanciare il rispetto per l’autonomia del paziente con un’assistenza culturalmente sensibile. Tali tensioni apparenti, tuttavia, possono essere trattate meno come dicotomie che come dialettica; riformulare la considerazione etica come rispetto per i pazienti in quanto persone (invece di un rigoroso rispetto dell’autonomia del paziente) può comprendere un’assistenza culturalmente sensibile. La signora M., ad esempio, potrebbe chiedere consiglio sull’opportunità di tornare in Messico in modo permanente invece di sottoporsi a un intervento chirurgico alla valvola mitrale. Idealmente, i medici possono far emergere le radici delle decisioni dei pazienti che sembrano contrarie ai loro migliori interessi – in questo caso, ad esempio, ponendo domande aperte e ascoltando la signora M. che spiega i relativi meriti delle sue opzioni. Spesso tali decisioni sono legate a precedenti esperienze di mancanza di rispetto, discriminazione e razzismo.

I pazienti provenienti da comunità emarginate potrebbero aver avuto esperienze negative con particolari istituzioni della rete di sicurezza o con il sistema sanitario più in generale. Un’altra importante questione etica è come riconoscere quella storia orientando l’assistenza in modo da ridurre i danni e massimizzare i benefici futuri. La signora M., ad esempio, potrebbe riconoscere la paura degli ospedali legata sia al suo status di immigrato che alle esperienze passate dei suoi familiari, ma assumerla in cura potrebbe impedire alla sua malattia cardiaca di peggiorare fino a diventare insufficienza cardiaca. I meccanismi per il contributo e la responsabilità della comunità, compreso l’ascolto dei comitati consultivi della comunità e degli operatori sanitari laici, possono aiutare a creare fiducia con i pazienti emarginati.

I medici e i leader dei sistemi sanitari con reti di sicurezza si confrontano quotidianamente con una miriade di dilemmi etici. Nel riflettere sul caso della signora M., dovremmo considerare anche gli obblighi morali del resto del sistema sanitario a sostenere la rete di sicurezza, dato il suo ruolo essenziale. Il principio etico della solidarietà, più comunemente invocato al di fuori degli Stati Uniti, coglie questa reciprocità di obblighi. <sup>5</sup> I pazienti come la signora M. e le comunità più ampie traggono vantaggio quando i sistemi sanitari dotati di rete di sicurezza hanno il potere – con risorse e attraverso politiche – di compiere la loro missione.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2310893?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX18o2ig9xCaxTZThPQ%2Bamz%2F%2FeT8NGiNVJTWj%2Fe6L53%2Fin8R7txAtqzfHVQKG5IF4dJMfCtv3IEAjQ90Q1YoXeQJhH4fZ7LD6wils3seh3QpY%2Bjpi%2Fcy%2BeA1TYtc1HCXs%2FxmYyTAzd49fYCBzlh8WN2KUMP7x8%2Be2ECI74WItemZ00JKztEw0%2FRzeaPT0lz4hKbpF0I36BSHGyg%3D%3D&ci>



## ***Il grande monito del filosofo Morin per un nuovo umanesimo di fratellanza***

Publicato il 4 Agosto 2023 in [Ideas](#), [Pensieri](#), [Io c'ero](#) da Laura Bolgeri

***Il filosofo Morin, nel suo più recente "Svegliamoci!", dà un suggerimento per chi è preoccupato per il futuro della società, del mondo e del pianeta***

*Un grande filosofo e sociologo francese, Edgar Morin ha scritto un incoraggiamento per il nostro futuro e per il futuro dell'umanità e ci viene proposto in un libro recente, "Svegliamoci!". Morin ha antiche origini italiane (precisamente toscane ) di cui è orgoglioso. E ha una ragguardevole età, centuno anni (è nato a Parigi nel 1921, l'otto luglio).*

***Il titolo del nuovo libro è "Reveillons nous!". Recentemente è stato tradotto e pubblicato anche in italiano "Svegliamoci" in una collana curata dal filosofo e critico Mauro Ceruti, che ha già curato l'edizione di diversi libri di Edgar Morin, che fanno un esame approfondito delle nuove condizioni umane e della nuova epoca in cui ci troviamo sia dal punto di vista storico sia sociale .***

### ***I suggerimenti del filosofo Morin***

*"Svegliamoci " è un libro breve che si concentra in chiave antropologica soprattutto su un tema, che tutti gli storici e i politici degli Stati europei, e non solo, dovrebbero proporsi di affrontare. E cioè **una nuova visione e nuova conoscenza della realtà politica e sociologica che viviamo, e una nuova interpretazione dei problemi che dobbiamo affrontare in tanti settori.***

*Il testo del filosofo Morin, nonostante la profonda complessità dell'argomento, è accattivante e la lettura non è complicata. E questo perché Morin è un autore che conosce bene il mondo e la storia e su argomenti sociali che riguardano la realtà che viviamo oggi ha scritto tanti libri. Inoltre ha viaggiato molto, ha avuto diversi rapporti di lavoro nella società, ha vissuto l'amore e gli affetti che sono di tutti. Ancora oggi, alla sua ragguardevole età ha accanto una donna, una moglie che l'ama e che lui ama. E' Sabah, originaria di Marrakech, che ha fatto studi approfonditi e ricerche in sociologia e sembra che a volte sappia dare una mano e un appoggio a Edgar nelle tematiche che affronta.*

***Il libro "Svegliamoci" del filosofo Morin interessa soprattutto chi si pone delle domande sul nostro futuro, il futuro della società umana, affrontando i problemi che sono già emersi in molte nazioni del mondo. Prima di tutto quelli devastanti della guerra, dell'economia, i rapporti sociali, i rapporti con i profughi e con le popolazioni di diverse nazioni.***

*Il volume contiene un ammonimento che riguarda molte nazioni, molte culture: già altri suoi testi del resto parlano di **"fraternità nel mondo"**, di condivisione dei problemi, di ricerche basate sulla programmazione di un nuovo futuro. Già nell'introduzione Edgar Morin – quasi per trovare riconoscimenti- riporta una frase del filosofo spagnolo Josè Ortega Y Gasset che denuncia la generale ignoranza e la percezione inesatta della realtà da parte di molte popolazioni e alla fine esprime un caldo ammonimento per risvegliare le nostre coscienze .*

Così Morin fa una lunga analisi della storia della Francia, dalla storica Rivoluzione del 1789, che ha creato due diversi atteggiamenti politici nel Paese: uno essenzialmente umanista e uno che possiamo definire reazionario. E illustra diversi dettagli della storia in generale, in cui viene coinvolta la Francia e l'Europa. *Ma quello che interessa di più i politici, oltre alla storia dei recenti flussi migratori, sono la costruzione dell'Europa e gli accordi tra i Paesi europei, oltre la pandemia e quello che possiamo definire "la crisi del pensiero" o "il pensiero della crisi".*

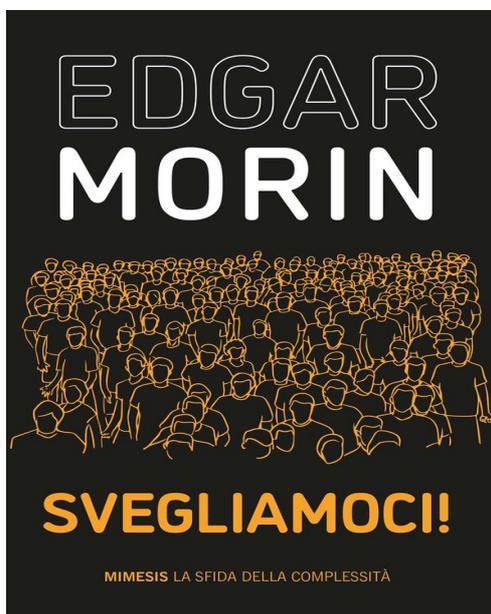
### **Che cosa è una crisi, secondo il filosofo Morin?**

Nel libro, riferendosi alle crisi che molti oggi avvertono si chiede che cosa è successo nel mondo. Quante certezze sono state spazzate via! *"Svegliamoci!"*, è il suggerimento destinato a chi è preoccupato per il futuro della nostra società, del mondo e del nostro pianeta. Ed è il titolo del libro, che parte dalla storia della Francia e analizza il presente su un orizzonte molto ampio. Una sorta di richiamo alla realtà e una auspicata riorganizzazione delle idee al fine di classificare e organizzare le priorità che dobbiamo affrontare. Ed è un problema complesso che devono prendere in considerazione molte popolazioni non solo europee.

In questo breve saggio **del filosofo Morin invoca un mondo più umano**, ci mette in guardia sulle eccessive conseguenze causate dalla finanza e sull'atteggiamento passivo delle nostre società. Il progresso solo materiale, secondo il nostro filosofo-antropologo, non solo nasconde le catastrofi, ma le prepara. Ed è per questo che non deve essere prioritario.

Nel testo del libro Edgar Morin, precisando ulteriormente che la Francia umanista è in crisi... scrive che "non è solo una crisi della civiltà e dell'umanesimo, si tratta di una crisi più radicale e nascosta: una crisi del pensiero che partecipa della crisi propria di una nuova era dell'umanità."

Ecco come il tema si è allargato e si sta allargando. E molti non lo sanno vedere. E alla fine del libro, alla voce "Ringraziamenti" il filosofo Morin ha anche scritto: "Ringrazio la mia compagna e sposa Sabah che ha avuto l'idea di questo appello per un risveglio delle coscienze e mi ha incoraggiato a scriverlo. Ha accompagnato il mio lavoro con suggerimenti pertinenti e una lettura critica:". Una conferma che l'umanità e la condivisione sono alla base di tutto, oggi.



*"Non sappiamo che cosa ci sta accadendo, ed è precisamente questo che ci sta accadendo." La celebre frase di José Ortega y Gasset, posta dal filosofo Morin a epigrafe di questo pamphlet, vale a maggior ragione per il nostro tempo. La nostra miopia nella comprensione del presente dipende da una crisi del pensiero? O da una sorta di sonnambulismo generalizzato?*

*In questo nuovo saggio, il grande filosofo francese sottolinea la necessità di trovare una bussola per orientarsi nell'oceano dell'incertezza in cui siamo dispersi. Una bussola che ci aiuti a comprendere la storia che stiamo vivendo, dalla marea di estrema destra dilagante in Europa alla crisi economica, fino al degrado ambientale del nostro pianeta. Grazie alle riflessioni del filosofo planetario, incalzati dalle sue domande possiamo tentare*

di comprendere come il mondo si sta trasformando e accogliere la sfida senza precedenti che siamo chiamati ad affrontare. Dunque... svegliamoci!

<https://www.grey-panthers.it/ideas/pensieri/io-cero/il-monito-del-filosofo-morin/>

**quotidianosanita.it**

## **Salute e sanità devono essere una priorità per il Governo. Sempre più italiani la pensano così**

*Per quasi 7 italiani su 10 gli investimenti in salute devono essere messi al primo posto: Ps, assistenza ospedaliera e prevenzione le aree su cui intervenire con maggiore urgenza. E per quasi 9 su 10 la sanità pubblica è una priorità strategica: il finanziamento deve essere quindi aumentato. Sono questi solo alcuni dei risultati emersi dalla ricerca IPSOS presentata alla sesta edizione di “Inventing for Life Health Summit” organizzato da Msd e dedicato al tema “Investing for Life: la salute conta”*

**21 FEB -**

*Per gli italiani nell'agenda della politica gli investimenti in salute devono essere messi al primo posto, persino davanti a lavoro e costi per l'energia. E sono sempre di più quelli che la pensano così, in due anni le percentuali sono cresciute: i cittadini che puntano con decisione sulla salute sono passati dal 52% al 69%. Ma non solo, quasi 9 Italiani su 10 ritengono che la sanità pubblica rappresenti una priorità strategica per il Paese e che sia necessario un aumento del suo finanziamento.*

*A intercettare la percezione degli Italiani sulle priorità pubbliche è l'indagine Ipsos presentata il 2 a Roma nel corso della **sesta edizione di “Inventing for Life Health Summit”** organizzato da MSD Italia e dedicato al tema “Investing for Life: la salute conta!”.*

*Una kermesse che ha puntato i riflettori sui cambiamenti in corso nella percezione degli Italiani anche alla luce dell'esperienza del Covid e delle cronache di difficoltà quotidiana dell'assistenza sanitaria. Obiettivi cercare di capire in che misura le Istituzioni sono pronte a tradurre in iniziative concrete la domanda di salute che arriva dai cittadini; ed anche come assicurare alla filiera industriale delle Life Sciences - determinante per la crescita economica del Paese, la salute e la qualità di vita dei cittadini - l'humus istituzionale, legislativo, economico-finanziario necessario all'innovazione.*

*Dall'indagine è infatti emerso un alto riconoscimento dello sforzo di R&S messo in campo dalle aziende farmaceutiche: quasi 7 Italiani su 10 ritengono che il settore farmaceutico possa rappresentare uno stimolo per la ripresa dell'economia italiana e il 73% della popolazione ritiene che lo Stato debba investire di più nell'assistenza farmaceutica pubblica. Quasi 8 Italiani su 10 sono convinti che i vaccini salvino le vite e sostengono che essi siano importanti per proteggere anche chi non può vaccinarsi. Nettamente in maggioranza la quota di italiani favorevole a un maggior coinvolgimento delle farmacie nelle vaccinazioni (78%).*

*“Investire nella Sanità – ha affermato **Nicoletta Luppi**, Presidente e Ad di MSD Italia – produce, per definizione, un impatto positivo sulla salute di cittadini e pazienti; ma tante sono le esternalità positive generate, sia in termini di effetti sugli obiettivi dello sviluppo sostenibile che di crescita economica e sociale del Paese. La Salute – prosegue Nicoletta Luppi – ha bisogno di investimenti e di innovazione; ma l'innovazione ha bisogno di un ecosistema attrattivo. Riconosciamo al nuovo Governo di aver previsto, con l'ultima Legge di Bilancio, un significativo aumento delle risorse destinate alla Sanità pubblica e un ulteriore ribilanciamento dei tetti di spesa farmaceutica pubblica, ma i problemi non sono stati risolti.*

*In quanto parte attiva e di valore dell'ecosistema della salute, vogliamo essere portatori di proposte responsabili, lavorando insieme per un futuro di salute in cui nessuno resti indietro. In particolare, chiediamo che la Salute sia mantenuta in cima all'agenda politica e istituzionale sia a livello europeo (guidando la Revisione Farmaceutica all'insegna del progresso) che nazionale (aumentando progressivamente le risorse destinate al SSN). Auspichiamo, inoltre, l'adozione di una strategia italiana per le Life Sciences, in grado di posizionare la ricerca e la filiera industriale sugli standard internazionali più avanzati, rendendo il Paese ancor più attrattivo nei confronti degli investimenti esteri”.*

*“E pensiamo – ha concluso Nicoletta Luppi - che sia necessaria la definizione di una nuova governance per il settore farmaceutico: un nuovo modello di finanziamento della spesa farmaceutica pubblica che premi e incentivi l'innovazione (grazie anche all'inclusione dei farmaci con innovatività condizionata all'interno del capiente Fondo per i Farmaci Innovativi) e che riconosca nella spesa sanitaria un asset*

strategico per il Paese, rivedendo, di conseguenza, i criteri di contabilizzazione almeno di una sua quota – quella destinata all’immunizzazione – come spesa in conto capitale e non corrente”.

Secondo i dati della ricerca Ipsos presentata dal Presidente **Nando Pagnoncelli**, come abbiamo visto, nel giro di due anni, è aumentata dal 52% al 69% la quota di italiani che indicano salute e sanità come le priorità assolute su cui il Governo dovrebbe investire, davanti al lavoro e ai costi dell’energia. In particolare, andrebbero privilegiati Pronto Soccorso, Assistenza Ospedaliera e Prevenzione. Diminuisce invece la quota di italiani che ritiene utili la telemedicina, la trasformazione digitale e l’intelligenza artificiale nel campo sanitario (da 79% a 68%). Un dato questo che fa pensare come le incognite sull’Intelligenza Artificiale abbiano forse contribuito a raffreddare gli entusiasmi per la trasformazione digitale, che viene comunque ritenuta utile dal 68% degli italiani (contro il 79% del 2021).

“Salute e sanità restano la prima priorità per il Governo nelle attese dell’opinione pubblica italiana – ha osservato **Nando Pagnoncelli** – le razionalizzazioni che investono la sanità pubblica, amplificate dalle notizie di cronaca sulla pressione cui sono sottoposti gli operatori sanitari rinforzano l’urgenza di azione attesa sui servizi e l’assistenza ospedaliera, soprattutto di primo soccorso. Una menzione particolare meritano le opinioni che abbiamo raccolto sulla digitalizzazione della sanità, elemento centrale della Missione 6 del Pnrr: la rapidità dell’evoluzione degli strumenti digitali, pensiamo all’AI generativa, sta generando sentimenti conflittuali nell’opinione pubblica, con ansie e aspettative. Il timore della perdita dell’indispensabile contatto umano si compensa con l’attesa di efficientamento nei processi e di progressi nella precisione e rapidità delle diagnosi. Resta elevato e stabile il riconoscimento di ruolo all’industria farmaceutica e robusta è anche la convinzione che essa sia fattore di potenziale stimolo alla crescita economica del paese”.

**La Sanità come priorità strategica da sostenere con adeguati finanziamenti.** Dall’Indagine è emerso che quasi 9 Italiani su 10 ritengono che la sanità pubblica rappresenti una priorità strategica per il Paese e che sia necessario un aumento del suo finanziamento.

#### **Ma quali sono le risposte della politica e delle istituzioni a questa richiesta?**

“Il Governo Meloni – ha dichiarato l’On. **Marcello Gemmato**, Sottosegretario di Stato alla Salute – ha da subito dimostrato una grande attenzione nei confronti del nostro Servizio Sanitario Nazionale e nella sanità pubblica in generale: lo dimostra l’incremento del Fondo Sanitario Nazionale che quest’anno ha raggiunto la cifra di 134 mld di euro e che vede solo nel prossimo triennio un aumento di 11 miliardi. Riconosciamo l’esigenza di apportare cambiamenti agli attuali modelli organizzativi in alcuni settori, come, ad esempio, quello farmaceutico, per il quale, con la Legge di Bilancio 2024, abbiamo reso più efficiente il modello di governance della spesa. Siamo consapevoli della necessità di adottare politiche più efficaci per rendere più sostenibile il SSN, a beneficio dei nostri cittadini. Ben vengano occasioni di confronto come quella di oggi, che testimoniano come il settore delle Life Sciences sia sempre più al centro dell’agenda politica, economica e sanitaria dell’Esecutivo”.

“I risultati del sondaggio sono impressionanti e confermano gran parte delle nostre preoccupazioni – ha dichiarato il Sen. **Antonio Misiani** Vicepresidente 5° Commissione Bilancio, Senato della Repubblica. La sanità è di gran lunga il tema più sentito dall’opinione pubblica e cresce la consapevolezza del sottofinanziamento del sistema rispetto al resto d’Europa e della necessità di accrescere la dotazione di risorse destinate al SSN, riducendo le liste di attesa e rafforzando l’assistenza territoriale e ospedaliera. Come PD continueremo ad impegnarci in questa direzione. Bisogna fare molto di più per la sanità: si tratta di un diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione”.

**Un contributo determinante per l’innovazione e la crescita, non solo della Sanità ma di tutto il sistema-paese, è legato allo sforzo di Ricerca&Sviluppo messo in campo dalle aziende farmaceutiche.** Quasi 7 Italiani su 10 ritengono che il settore farmaceutico possa rappresentare uno stimolo per la ripresa dell’economia italiana e il 73% della popolazione ritiene che lo Stato debba investire di più nell’assistenza farmaceutica pubblica. Ma occorre valutare in una nuova prospettiva la spesa sanitaria e quella farmaceutica in particolare, finanziando e usando al meglio risorse come il Fondo per i farmaci innovativi e considerando parte almeno di questa spesa – ad esempio, quella per i vaccini - come investimento e non solo costo, alla luce del ritorno che può dare per la salute della comunità.

**Quasi 8 Italiani su 10 sono convinti che i vaccini salvino le vite e sostengono che essi siano importanti per proteggere anche chi non può vaccinarsi.** Nettamente in maggioranza la quota di italiani favorevole a un maggior coinvolgimento delle farmacie nelle vaccinazioni (78%) perché considerate più accessibili rispetto agli ospedali o ai centri medici e per consentire una riduzione del carico di lavoro sugli ospedali.

“Dobbiamo superare le attuali criticità e rendere più equa l’accessibilità e la sostenibilità, anche dal punto di vista economico, delle nuove terapie disponibili, come i farmaci e i vaccini innovativi – ha

affermato **Simona Loizzo** XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati. Queste scoperte scientifiche - e penso ad esempio a quelle oncologiche - rappresentano per molti pazienti una vera e propria speranza di vita. Eventi come questo rappresentano una grande opportunità di confronto e collaborazione affinché tutta l'innovazione possa essere messa a disposizione dei cittadini”.

“L'investimento in sanità risulta non solo urgente e necessario, ma anche una leva di sviluppo per il Paese, senza la quale l'Italia è destinata al declino. Senza di esso non saremo in grado di far fronte alle sfide che il Paese dovrà affrontare in futuro, anche a causa della transizione demografica, e inoltre non saremo in grado di rispondere ad un diritto costituzionalmente garantito, che è il diritto alla salute – ha affermato **Elena Bonetti** XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati. Per questo è necessario un piano di profondo rinnovamento dell'impianto del sistema sanitario, che veda un investimento significativo nella formazione e nel reclutamento di nuovo personale, ma anche in un'organizzazione del sistema differente che permetta di eliminare completamente le liste d'attesa. Senza un investimento significativo di questa natura si verrà meno ad un'asse fondamentale che è quella della prevenzione e della diagnosi tempestiva delle patologie. Accanto a questo si devono strutturare percorsi di presa in carico continuativa delle patologie croniche che, sempre di più, interesseranno la popolazione che invecchia. Per fare questo la politica deve smetterla con la retorica e decidere di allearsi per poter dare risposta significativa: fare scelte politiche e quindi dare una priorità di investimento sul sistema sanitario nazionale. Accanto a questo però l'intero sistema Paese è chiamato a contribuire, in particolare il mondo delle imprese come luoghi di formazione ad una cultura della prevenzione della salute ma anche per costruire, insieme alle istituzioni e al sistema sanitario, percorsi di promozione della salute e di tutela della stessa anche nel mondo del lavoro”.

“Investire in Salute significa essere capaci di trasformare in meglio la vita dei Pazienti - ha dichiarato il Sen. **Guido Quintino Liris** 5° Commissione Bilancio, Senato della Repubblica. Le recenti scoperte tecnologiche, come i farmaci e i vaccini innovativi, sono in grado di far fronte alle nuove sfide in ambito sanitario con evidenti vantaggi anche sulla stabilità economica di un Paese. Sicuramente il legislatore può agire, nel campo delle regole di contabilizzazione pubblica, per far sì che alcune spese sanitarie, e penso ad esempio alle spese per la prevenzione vaccinale, vengano considerate nella loro componente di investimento”.

“La filiera industriale delle Scienze della Vita rappresenta un settore altamente strategico per l'Italia grazie a elevati moltiplicatori dell'attività economica e di impatto sociale, una forte propensione agli investimenti in ricerca e in produzione, al capitale umano di qualità. Se si considera che a livello globale ogni anno il settore investe più di 200 miliardi di dollari e l'Italia ne intercetta meno dell'1% appare evidente che dobbiamo porci l'obiettivo di attrarre il maggior ammontare possibile di investimenti, ha affermato **Valerio De Molli**, Ceo & Managing Partner di The European House – Ambrosetti. Per aumentare la nostra attrattività, ed essere più competitivi nella competizione globale, è necessario agire con un portafoglio integrato di interventi e politiche, in grado di fronteggiare le sfide del sistema-Paese nel suo complesso a partire dal rafforzamento del SSN, da una nuova strategia per il settore farmaceutico e dall'elaborazione di un vero e proprio Piano nazionale delle Life Sciences. Dobbiamo agire rapidamente per non perdere terreno nei confronti dei principali Paesi europei nostri competitor che hanno adottato strategie chiare e Piani di settore orientati a sostenere e incentivare l'industria, premiando sempre più la ricerca e l'innovazione”.

**La crescita degli investimenti potrà contribuire anche a dare maggiore attenzione ai bisogni dei pazienti nel percorso diagnostico-assistenziale:** più di 8 italiani su 10 sono convinti che i pazienti debbano essere attivamente coinvolti nei processi decisionali di cura, e il 67% giudica positivamente il ruolo svolto dalle Associazioni a favore dei pazienti.

“Per le associazioni pazienti è di fondamentale importanza investire ed ottimizzare le risorse per gli screening e per le cure oncologiche come richiesto dalla Mission on Cancer e dall'Europe's Beating Cancer Plan che pongono come obiettivo di salvare milioni di vite umane: Prevent what is preventable – ha affermato **Elisabetta Iannelli** Segretario Generale Favo – l'Italia deve investire per raggiungere l'obiettivo posto dall'UE di garantire che il 90% della popolazione acceda agli screening oncologici ed alla vaccinazione da papilloma virus. È necessario investire nel digitale anche per facilitare l'accesso agli screening e aumentarne l'adesione anche mediante incentivi come quelli di recente previsti dalla Regione Lombardia. È essenziale investire nella genomica per una medicina sempre più personalizzata anche riguardo agli screening che potranno essere finalizzati ancor più a diagnosticare malattie il cui rischio sarà individuato dai test genomici. Ridurre il carico delle malattie prevenibili e diagnosticabili precocemente, è un investimento fruttuoso per la Sanità e per il Welfare State e significa anche ridurre il

carico di dolore e la tossicità finanziaria che il tumore ed i trattamenti antitumorali comportano per il malato e per la sua famiglia”.

**Il tema degli investimenti in ricerca e sviluppo va inquadrato nello scenario che vede l'Europa impegnata ad attrarre risorse per i settori a maggiore potenziale, come quello delle Life Sciences**

“L'Europa sta perdendo terreno rispetto ai suoi concorrenti globali – ha dichiarato **Louise Houson**, Presidente Core Europe & Canada Region di MSD. Negli ultimi 20 anni, la quota degli investimenti in Europa in R&S è diminuita del 25% e dobbiamo rafforzare il sistema di incentivi europei per riorientare gli investimenti in R&S verso l'Europa. Nel 2023, l'Unione Europea ha avviato la prima revisione completa dell'intero quadro legislativo farmaceutico europeo in 20 anni - la “EU Pharmaceutical Strategy” - di cui sosteniamo pienamente gli obiettivi: garantire ai pazienti di tutta l'Europa un maggiore accesso ai farmaci e ai vaccini di oggi e rafforzare il contesto europeo per l'innovazione dei trattamenti di domani. Purtroppo, alcune delle riforme proposte stanno portando a compiere passi indietro per quanto riguarda l'innovazione medica riducendo i diritti di esclusività in tutti i settori, oltre a ridurre la durata della protezione dei dati regolatori e l'esclusività di mercato per i farmaci orfani.

La riduzione degli incentivi farmaceutici rischia di compromettere ulteriormente gli investimenti in R&S in Europa e non risolve le questioni principali dei ritardi nell'accesso ai farmaci da parte dei Pazienti europei - ritardi che risiedono nei sistemi sanitari nazionali. È importante che l'Europa mantenga la competitività per attrarre una maggiore quota di investimenti da destinare alla Ricerca&Sviluppo. Le aziende operano a livello mondiale e le decisioni legate agli investimenti sono legate all'attrattività dell'ecosistema di R&S. A tal proposito, accolgo con piacere la posizione del governo italiano, che ha espresso una profonda preoccupazione per l'indebolimento dei diritti di protezione dei dati proposto dalla riforma farmaceutica”.

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=120336](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=120336)



**PRIORITÀ E ASPETTATIVE  
DEGLI ITALIANI  
PER UN NUOVO SSN**

Un sondaggio d'opinione promosso da IPSOS

Nando Pagnoncelli, Chairman

Gennaio 2024

GAME CHANGERS Ipsos

<https://www.fimmq.org/index.php?action=pages&m=view&p=32239&lang=it>

## **Non dimentichiamo l'umanizzazione nell'assistenza sanitaria...pur tra le tante difficoltà**

**Emilio Cariatì**

**05 FEB -**

Gentile Direttore,

*ogni giorno quasi tutti i quotidiani dedicano pagine alla sanità, chi più chi meno, diversi gli argomenti in risalto che hanno un'unica radice, la carenza/assenza di personale sanitario, talvolta vi sono anche carenze strutturali. Contestualmente i problemi di salute delle persone si stanno acuendo sempre più, dilungando questa "storica" via crucis, che prima o poi qualcuno a malincuore dovrà prendere decisioni non consone alla storia della democrazia italiana che nel 1978 ne ha contrassegnato la sua vera unicità in quella famosa legge 833/1978, "universalità, globalità, eguaglianza", che oramai sembra solo un ricordo mentre la Politica continua beatamente e lentamente nel suo discorrere in lungo ed in largo sul come fare, facendo trasparire l'assenza di consapevolezza.*

*Bisogna evitare questo evidente paradosso, dove da una parte si soffre e dall'altra si discute, in sanità molti problemi vanno risolti in tempi brevissimi soprattutto le storture create dalle riforme precedenti come la Riforma del Titolo V della Costituzione, sulla sanità non devono sventolare bandiere di campanili, ma unicamente il tricolore della nazione, dando dignità all'uomo quale sistema di bisogni ponendolo al centro della vita terrena in qualunque parte d'Italia si trovi, senza differenze alcuna.*

*Mai come oggi la vita umana in Italia è affidata alla sorte, al buon medico che trovi in pronto soccorso, che capisca la tua lingua e la tua fragilità del momento.*

*Come è possibile che con una galoppante carenza di medici ed infermieri ancora si cerca come articolare sul numero chiuso, quando in realtà è il percorso che dovrebbe fare la naturale selezione vedendo le qualità emergenti non solo del sapere ma soprattutto del saper fare del nuovo professionista, dove quest'ultimo tassello sia la vera metrica di valutazione, cerchiamo di ridurre le cose all'essenziale e lasciamo i convenevoli o i complementari, che molte volte servono a ben poco. Focalizziamo il nostro agire a ciò che serve realmente, ogni tanto facciamo un esame di coscienza non verso il proprio trascendente ma verso il proprio io, io sono veramente una persona umana.*

**L'Assistenza Sanitaria non può essere scandita dall'orologio** ma deve essere appropriata all'utenza che si ha davanti, il malato in quel momento vive un disagio, è sofferente, ha fatto tanti chilometri, ecc. non deve essere liquidato in pochi minuti, solo perché c'è una lista con una tempistica da rispettare, questa non è assistenza sanitaria, l'assistenza sanitaria esige un dialogo aperto tra operatore sanitario e paziente, solo così si può capire la realtà di vita dell'altro per meglio poter rispondere ai suoi problemi e magari indirizzarlo verso altri professionisti. Bisogna distribuire equamente le più elementari risorse strutturali e professionali in rapporto all'epidemiologia prevalente su ogni territorio regionale e provinciale, senza vedere elicotteri alzarsi continuamente dove la vita della persona in quel momento è data dall'abilità del pilota e dall'autista dell'ambulanza che accoglie il paziente nel raggiungere nel più breve tempo possibile l'ospedale.

**L'ammalato, quale persona umana non può girovagare da una parte all'altra dello stivale o nella stessa regione** ma, deve essere ascoltato ovunque vada, non è un numero, parimenti anche la Sanità Italiana attualmente è in una condizione sofferente che deve essere ascoltata, bisogna agire subito ed in fretta, questo sempre più profondo bisogno di salute di tutti i cittadini non può essere disatteso, sia per i sani per mantenersi in forma che per i malati per mantenersi in vita.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=119961](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119961)

## **Per una nuova politica europea del farmaco**

**Angelo Barbato, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano**

*S'impone una radicale scelta politica: una grande azienda pubblica europea che governi l'intera filiera su cui si basa l'intero ciclo del farmaco, dalla ricerca indipendente sia di base che clinica fino allo sviluppo, alla produzione e alla distribuzione sviluppo, produzione e distribuzione*

**Nel novembre del 2020 la Commissione Europea ha adottato i principi di una nuova strategia farmaceutica per l'Europa** (Commissione Europea, 2020), con l'obiettivo di fornire le basi per l'approvazione di una direttiva e un regolamento in sostituzione dell'attuale legislazione che regola il settore farmaceutico. Secondo la Commissione era necessario creare un quadro normativo che promuovesse la ricerca e la tecnologia per favorire l'accesso alle innovazioni terapeutiche tenendo conto delle carenze del mercato e delle lacune evidenziate dalla pandemia di coronavirus. Questo nuovo quadro normativo dovrebbe rispondere a quattro esigenze principali che affrontino una serie di problemi prioritari:

- **garantire ai cittadini l'accesso ai farmaci a prezzi accessibili e soddisfare bisogni sanitari non soddisfatti**, ad esempio per quanto riguarda la resistenza agli antibiotici, i tumori e le malattie rare.
- **favorire la competitività, la capacità di innovazione e la sostenibilità** del comparto farmaceutico dell'Unione Europea e la produzione di medicinali di alta qualità, sicuri, efficaci e a basso impatto ambientale.
- **migliorare i meccanismi di preparazione e risposta alle crisi**, predisponendo catene di approvvigionamento diversificate e affidabili, in grado di affrontare le carenze di farmaci.
- **assicurare una posizione forte dell'Unione Europea sulla scena mondiale**, promuovendo standard elevati in termini di qualità, efficacia e sicurezza.

**L'individuazione di questi problemi prioritari significava evidentemente che il sistema attuale non garantiva costi accessibili per i farmaci**, non dava risposte a importanti bisogni di salute, non favoriva l'innovazione non permettendo né lo sviluppo di farmaci di qualità né un'adeguata preparazione delle risposte alla crisi. Sono questioni non da poco, che sembravano richiedere una profonda azione di riforma.

**Successivamente alla pubblicazione della strategia, si è aperta una fase di consultazione pubblica, in cui sono stati accettati commenti, suggerimenti e indicazioni da parte di tutti i potenziali portatori di interessi.** Hanno partecipato quasi 500 soggetti di vario tipo: istituzioni accademiche, agenzie sanitarie, rappresentanti degli utenti, forze politiche e sindacali, organizzazioni di cittadinanza attiva, associazioni scientifiche e professionali, operatori socio-sanitari e anche semplici cittadini singolarmente. Questa fase si è svolta da Marzo a Dicembre del 2021 ed è stata seguita da ulteriori approfondimenti con indagini mirate, interviste e seminari tematici fino a Marzo del 2022. Ai documenti inviati spontaneamente se ne sono aggiunti altri sollecitati dal Gruppo di Lavoro sul futuro della scienza e tecnologia del Parlamento Europeo e successivamente sono stati commissionati due studi sulla valutazione d'impatto delle varie proposte (European Parliament, 2023a).

**A conclusione delle valutazioni di impatto gli esperti hanno individuato come soluzione realistica quella di basare la nuova direttiva su una combinazione** tra una leggera riduzione per le aziende farmaceutiche dei diritti di esclusività derivanti dalla protezione brevettuale e una serie di incentivi per favorire comportamenti virtuosi garantendo un rafforzamento e un'estensione di questi diritti, permettendo anche il trasferimento dell'esclusività da un farmaco a un altro, in cambio da parte delle aziende di una maggiore trasparenza sui finanziamenti pubblici ricevuti per la ricerca, della promozione studi clinici competitivi, dello sviluppo di nuovi farmaci verso settori dove c'erano maggiori esigenze di innovazioni, come il contrasto della resistenza agli antibiotici, i generici e i biosimilari, della riduzione dell'impatto ambientale dei farmaci. Venivano anche ritenute utili un'accelerazione dei tempi per le autorizzazioni al commercio dei farmaci, con una semplificazione delle procedure, una riduzione del carico burocratico.

Era quindi evidente la scelta di consigliare l'introduzione di correttivi relativamente modesti anziché di un'ampia revisione delle regole che governavano il settore farmaceutico, come sembrava richiedere la strategia delineata nel 2020.

**Accettando queste considerazioni, alla fine è stata approvata nell'Aprile 2023 la proposta di una direttiva da trasmettere al Parlamento (Commissione Europea, 2023).** Benché sia stata definita come la più grande e ambiziosa riforma del settore farmaceutico degli ultimi venti anni (De Morpurgo e Landolfi, 2023) l'impianto complessivo non si discostava dalle conclusioni della valutazione d'impatto, riservando le innovazioni solo a una serie di aspetti specifici o settoriali. La durata standard dei diritti di esclusività veniva cambiata dagli attuali otto

a sei anni. Di fatto però la durata effettiva è oggi di dieci o undici anni grazie a una serie di meccanismi aggiuntivi che entrano in vigore quasi sempre. Le nuove regole la porterebbero fino a dieci e a un massimo di dodici anni se vengono soddisfatte una serie di condizioni. Altre disposizioni riguardavano un ruolo maggiore dell'Agenzia Europea del Farmaco nel fornire un supporto scientifico e regolatorio per lo sviluppo di farmaci prioritari, farmaci orfani e per le malattie rare. Inoltre, le autorizzazioni all'immissione in commercio venivano accelerate, in particolare per i farmaci di maggiore interesse per affrontare bisogni di salute prioritari.

**Apparentemente ci si avvicinava alla fine del percorso in cui le indicazioni tecniche dovevano lasciare il passo al dibattito politico. Invece nei mesi successivi il percorso è diventato complesso e contraddittorio.** Infatti alla proposta elaborata dalla Commissione si sono sovrapposte altre due iniziative: un rapporto presentato nel Giugno 2023 del Comitato speciale del Parlamento sulla pandemia di Covid 19 contenente raccomandazioni derivanti dalle lezioni apprese da quel tragico evento (European Parliament, 2023b) e uno studio predisposto su richiesta del Gruppo di Lavoro sul futuro della scienza e tecnologia del Parlamento Europeo da alcuni ricercatori italiani reso pubblico nell'Ottobre del 2023 (European Parliament 2023c). Questo studio si prefiggeva di esaminare l'effetto di diversi tipi di politiche regolatorie sulle innovazioni in campo farmacologico, cercando di conciliare i diritti di proprietà intellettuale che dovrebbero incentivare la ricerca delle innovazioni da parte delle aziende attraverso la garanzia della protezione brevettuale con la necessità di garantire la salute pubblica con l'accesso ai farmaci a costi accessibili per la collettività.

**Sia il rapporto sugli insegnamenti derivanti dal COVID che lo studio sulla relazione tra politiche regolatorie e salute pubblica, pur contenendo raccomandazioni rilevanti per la strategia farmaceutica, sembravano ignorare i contenuti della direttiva da poco approvata e davano particolare rilevanza all'unico documento – tra tutti quelli emersi da mesi di consultazioni e dibattiti – che approfondiva una proposta radicale di riforma dei meccanismi di governo del comparto farmaceutico.** Si trattava del testo presentato alla Commissione nel Dicembre del 2021 da un gruppo di studio coordinato, nell'ambito del Forum Disuguaglianze e Diversità, da Massimo Florio, Professore di Economia Pubblica nel Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi dell'Università di Milano (Florio, Pancotti, Prochazka, 2021).

**La tesi di Florio si basa su una serie di analisi che convergono sulla sostanziale incapacità del sistema di sviluppo e produzione dei farmaci gestito dalle aziende farmaceutiche di fornire soluzioni innovative per raggiungere obiettivi rilevanti in termini di sanità pubblica nell'ambito di un rapporto costi/benefici che sia sostenibile (Mazzucato e Li, 2021).** Per quanto riguarda l'Europa numerose indagini hanno mostrato lo scarso potenziale innovativo della maggior parte dei farmaci introdotti sul mercato. Su tutti i 996 nuovi farmaci approvati dall'Agenzia Europea del Farmaco negli ultimi dieci anni solo il 23% offriva reali vantaggi rispetto a quelli già esistenti (Prescrire, 2023). D'altro canto, per alcuni farmaci realmente innovativi le aziende fissano prezzi che li rendono insostenibili per gli acquirenti pubblici e privati (Juth et al, 2021).

**In sostanza la ricerca farmacologica è minata da una contraddizione insanabile fra le priorità della scienza, la salute pubblica come bene comune e l'orientamento dell'industria alla realizzazione del profitto nel breve periodo.** Questa contraddizione dovrebbe essere affrontata con una radicale scelta politica: una grande azienda pubblica europea che governi l'intera filiera su cui si basa l'intero ciclo del farmaco, dalla ricerca indipendente sia di base che clinica fino allo sviluppo, alla produzione e alla distribuzione. **Come direbbe Mazzucato si tratta di scegliere il market shaping anziché il market fixing,** cioè non intervenire sul mercato attraverso una regolazione fatta di incentivi e correttivi, ma modificare il mercato con l'intervento di un soggetto pubblico che attragga ricercatori di varie discipline e decida le sue priorità in base alle indicazioni della comunità scientifica e dei servizi sanitari pubblici, riservandosi la proprietà intellettuale dei propri prodotti per metterli in commercio a prezzi calmierati e concedendo licenze e diritti di produzione nel quadro di un'equa politica di cooperazione internazionale.

**La fattibilità del progetto sarebbe garantita da un trattato istitutivo tra i governi dell'Unione Europea con l'allocazione di un bilancio annuo delle stesse dimensioni di quello del National Institute of Health degli USA, tra lo 0,1 e lo 0,2% del Prodotto Interno Lordo dell'Unione, che darebbe vita a una delle più grandi infrastrutture pubbliche di ricerca biomedica del mondo e al tempo stesso a una grande impresa del settore, in grado di fare concorrenza in modo trasparente alle aziende multinazionali private. A livello produttivo potrebbe concentrarsi su ciò che il settore privato non fa o fa a prezzi insostenibili, contrastando così l'oligopolio farmaceutico, senza la necessità di ricorrere alla nazionalizzazione. (Florio e Iacovone, 2020).** Senza entrare in troppi dettagli del progetto, basti dire che si tratta evidentemente di un'impresa di ampio respiro, che richiede una volontà e una visione politica di alto livello. Sarebbe ingenuo sottovalutarne le difficoltà per la sua realizzazione, ma è significativo che sia il rapporto sulle lezioni apprese dall'esperienza della pandemia, sia lo studio sull'impatto delle politiche regolatorie sulla sanità pubblica vi facciano esplicito riferimento. **Il rapporto sulle lezioni da trarre dalla pandemia tra le sue molteplici raccomandazioni chiede:**

*"Alla Commissione e agli Stati Membri di creare un'infrastruttura pubblica per la ricerca e lo sviluppo che operi su larga scala nell'interesse pubblico per la produzione di farmaci e dispositivi medici di importanza strategica*

per i servizi sanitari, in assenza di produzioni industriali esistenti e per sostenere l'Unione a superare i fallimenti del mercato, garantire la sicurezza nelle forniture dei farmaci evitando le situazioni di carenza e contribuendo a una maggiore preparazione nell'affrontare pericoli ed emergenze per la salute pubblica."

Lo studio sugli effetti delle politiche regolatorie sulla sanità pubblica prende in esame cinque opzioni possibili per migliorare la situazione insoddisfacente dell'Unione a questo riguardo. **Una di queste opzioni è:**

"L'istituzione di un'infrastruttura pubblica per la ricerca e lo sviluppo, focalizzata sui bisogni sanitari insoddisfatti per mettere in connessione gli investimenti in ricerca e sviluppo con le esigenze della sanità pubblica e stimolare la disseminazione dei risultati delle ricerche. Questa infrastruttura pubblica potrebbe anche essere attiva nella conduzione di studi clinici controllati di superiorità e studi di riutilizzo."

Gli estensori del documento, pur dicendo che questa opzione rappresenterebbe una sfida in termini di tempi e capitali iniziali per la sua realizzazione, chiedono che venga presa, in tutto o in parte, in considerazione per il suo potenziale innovativo.

**La partita è dunque aperta e la riforma del settore farmaceutico europeo deve ora passare all'esame del Consiglio e del Parlamento europeo che usciranno dalle prossime elezioni.** È improbabile che venga approvata prima del 2025 e che diventi applicabile prima del 2027, anche alla luce delle imminenti elezioni del Parlamento europeo nel 2024. Inoltre, la transizione al nuovo regime richiederà l'adozione di varie misure transitorie e attuative. È tuttavia una partita che vale la pena di affrontare per le forze progressiste e per tutti coloro che nella società civile si battono per la difesa e il rilancio della sanità pubblica in chiave europea. **D'altronde l'importanza di questo progetto è stata compresa rapidamente da chi vuole avversarlo.** La Federazione Europea delle Industrie Farmaceutiche ha inviato alla commissione un documento molto critico su qualunque decisione che metta in discussione i meccanismi brevettuali e gli incentivi per le aziende (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, 2023) e ha trovato una sponda in esponenti dei partiti di centrodestra tra i parlamentari europei, che nell'Ottobre dello scorso anno avevano ottenuto la rimozione dal sito del Parlamento europeo dello studio "Improving public access to medicines while promoting pharmaceutical innovation", che conteneva la valutazione positiva della proposta di Florio, col pretesto che non era stato discusso. **Una serie di proteste provenienti da ricercatori, esperti di sanità pubblica e parlamentari ha ottenuto l'annullamento di questa decisione e lo studio è stato rimesso sul sito, in una versione che conteneva anche le obiezioni di alcuni parlamentari europei conservatori e le repliche degli autori.**

Bisognerà seguire con attenzione tutti gli sviluppi in tal senso del dibattito europeo. È una sfida a cui non dobbiamo sottrarci.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/01/per-una-nuova-politica-europea-del-farmaco/>



**Tedros (Oms): Stati impreparati per una nuova pandemia, lavorare alla sigla dell'accordo internazionale entro maggio 2024**

di Red. San.

«Allo stato attuale delle cose, il mondo resta impreparato per la prossima 'Malattia X' e per la prossima pandemia. Se accadesse domani, ci troveremmo ad affrontare molti degli stessi problemi che abbiamo dovuto affrontare con il Covid-19».

Lo ha dichiarato il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) Tedros Adhanom Ghebreyesus, nel suo discorso in occasione del World Governments Summit in corso a Dubai da oggi al 14 febbraio.

Secondo Tedros «è possibile, o addirittura probabile, che dovremo affrontare un'altra pandemia nel corso della nostra vita. Non possiamo sapere quanto lieve o grave potrebbe essere, ma possiamo essere pronti».

Per questo il Dg Oms ha sollecitato la firma dell'accordo internazionale su preparazione e risposta alla pandemia che a dicembre 2021 gli Stati riuniti a Ginevra si impegnarono a sottoscrivere.

«Un accordo fondamentale per l'umanità, un patto con il futuro - ha precisato Tedros -: non esporremo le generazioni che ci seguiranno alla stessa sofferenza che abbiamo sopportato noi».

Gli Stati si erano dati una scadenza utile per l'adozione da parte dell'Assemblea mondiale della Sanità nel maggio di quest'anno, tra 15 settimane. Eppure secondo Tedros quel traguardo è ancora lontano: pesano i ritardi nei negoziati e una sfiducia generalizzata nell'Oms.

*L'accordo su future pandemie mette in fila una serie di impegni da parte dei paesi per rafforzare le difese in diversi settori: tra questi, rafforzare la prevenzione con un approccio One Health; potenziare il personale; promuovere ricerca e sviluppo; migliorare l'accesso ai vaccini e ad altri prodotti; condividere informazioni, tecnologia e campioni biologici. Tedros ha garantito ai Governi riuniti a Dubai che «l'accordo non conferirà all'Oms alcun potere su nessuno Stato o individuo». Del resto, ha aggiunto il Dg Oms, «l'Organizzazione mondiale della sanità non ha imposto nulla a nessuno durante la pandemia di Covid-19. Non i blocchi, non gli obblighi sulle mascherine, non gli obblighi sui vaccini. Non abbiamo il potere per farlo, non lo vogliamo e non stiamo cercando di ottenerlo. Il nostro compito è supportare i governi con orientamenti, consigli e, quando necessario, forniture basati sull'evidenza, per aiutarli a proteggere la loro popolazione. Ma le decisioni sono loro. E lo stesso vale per l'accordo sulla pandemia. È stato scritto dai paesi e sarà implementato nei paesi in conformità con le rispettive leggi nazionali. Lungi dal cedere la sovranità, l'accordo in realtà afferma la responsabilità nazionale nei suoi principi fondamentali. In effetti, l'accordo è esso stesso un esercizio di sovranità», ha chiosato Tedros.*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2024-02-12/tedros-oms-stati-impreparati-una-nuova-pandemia-111231.php?uuid=AFXbh5gC&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

## **Valutazione dello stato dell'arte sulla salute al prossimo G7**

**Grazia Labate**, già sottosegretaria alla sanità, ricercatrice, in pensione, in economia sanitaria

*Dal 1° gennaio 2024 l'Italia ha assunto, per la settima volta, la Presidenza del G7 che riunisce Italia, Canada, Francia, Germania, Giappone, Regno Unito, Stati Uniti d'America. E dal 9 all'11 ottobre si terrà ad Ancona un evento che metterà a confronto i ministri della Salute dei paesi G7 sui temi della prevenzione lungo tutto l'arco della vita e sull'approccio One Health. Come affrontarli?*

**23 FEB -**

*Prevenzione lungo tutto l'arco della vita, approccio One Health, sono i temi che verranno affrontati dal 9 all'11 ottobre dall'evento che si terrà ad Ancona tra i ministri della Salute dei paesi G7. Dal 1° gennaio 2024 l'Italia ha assunto, per la settima volta, la Presidenza del G7: il gruppo che riunisce Italia, Canada, Francia, Germania, Giappone, Regno Unito, Stati Uniti d'America.*

*Il G7, al quale partecipa anche l'Unione Europea, è unito da valori e principi comuni e dovrebbe ricoprire un ruolo insostituibile nella difesa della libertà e della democrazia e nella gestione delle sfide globali. La Presidenza italiana durerà fino al 31 dicembre 2024 e prevede un fitto programma di riunioni tecniche ed eventi istituzionali che si articolerà lungo tutto il territorio nazionale. La pace, l'economia il clima e la salute, sono questioni determinanti, al centro delle sfide del terzo millennio.*

*Mi piacerebbe che l'Italia si preparasse all'evento istituzionale di Ancona aprendo nel paese un dibattito pubblico adeguato sul tema della salute: con il sistema istituzionale decentrato, i manager responsabili delle Asl e delle Ao, i dipartimenti di prevenzione, i distretti sanitari, le rappresentanze sindacali mediche, infermieristiche e di tutte le professioni non mediche, le società scientifiche, le nostre strutture nazionali di studio e ricerca, dal Consiglio superiore di Sanità all'ISS, dall'Agenas, all'Aifa alle facoltà di medicina ed economia, ai centri di ricerca indipendenti, come GIMBE, l'Istituto Mario Negri.*

*Non già per mancanza di fiducia nelle istituzioni nazionali, ma per ascoltare, portare a sintesi, proporre e far crescere nel paese una cultura della salute e proposte concrete che mirino e traggano davvero un approccio One Health ed una cultura della salute per tutti i cittadini.*

*Rimettere al centro la cultura della salute e i valori del nostro Ssn richiede oggi più che mai, la crescita corale di un dibattito pubblico all'altezza delle sfide che ci attendono. Mi piacerebbe che sulla salute costruiamo un percorso ex ante di messa a fuoco di proposte efficaci sul tema, piuttosto che assistere ad interessanti conclave istituzionali, magari contestati dall'esterno, che affrontano il nostro futuro con proposte, che spesso sfuggono alla conoscenza e partecipazione dei popoli, ma che su di essi inesorabilmente ricadono.*

*La pandemia di Covid-19 ha dimostrato che la salute è il fondamento della nostra economia e della nostra società, mettendo in luce problemi di lunga data del nostro sistema sanitario e della nostra forza lavoro sul campo. Questi problemi non sono ancora risolti.*

*Allo stesso tempo, la pandemia ha mostrato il valore della cooperazione e della solidarietà nazionale europea ed internazionale.*

*Noi Italiani, con l'UE abbiamo bisogno di una visione coerente a lungo termine per la salute in Europa e oltre, per un accesso equo all'assistenza sanitaria per i cittadini. I cittadini ed i medici italiani ed europei,*

le istituzioni nazionali e quelle decentrate, le associazioni dei cittadini, quelle di difesa del diritto alla salute, restano partner decisivi nel trasformare queste ambizioni in realtà.

Perciò sento la necessità di invitare i policy makers italiani ad assumere di fronte al paese la responsabilità di condividere con una partecipazione vasta ciò che andremo a dire e a proporre in un consesso così rilevante ad Ancona.

Andiamo al confronto con dati preoccupanti sulla salute secondo le ultime stime dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro.

Nel 2022 si sono verificati 20 milioni di nuovi casi di cancro e 9,7 milioni di decessi in tutto il mondo. Il cancro al polmone è stato il tumore più comune con 2,5 milioni di nuovi casi, ovvero il 12,4% del totale dei nuovi casi, seguito dal cancro al seno (2,3 milioni di casi, 11,6%), dal cancro del colon-retto (1,9 milioni di casi, 9,6%) e cancro alla prostata (1,5 milioni di casi, 7,3%).

Con l'invecchiamento e la crescita della popolazione e i cambiamenti nell'esposizione ai fattori di rischio, le proiezioni prevedono 35 milioni di nuovi casi di cancro nel 2050.

Dietro questi numeri cupi, ci sono enormi differenze e disuguaglianze tra paesi ma anche all'interno dei paesi. medesimi Queste disuguaglianze sono state analizzate e messe a nudo per l'Europa in [Beating Cancer Inequalities in the EU](#), un rapporto pubblicato dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), il 31 gennaio 2024. Il cancro è una delle principali preoccupazioni per la salute pubblica in Europa, con una chiara necessità di un migliore controllo del cancro e di contrastare le disuguaglianze.

Siamo in presenza di una trasformazione digitale epocale nella quale si devono inserire i sistemi e le pratiche sanitarie di cui occorre una trasformazione sicura soprattutto nel campo della salute.

L'Italia e l'UE e tutte le parti interessate pubbliche e private in tutta Europa devono rispettare i principi etici della riservatezza medica e del segreto professionale dei dati sanitari.

I quadri di scambio dei dati sanitari dell'UE, comprese le infrastrutture informatiche, devono essere affidabili e solidi, altrimenti i pazienti potrebbero diventare riluttanti a fornire informazioni o addirittura a consultare con fiducia il proprio medico se temono che i loro dati non rimarranno sicuri e segreti.

Discutere come ci attrezziamo ad affrontare e a far crescere una cultura della salute e ad adeguare il nostro sistema ad una domanda di salute sempre più in aumento e sempre più longeva, bisognosa di risposte adeguate alle trasformazioni in atto è dunque impellente.

Ci sono questioni che sono di tutti.

- **Affrontare la crisi del personale sanitario.** Abbiamo bisogno di azioni sulla fidelizzazione e sul reclutamento. I medici devono godere di condizioni di lavoro legali e livelli di personale sicuri. La pandemia ha esacerbato i problemi esistenti, come la carenza di forza lavoro, e ha sollevato nuove sfide, ad esempio come costruire capacità di risposta alle emergenze e ai picchi di crisi. Il carico di lavoro eccessivo, la violenza e gli abusi fisici e verbali nei confronti degli operatori sanitari sono in aumento, con conseguenze devastanti per la salute mentale e fisica. La medicina sta perdendo la sua attrattiva come professione che dura tutta la vita e, se continuiamo su questa strada, non avremo un personale sanitario non solo sufficiente ma funzionale alle sfide future. La carenza di forza lavoro non può essere risolta riducendo i requisiti di formazione o provocando la fuga dei cervelli in altri paesi contravvenendo alle politiche di reclutamento etico dell'OMS. La collaborazione tra il settore dell'istruzione, le università, i datori di lavoro e i ministeri è necessaria per ridurre i crescenti deficit rendendo la professione medica più attraente. Dobbiamo investire di più per garantire una forza lavoro sanitaria sufficiente che possa godere di una formazione di alta qualità e di condizioni pratiche per fornire la migliore assistenza possibile ai pazienti. Dobbiamo ottimizzare la funzionalità degli strumenti sanitari digitali poiché il tempo dei medici dovrebbe essere dedicato alla cura dei pazienti e non dovrebbe essere distratto da un'amministrazione burocratica eccessiva. La trasformazione della sanità digitale non può avanzare senza che i medici siano pienamente supportati con risorse per la digitalizzazione e strumenti per l'alfabetizzazione digitale.

L'approccio One health deve consentire una vita più sana.

L'Italia deve attuare un approccio basato sulla "salute in tutte le politiche" e utilizzare meglio i suoi strumenti normativi intersettoriali per prevenire le malattie e migliorare la salute e il benessere fisico e mentale delle persone. La mancanza di interventi sulle malattie prevenibili provoca mortalità, morbilità e costi finanziari evitabili. Le prove dimostrano che le restrizioni alla commercializzazione, la tassazione e l'etichettatura dei prodotti contenenti alcol, tabacco e nicotina sono efficaci.

Ciò vale anche per la regolamentazione degli alimenti e delle bevande ad alto contenuto di grassi, zuccheri e sale. L'Italia può fare di più per creare sistemi alimentari sostenibili, promuovere diete più sane e migliorare gli ambienti per la mobilità attiva. Sono necessarie ulteriori azioni nei confronti delle persone

che vivono in condizioni di difficoltà finanziarie o povertà che aggravano malattie croniche come il diabete e le malattie cardiovascolari.

In ambito europeo, gli Stati membri devono essere sostenuti per attuare la prevenzione delle infezioni, aumentare la copertura vaccinale e la fiducia, migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e contrastare la disinformazione.

- **Intraprendere azioni a favore del clima per una salute migliore** L'Italia e l'UE devono raggiungere il loro obiettivo di essere neutrale dal punto di vista climatico entro il 2050, compreso l'obiettivo intermedio del 2030 di ridurre le emissioni nette di gas serra di almeno il 55% rispetto ai livelli del 1990.

Ondate di caldo, inquinamento, inondazioni, siccità, così come il cambiamento della distribuzione geografica e l'emergenza di nuove malattie, rappresentano le principali minacce sanitarie legate al clima in Europa. I sistemi sanitari nazionali e locali devono agire attraverso cambiamenti nell'istruzione e nelle capacità di risposta, in linea con l'approccio One Health.

I nostri medici ed i medici europei sono disposti a contribuire a trovare soluzioni per migliorare l'impronta ambientale del settore sanitario, senza compromettere la sicurezza e l'assistenza dei pazienti? Ad esempio migliorando l'efficienza energetica, riducendo i rifiuti e le emissioni di gas serra, introducendo acquisti più sostenibili e promuovendo la prevenzione delle malattie?

- **Il cambiamento climatico peggiorerà le disparità esistenti nelle condizioni sociali e sanitarie.** I determinanti sociali della salute sono le condizioni dei luoghi in cui le persone vivono, studiano, lavorano e giocano che influiscono su un'ampia gamma di rischi e risultati per la salute. Si prevede che il cambiamento climatico influenzerà notevolmente tali condizioni e intensificherà le disuguaglianze. Ad esempio, le persone con un reddito limitato hanno maggiori probabilità di vivere in alloggi sovvenzionati, che con maggiore probabilità si trovano in una zona soggetta a inondazioni.

Le loro opzioni abitative potrebbero anche avere problemi di muffa e isolamento e aria condizionata inadeguati per far fronte in modo efficace al caldo intenso o alle forti tempeste. Le persone con redditi più bassi potrebbero anche non essere in grado di permettersi un'assicurazione contro le alluvioni o gli incendi, ricostruire case danneggiate o pagare spese mediche elevate dopo che si verifica una catastrofe, alimentando un ciclo continuo di crescente vulnerabilità per coloro che sono già svantaggiati.

Solo 20 paesi producono più dell'80% delle emissioni di gas serra. La maggior parte (circa il 25%) proviene dagli Stati Uniti. (4) Le persone che vivono in paesi che emettono meno gas serra si trovano ad affrontare gravi danni alla loro salute e al loro benessere a causa dei gas rilasciati da questi 20 paesi. Questa disparità di responsabilità e danni è riscontrabile anche tra le diverse comunità negli Stati Uniti. Si prevede che le disuguaglianze aumenteranno in futuro con l'ulteriore cambiamento climatico, emarginando ulteriormente coloro che sono colpiti in modo sproporzionato.

**Il CDC ha collaborato con l'American Public Health Association (APHA) per creare il [Climate Change and Health Playbook: Adaptation Planning for Justice, Equity, Diversity, and Inclusion](#).**

Questa risorsa completa, pratica e dettagliata, è un supplemento, un passo fondamentale per identificare e coinvolgere le popolazioni colpite dai cambiamenti climatici.

Le considerazioni chiave sono il supporto teorico pratico che i dipartimenti sanitari di prevenzione opportunamente rinforzati in personale e risorse dovrebbero utilizzare per fare informazione e predisporre piani territoriali di pronto intervento per includere a livello individuale, comunitario e nazionale, questi aspetti di vulnerabilità colpiscono in una certa misura tutte le persone. Tuttavia, i fattori politici, economici, sociali e ambientali passati e presenti nella nostra società influenzano tutti e tre questi fattori e portano alcuni gruppi ad essere più vulnerabili di altri. I fattori che determinano la vulnerabilità climatica raramente si verificano da soli. Ad esempio, giornate estremamente calde possono portare a malattie legate al calore come colpi di calore. Il calore può anche aumentare i livelli di inquinamento atmosferico e i problemi di salute legati alla scarsa qualità dell'aria, come problemi respiratori, malattie cardiache e polmonari. Le persone che vivono in quartieri economicamente o socialmente emarginati hanno maggiori probabilità di sperimentare gli effetti negativi del caldo estremo e dell'inquinamento atmosferico rispetto a coloro che vivono in altre parti della stessa città.

**Il CDC definisce la giustizia climatica come segue:**

tutte le persone, indipendentemente dalla razza, dal colore, dall'origine nazionale o dal reddito, hanno diritto a un'eguale protezione dai rischi ambientali e sanitari causati dai cambiamenti climatici e a un pari accesso allo sviluppo, all'attuazione e all'applicazione delle leggi ambientali, regolamenti e politiche.

**Il cambiamento climatico peggiorerà le disparità esistenti nelle condizioni sociali e sanitarie.** I determinanti sociali della salute sono le condizioni dei luoghi in cui le persone vivono, studiano, lavorano e giocano che influiscono su un'ampia gamma di rischi e risultati per la salute. Si prevede che il cambiamento climatico influenzerà notevolmente tali condizioni e intensificherà le disuguaglianze.

**I danni associati al cambiamento climatico gravano sui gruppi che hanno contribuito meno a provocarlo.** Solo 20 paesi producono più dell'80% delle emissioni di gas serra. La maggior parte (circa il 25%) proviene dagli Stati Uniti. (4) Le persone che vivono in paesi che emettono meno gas serra si trovano ad affrontare gravi danni alla loro salute e al loro benessere a causa dei gas rilasciati da questi 20 paesi.

Il quadro Building Resilience Against Climate Effects (BRACE) è un processo in cinque fasi che consente ai Dirigenti sanitari di sviluppare strategie e programmi per aiutare le comunità a prepararsi agli effetti sulla salute dei cambiamenti climatici.

Il CDC ha collaborato con l'American Public Health Association (APHA) per creare il [Climate Change and Health Playbook: Adaptation Planning for Justice, Equity, Diversity, and Inclusion](#). Questa risorsa completa, ma pratica e dettagliata, è un supplemento a BRACE. Comprendere il ruolo dei cambiamenti climatici nella salute pubblica è un passo fondamentale per identificare e coinvolgere le popolazioni più colpite dai cambiamenti climatici.

Del resto stiamo vedendo in questi giorni gli effetti da inquinamento dell'aria in Pianura padana e gli aumenti di malattie asmatiche e bronchiali in alcune precise realtà italiane.

I finanziamenti di **NextGenerationEU** sono disponibili e i progetti hanno preso il via per la [valutazione della ripresa e della resilienza](#). Noi siamo il primo paese ad averne presentati di più in questa prima fase.

Insieme occorre trasformare l'Italia del futuro in realtà! L'Europa è sulla buona strada per diventare il primo continente a impatto climatico zero entro il 2050: non produrremo più gas a effetto serra di quanto i nostri ecosistemi possano assorbire naturalmente. Con NextGeneration EU investiremo in tecnologie rispettose dell'ambiente, introdurremo veicoli e trasporti pubblici più ecologici e renderemo i nostri edifici e spazi pubblici più efficienti sotto il profilo energetico. Ma anche proteggere il nostro ambiente naturale è importante. Occorre impegnarsi a: migliorare la qualità dell'acqua dei fiumi e dei mari, ridurre i rifiuti e le plastiche inquinanti, piantare miliardi di alberi e ripopolare il mondo di api.

Ambiente e salute sono un binomio inscindibile che dobbiamo mettere al centro delle nostre proposte e strategie preventive.

Difronte a tutto ciò è possibile continuare a pensare che il nostro sistema, la sua legislazione, l'impalcatura strutturale ed organizzativa, debbano essere indenni da qualsivoglia cambiamento in nome di spauracchi ideologici e contrappositivi pubblico - privato?

Oppure che forze inerziali possano andare avanti a minarlo dall'interno e dall'esterno per farlo implodere de facto?

Ciò che è sotto gli occhi di tutti è che così come è non può andare avanti. L'universalismo è un principio sacrosanto, ma ormai solo a parole. Con il livello di evasione fiscale del paese e l'iniquità del sistema fiscale nel suo complesso, ormai l'universalismo è sostenuto dal lavoro dipendente e dalle pensioni e dunque non può andare avanti l'universalismo diseguale cui rendite patrimoni finanziari ed alte rendite immobiliari non contribuiscono. Sarebbe meglio introdurre una tassa di scopo con la quale affrontare il problema delle maggiori risorse economiche necessarie per preparare e adeguare le risorse umane e tecnologiche necessarie per dotare il territorio in primis e i nuovi ospedali di comunità e le case di comunità, nonché tutti i servizi per gli anziani, di domiciliarità e residenzialità, che necessitano come il pane ad una popolazione che invecchia con un carico di malattie cronico degenerative. Senno il rischio è che faremo piccole cattedrali nel deserto, con il PNRR senza personale ed infrastrutture tecnologiche per poter funzionare.

Implementare epidemiologia e prevenzione per non correre mai più i rischi di essere sguarniti di fronte a possibili aumenti di malattie infettive o pandemiche.

Rivedere il sistema di accreditamento delle strutture private e i sistemi di verifica e controllo, supportati da nuovi sistemi telematici capaci di essere intellegibili ed unificati tra pubblico e privato, per corrispondere in modo efficiente, efficace ed appropriato alla domanda di salute dei cittadini ed all'offerta tempestiva delle strutture complessivamente intese.

*Affrontare a livello di sistema la questione della long term care attraverso una polizza assicurativa pubblica di vecchiaia per tutti i lavoratori in grado di coprire le diverse tipologie di assistenza socio sanitaria, riconoscendo la defiscalizzazione del premio pagato nella contrattazione tra azienda e lavoratori sotto il controllo dell'IVASS.*

*Insomma tra nuove riforme e piani quinquennali penso che senza una vera discussione pubblica e vasta sugli aspetti cruciali del sistema di protezione della salute e su ciò che implica il futuro che ci attende, sia impossibile eludere la domanda di fondo: quale sanità e per quale salute nel terzo millennio.*

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120401](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120401)



## Il lavoro di domani

**Franco (Francesco) Carnevale**, medico del lavoro, Firenze

*Si stima che nel 2025 il lavoro verrà equamente suddiviso tra esseri umani e macchine e che a livello globale verranno eliminati 85 milioni di posti di lavoro e ciò in contrasto con l'istanza "politica" prevalente secondo la quale l'occupazione rappresenta l'antidoto principale della povertà.*

**Il Numero 10410 del 14 Ottobre 2023 di The Lancet tratta del "Futuro del lavoro e salute"** e lo fa con una sorta di inchiesta ampia, un editoriale e tre contributi originali; l'obiettivo posto è quello di delineare le trasformazioni in corso (in larga parte già avvenute) nel mondo del lavoro al fine di delineare uno scenario più chiaro, porre delle domande e formulare delle raccomandazioni. Tra le righe vien denunciata **una guerra decennale contro i lavoratori** scandita dal discredito dei sindacati, dal precariato delle occupazioni, dalla scomparsa di posti di lavoro. L'anonimo editorialista per giungere ad una diagnosi del fenomeno patologico in atto ricorre a studi sociologici ed economici accreditati che parlano di **"un mondo senza lavoro"** (Daniel Susskind) e di **"supremazia della ricchezza, della finanza"** (Marjorie Kelly); viene invocato l'Obiettivo 8 ("Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti") dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile promulgata dall'ONU.

**Alla diagnosi, abbastanza semplice da formulare e da condividere segue, come fanno tutti i medici che si rispettano, una terapia che non vuole essere palliativa** e per questo a molti risulterà tanto generosa, eroica, quanto difficile, diseconomica per alcuni, da somministrare per ottenere risultati soddisfacenti ed a breve termine. Terapeutici dovrebbero essere dei messaggi principali inviati a politici, sindacati, lavoratori, medici, opinion leader: la prospettiva di un mondo con molto meno lavoro deve essere assunta con serietà; il lavoro e l'occupazione sono una leva sottoutilizzata per influenzare la salute della popolazione.

- **Nel primo articolo della serie** (di Frank et al.) facendo tesoro della portata e degli indicatori delle trasformazioni in atto si formulano sei **raccomandazioni che incitano al controllo della tecnologia**, alla valutazione delle caratteristiche del lavoro più che al semplice dato dell'occupazione, ai determinanti sociali e climatici della salute e quindi alle disparità incombenti, alla necessità di integrare la salute sul lavoro nella sanità pubblica, nella medicina, nelle scienze della vita e nelle scienze sociali.
- **Il secondo articolo (di Reiner Rugulies et al.) fornisce una panoramica dello stato attuale delle conoscenze sul rapporto tra lavoro e salute mentale** al fine di indirizzare la ricerca, la politica e la pratica. Vengono valorizzati i dati dell'efficacia degli interventi volti a tutelare e promuovere la salute mentale e il benessere sul posto di lavoro; si lamenta che vi è un'attenzione maggiore agli interventi diretti ai singoli lavoratori e alle malattie, rispetto agli interventi volti a migliorare le condizioni di lavoro e che l'attenzione sulla salute mentale si esaurisce nei paesi ad alto reddito e non si rivolge invece ai lavoratori più svantaggiati, meno remunerati, delle economie "emergenti", in rapida industrializzazione. Anche in questo caso vengono formulate sei raccomandazioni improntate da buon senso, forse retoriche.
- **Nel terzo articolo (di Alex Burdorf et al.) si parte da dati consolidati secondo i quali la disoccupazione è associata a un rischio più volte maggiore di avere problemi di salute**, dal fatto che i sussidi di disoccupazione statali ed il reddito di base universale riducono questo effetto negativo (tra gli uomini ma non tra le donne), dalla constatazione che, viceversa, avere un lavoro retribuito è associato a una salute migliore. Vengono discussi i tre gruppi che più si trovano in una posizione svantaggiata nel mercato del lavoro: lavoratori con malattie croniche, lavoratori con disabilità invalidanti e lavoratori di età pari o superiore a 50 anni. Nelle quattro **raccomandazioni** conclusive viene enfatizzata l'opportunità di

migliorare gli attuali contratti di lavoro e si incoraggiano fiduciosamente i sindacati a che considerino i determinanti della salute legati al lavoro e le disuguaglianze sanitarie come obiettivi importanti nelle negoziazioni per i contratti collettivi di lavoro.

**A complemento della serie su Salute e lavoro** The Lancet pubblica un ulteriore interessante contributo (di Frank Pega et al.) che evidenzia l'urgenza di adottare **un sistema di monitoraggio capace di rispondere ai cambiamenti degli ambienti di lavoro**, obiettivo da raggiungere tramite la collaborazione tra l'Organizzazione Internazionale del Lavoro e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'attenzione deve ampliarsi rispetto al semplice parametro dei rischi lavorativi tradizionali per inaugurare un approccio di salute pubblica basato sui diritti, sui determinanti della salute e sull'equità che promuova la salute fisica, mentale e il benessere dei lavoratori come persone, comunità e popolazioni; devono essere monitorati oltre che gli interventi di prevenzione tecnica, di prevenzione primaria, l'attuazione di interventi riguardanti gli aspetti etici, di eguaglianza, i piani di protezione sociale e ciò specialmente nei paesi a basso e medio reddito, che portano il maggior carico di patologie correlabili con il lavoro.

**Si conferma la nozione che**, come era successo nei secoli precedenti per altre rivoluzioni industriali, **le importanti trasformazioni del lavoro degli ultimi decenni sono intervenute in maniera anarchica, senza introdurre in tempo reale le contromisure del caso**. Alcuni soggetti e la maggioranza delle istituzioni coinvolti a pieno titolo nel processo continuano imperterriti ad operare con uno standard inadeguato e non aggiornate sono le norme; è il caso dei **medici "competenti"** che continuano a fare visite periodiche rituali concepite forse per rischi lavorativi di altre di altre epoche, dell'**Ispettorato del lavoro** rinato con obiettivi ampiamente obsoleti, della stragrande maggioranza dei datori di lavori attenti soltanto ad adempimenti burocratici ed al profitto di breve termine.

**Sparute, spesso solo enunciate e difficilmente generalizzabili sono le reazioni che cercano di inseguire, di prendere per la coda il processo in continua evoluzione, iniziative che comunque vale la pena segnalare**. Negli Stati Uniti da qualche anno si dibatte del **ruolo ed importanza delle strutture sanitarie aziendali** ed in particolare dei dirigenti di queste; ne rendono conto con una sorta di guida Gregg M. Stave et al. i quali suggeriscono aree di competenze ampie e multiple che spaziano dalla cultura di tutti gli aspetti della salute e del benessere di operai e dirigenti alla produttività ed alle prestazioni dei dirigenti, alle modalità di incorporare nel proprio operare la tecnologia digitale, l'intelligenza artificiale e la telemedicina e naturalmente all'individuare ed affrontare situazioni critiche di vario genere oltre che soprintendere alla esecuzione della pratica sanitaria a favore dei singoli e dei gruppi.

**Non si sono ancora spenti gli echi** (dove sono giunti) **dell'Industria 4.0**, la quarta rivoluzione industriale, la situazione che ha riconosciuto ed incentivato l'ascesa nei luoghi di lavoro dell'automazione e della connettività, **che già da qualche anno è stata introdotta l'operazione Industria 5.0** una dimensione al solito "rivoluzionaria" che tende alla reintegrazione dell'elemento umano al centro dell'ecosistema industriale, un paradigma che enfatizza la sostenibilità, la personalizzazione e soprattutto l'armonizzazione tra l'efficienza meccanica e la creatività umana, una specie di simbiosi strategica, dove macchina e uomo svolgono ruoli complementari, dove la macchina diventa un facilitatore che amplifica le capacità umane, consentendo innovazioni e soluzioni personalizzate. Di questa aspirazione si è occupato il Direttorato Generale per la Ricerca e l'Innovazione della Commissione Europea con un ampio saggio redatto da Maija Breque et al..

**A proposito del progresso tecnico un generoso quanto imprevedente anarchico militante, nei primi anni del Novecento, scriveva:**

Scopo dunque di una società anarchica è di rendere tutti i lavori attrattivi, di togliere maggiori fatiche col progresso crescente della meccanica e di far sì che il lavoro, vita dell'umanità, sia anche la salute degli uomini. [...] E noi risponderemo che la meccanica oggi matrigna e nemica degli operai diventerebbe allora madre benevola e verrebbe ad allievare tante fatiche. E i lavoratori, soli padroni dell'opifici saprebbero portarvi tutti quei provvedimenti utili per la propria salute, e la scienza abbracciando un concetto più umanitario verrebbe a perfezionare l'officina e a renderla pari al laboratorio del professore. Salve, o divina scienza, o anfesibene dei desposti (sic!), te saluteranno li scarni operai che sudando nelle officine o nelle miniere, te saluteranno, spirito umanitario, i girovaghi disoccupati che oggi giustamente t'imprecano. Salve, o lavoro umano, che ritempererai li animi, che rinvigilirai le menti, salve, o ginnastica sublime, te canteranno le future generazioni nella nuova Arcadia della vita.

**Appare ragionevole assumere il dubbio** che si reitererebbe il vaticinio del nostro anonimo anarchico fatto a proposito della prima o della seconda rivoluzione industriale se ci si limitasse a sostenere che la trasformazione in atto del lavoro sarà foriera di vantaggi per tutti i lavoratori o almeno per coloro, pochi, più direttamente coinvolti nel più recente processo di innovazione tecnologica ed organizzativa.

**Il contesto globale nel quale si sviluppa l'attuale rivoluzione del lavoro è noto:** disoccupazione, aumento della precarietà nelle varie forme, modifiche significative degli orari di lavoro e del regime pensionistico, difficile gestione di alcuni diritti acquisiti come salario, assenze per malattia, ridotta capacità lavorativa, impennata dei principali "indicatori di malessere" come consumo fumo, alcool, psicofarmaci, droghe, gioco d'azzardo, comportamenti aggressivi e genericamente rivendicativi. **Un contesto generale che paradossalmente, se non**

**governato, potrebbe essere aggravato** dall'avvento di soluzioni produttive del genere Industria 4.0 / 5.0, specialmente in termini di occupazione e precarietà, con predicati vantaggi per pochi ed eccessi di disagi anche per la salute psichica e fisica per molti, specie quando questi molti vengono retrocessi da lavoratori a semplici cittadini in attesa di un qualche reddito di cittadinanza.

Riusciranno le Raccomandazioni, il Monitoraggio, le Guide ed i Saggi dei quali si è accennato sopra a controllare e contrastare gli effetti dei cambiamenti del lavoro intervenuti e operanti pur se in maniera differenziata, diseguale nelle varie aree del globo? È bene che a prevalere sia l'ottimismo dell'etica e della critica (e della lotta) piuttosto che il pessimismo della ragione.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/01/il-lavoro-di-domani/>



## **L'Indice di vicinanza scende al minimo, la salute si allontana dai cittadini**

*Non decolla la ripresa dopo gli anni della pandemia in Italia e a farne le spese è soprattutto la salute. Lo conferma la seconda edizione del Rapporto della Fondazione Bruno Visentini, 'Unire i puntini: verso un Piano Nazionale di Salute', presentato oggi presso la sala Zuccari in Senato, su iniziativa della senatrice Ylenia Zambito.*

*I risultati dell'Indice di Vicinanza della salute, che si riferisce alla relazione nello spazio e nel tempo che sussiste tra la persona, la disponibilità del bene salute e della possibilità di fruirne, nel 2022 ha totalizzato 86 punti, perdendone ben 14 rispetto al 2010 (in cui se ne registravano 100) e 4 rispetto al 2021 (90 punti).*

*“La prevenzione, la presa in carico del paziente, la telemedicina, l'assistenza territoriale, i servizi socio-sanitari, l'ospedale, ma anche il territorio, il terzo settore e i diversi attori del welfare che contribuiscono alla tutela della salute pubblica e individuale, rappresentano i tanti puntini che devono essere uniti in quello che deve essere un approccio olistico- spiega **Ylenia Zambito** -, includendo anche la componente sociale o ambientale.”*

*E' la logica “One Health” e la strategia di “Health in all policies”, sostenute dall'OMS e previste nel quadro dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che impongono al sistema sanitario di procedere in maniera multidisciplinare e trasversale per essere più efficace.*

*“Nel 2022, nonostante gli interventi normativi, non abbiamo assistito ad una inversione di tendenza - spiega **Duilio Carusi**, Adjunct Professor Luiss Business School, Coordinatore dell'Osservatorio-. I trend negativi rispetto all'anno precedente e le molteplici iniziative previste dal PNRR non sono arrivate a migliorare lo stato della Vicinanza alla salute per i cittadini. Necessario far dialogare la sfera sanitaria con le componenti relative alla assistenza sociale, sociosanitaria e della tutela ambientale”.*

*Secondo l'OMS, il 20% della popolazione europea più povera è a rischio doppio di essere colpita da una malattia mentale, con costi pari al 4% del PIL del singolo Stato.*

*L'obiettivo è quello di “riuscire a migliorare in 4 anni, la salute di 250mila persone per un Paese di 60 milioni di abitanti”, conclude Christine Brown, Direttore dell'Ufficio europeo dell'OMS per gli investimenti per la salute e lo sviluppo.*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-02-22/l-indice-vicinanza-scende-minimo-salute-si-allontana-edai-cittadini-135717.php?uuid=AFUaESoC&mpid=nlqf>

## **La proposta di un Piano nazionale di salute per il Paese**

*In Italia un Piano sanitario nazionale è assente dal 2008. Strumento principe della programmazione sanitaria del Paese, è stato abbandonato nel dimenticatoio in favore di strumenti pattizi ai quali è affidata soprattutto la funzione di ripartizione delle risorse economiche destinate alla sanità. Strumenti più agili, dal momento che per il loro iter non prevedono un passaggio attraverso il Parlamento, ma che, anche per questo motivo, non sono negli anni riusciti a vicariare il ruolo centrale del Piano sanitario nazionale nella sua funzione di applicazione del mandato costituzionale della “tutela della salute”.*

*I risultati della mancata pianificazione si manifestano oggi acuiti ulteriormente dal duro colpo inferto dalla pandemia, e mettono il nostro sistema sanitario a rischio con profili di non sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, di mancanza di personale formato e specializzato nelle discipline più carenti, di non omogeneità territoriale di accesso alle cure, ed in sintesi di mancanza di rispetto dell'erogazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.*

*In questi sedici anni lo scenario nazionale e i bisogni di salute sono profondamente cambiati.*

*La transizione demografica ha generato una popolazione sempre più anziana e fatto aumentare la necessità di assistenza non solo sanitaria, ma anche della sfera sociale e sociosanitaria, il cambiamento climatico ha inasprito le condizioni meteorologiche e comportato problematiche ambientali così rilevanti che la Costituzione ha modificato il proprio Articolo 9 inserendo l'ambiente tra le tutele necessarie anche in funzione delle future generazioni, gli scenari geopolitici hanno modificato la sicurezza delle catene di approvvigionamento dei beni oggi ritenuti essenziali.*

*Dall'analisi degli oltre 70 indicatori che compongono l'Indice di Vicinanza della salute, la rilevazione sulla disponibilità di salute nel Paese che annualmente svolge l'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini, emerge un impatto dei fenomeni descritti non solo sulla componente sanitaria, ma anche sulla dimensione individuale, sociale, ambientale, portando per il 2022 l'Indice di Vicinanza della salute al suo minimo storico di 86 punti, 14 punti in meno rispetto al 2010 e con un trend di ulteriore rapido peggioramento in corso con 4 punti in meno rispetto al precedente anno 2021.*

*I risultati della ricerca saranno resi pubblici in occasione della presentazione del nuovo Rapporto dell'Osservatorio “Unire i puntini: verso un piano nazionale di salute” che si terrà su iniziativa della senatrice Ylenia Zambito il prossimo 22 febbraio dalle 9.00 presso la sala Zuccari di Palazzo Giustiniani del Senato della Repubblica.*

*«Dalla constatazione dell'impatto sulla salute che hanno, oggi più che mai, fenomeni tra loro eterogenei e di natura non solo sanitaria - afferma Duilio Carusi, Coordinatore dell'Osservatorio e Adjunct Professor presso Luiss Business School - nasce l'esigenza di ritrovare un momento di pianificazione generale a livello Paese sui temi di salute, ripartendo dal Piano sanitario nazionale e approfittando del ritardo accumulato in questi ultimi 16 anni per ampliare il perimetro di azione di questo strumento, arrivando a descrivere un piano nazionale di salute che coinvolga tutti gli attori in grado a vario titolo di portare la salute più vicina alla persona».*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-02-12/la-proposta-un-piano-nazionale-salute-il-paese-092912.php?uuid=AFq223gC&cmpid=nlqf>

## **Previdenza: inverno demografico e bassi salari, l'allarme dell'Ocse sulle pensioni del futuro**

**Claudio Testuzza**

*Il decimo Rapporto OCSE “Pensions at a Glance 2023 and G20 Indicators”, presenta una serie di indicatori che consentono di confrontare le politiche pensionistiche e i relativi risultati tra i Paesi membri (38). È un'edizione che si sofferma, particolarmente, su come i diversi Paesi hanno affrontato l'impatto dell'inflazione sul potere d'acquisto delle pensioni e passa in rassegna le misure pensionistiche da questi attuate tra settembre 2021 e settembre 2023.*

*Il rapporto sottolinea la necessità di politiche pensionistiche adattative che affrontino le sfide multifattoriali poste da popolazioni invecchiate, impennate dell'inflazione e mercati del lavoro in evoluzione. Con una migliore prevenzione, il miglioramento delle condizioni di lavoro, la riqualificazione e la riconversione*

professionale potrà essere possibile aumentare ulteriormente gli anni di vita in buona salute e contribuire a mantenere un maggior numero di lavoratori anziani nel mercato del lavoro. Con una percentuale di persone di età pari o superiore a 65 anni destinata a salire dal 18% nel 2022 al 27% entro il 2050, è divenuto imperativo affrontare le implicazioni fiscali e riflettere su come garantire la sostenibilità della sicurezza in vecchiaia.

In risposta alle carenze di manodopera e ai rallentamenti economici post-COVID, diviene centrale la promozione di vite lavorative più lunghe. Gli sforzi dei paesi dell'OCSE includono l'aumento dell'età pensionabile legale, la limitazione dei pensionamenti anticipati e l'incentivazione del prolungamento della vita lavorativa. Tuttavia, la sfida rimane quella di garantire che i lavoratori anziani ( 55-64 anni ), nonostante abbiano raggiunto nel secondo trimestre del 2023 un tasso di occupazione record pari al 64% ( 8 p.p. in più rispetto a dieci anni fa ), devono affrontare diversi ostacoli per rimanere in attività quali: l'obsolescenza delle competenze, l'accesso limitato al lavoro e le potenziali inadeguatezze pensionistiche.

Il Rapporto OCSE Pensions at a glance, segnala che l'aspettativa di vita e le politiche previdenziali dell'Italia, fanno sì che chi entra nel mercato del lavoro, oggi, dovrà attendere anni per poter accedere al trattamento pensionistico. L'organizzazione citata non delinea, infatti, un roseo futuro pensionistico per i giovani del nostro paese. Di questo passo e con le regole previdenziali attuali, i giovani che cominciano a lavorare adesso andranno in pensione non prima dei 71 anni di età anagrafica.

Se non ci saranno cambiamenti e modifiche radicali al sistema previdenziale del nostro paese, i giovani si troveranno non solo a dover attendere un'età avanzata per il loro pensionamento ma anche, a causa dei bassi salari specie all'ingresso del mondo del lavoro e, spesso, per la discontinuità e precarietà dello stesso, trattamenti a limite della povertà.

La sostenibilità del sistema pensionistico è legata in gran parte, anche, al recupero dell'evasione fiscale, evasione che viaggia attorno a 100 miliardi ogni anno. E non può esserci sostenibilità senza l'ampliamento della base contributiva con investimenti che favoriscano l'aumento dell'occupazione, in particolare quella femminile, e senza l'erogazione di retribuzioni più elevate.

D'altronde in Italia l'aspettativa di vita è elevata e, conseguentemente, le pensioni vengono e saranno pagate a lungo dall'Inps, le cui casse, però con sempre maggiore difficoltà, sostengono gli obblighi nei confronti di chi ha già maturato i requisiti per il collocamento in quiescenza e, con ancora maggiore difficoltà, per quelli futuri. Infatti la spesa previdenziale resta troppo alta per la sostenibilità da parte dell' Inps sul lungo periodo. Le entrate derivanti dai contributi pensionistici rappresentano solo l'11% circa del PIL e di conseguenza necessitano ingenti finanziamenti da parte dalla fiscalità generale. Già la scorsa primavera l'Inps aveva lanciato l'allarme maxi buco nei conti e di cui si prevede un peggioramento futuro, senza che , nel contempo , salgano anche le retribuzioni e i contributi.

Infine ad aggravare la salute del sistema Italia c'è " l'inverno demografico " denunciato a più riprese dall'Istat e associato al fenomeno delle culle vuote ( nel 2022 le nascite sono scese a 393 mila, -1,7% sull'anno precedente ), e all'invecchiamento della popolazione. I 18-34enni sono poco più di 10 milioni, il 17,5% della popolazione, mentre nel 2003 superavano i 13 milioni. In vent'anni abbiamo perso quasi tre milioni di giovani. Andrà peggio sul lungo periodo. Nel 2050 saranno poco più di 8 milioni, appena il 15,2% del totale. Lo scenario che si prospetta è quindi un mercato del lavoro senza lavoratori. In pochi a reggere la piramide rovesciata delle pensioni. Ecco perché – come segnalato dall'OCSE – sarà necessario adottare interventi drastici per la salvaguardia del sistema previdenziale nel suo complesso.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2024-02-08/previdenza-inverno-demografico-e-bassi-salari-l-allarme-dell-ocse-pensioni-futuro-101639.php?uuid=AFuLjHeC&cmpid=nlqf>



## **Ecdc. Aumentano nel 2022 le infezioni di origine alimentare segnalate nell'Ue/See**

Le infezioni di origine alimentare da listeriosi e da Escherichia coli Shiga tossine (Stec) nell'UE/SEE sono aumentate superando, nel 2022, i livelli pre pandemia. Malattie che possono causare sintomi gravi, la

*listeriosi può provocare meningite, sepsi o, nelle donne in gravidanza, aborto spontaneo, mentre lo Stec può causare spesso insufficienza renale, nei bambini colpiti. Nessun aumento invece per la salmonellosi e la campilobatteriosi che tipicamente causano ogni anno il maggior numero di casi di malattie di origine alimentare e idrica .*

*Questo il quadro tracciato dalle Relazioni epidemiologiche annuali 2022 [pubblicate dall'Ecdc](#).*

*Le Relazioni si sono focalizzate sulle malattie che causano il maggior numero di infezioni di origine alimentare e idrica nell'UE/SEE, vale a dire campilobatteriosi, salmonellosi, yersiniosi, infezione da Escherichia coli Shiga tossina (Stec), listeriosi, shigellosi ed Epatite A.*

### **Dati STEC, listeriosi, yersiniosi**

*Nell'UE/SEE, i tassi di notifica di listeriosi e yersiniosi nel 2022 sono stati i più alti degli ultimi 10 anni. Una tendenza simile è stata osservata per le infezioni da Stec e per i casi di sindrome emolitica uremica (SEU) associata a Stec, dove tassi più elevati sono stati segnalati solo nel 2011, quando in Europa si era verificata una vasta epidemia di STEC multinazionale legata ai germogli freschi.*

*Per la listeriosi, una possibile spiegazione della tendenza all'aumento è legata alla crescita della popolazione anziana, ad alto rischio di malattie gravi. Inoltre, sottolinea l'Ecdc, è importante considerare che le persone immunocompromesse hanno una maggiore suscettibilità rispetto agli adulti sani. L'aumento dei casi di Stec inoltre è in parte dovuto al cambiamento dei metodi diagnostici verso metodi genetici più sensibili in grado di rilevare più facilmente i batteri, con il risultato che vengono diagnosticati più casi.*

*Nel 2022, sono stati segnalati casi di ceppi di Shigella ampiamente resistenti ai farmaci principalmente correlati a gay, bisessuali e a uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM). Questo, rileva una nota dell'Ecdc, evidenzia la necessità di una collaborazione efficace tra le competenze cliniche e di sanità pubblica nei settori delle infezioni trasmesse sessualmente, della resistenza antimicrobica e delle malattie di origine alimentare e idrica, in modo che i gruppi a rischio siano informati. La più grande epidemia di shigellosi nel 2022 è stata probabilmente di origine alimentare e, a differenza delle epidemie associate al MSM, il ceppo epidemico non era ampiamente resistente ai farmaci.*

*Per la campilobatteriosi, in un terzo dei paesi segnalanti sono state osservate tendenze decrescenti nella resistenza ai macrolidi, particolarmente visibili nel Campylobacter coli. Si tratta di una notizia positiva poiché i macrolidi stanno diventando sempre più importanti per il trattamento di gravi infezioni di origine alimentare negli esseri umani quando la resistenza ai fluorochinoloni è in aumento sia nella Salmonella che nel Campylobacter. Una possibile spiegazione della diminuzione della resistenza ai macrolidi è il ridotto utilizzo di questa classe di antimicrobici in medicina veterinaria.*

### **Dati su salmonellosi, shigellosi, campilobacter ed epatite A**

*I casi di salmonellosi, campilobatteriosi e shigellosi sono ancora ben al di sotto dei numeri pre-pandemici. Una possibile spiegazione potrebbe essere attribuita ai cambiamenti comportamentali delle persone dopo la pandemia, come lavorare da casa, mangiare fuori meno frequentemente e viaggiare di meno.*

*Inoltre, negli ultimi cinque anni è emerso un forte calo del numero di casi di epatite A nell'UE/SEE. Fattori che hanno contribuito al calo: misure preventive come la pratica di una buona igiene delle mani e una maggiore assunzione di vaccini tra i gruppi a rischio, nonché una maggiore consapevolezza della trasmissione dell'epatite A. Anche l'aumento dell'immunità naturale nei gruppi a rischio a seguito di una vasta epidemia di epatite A in più paesi che ha colpito soprattutto uomini che hanno avuto rapporti sessuali con uomini nel 2016-2018 può essere un fattore determinante.*

## **Addio al tetto di spesa su medici e infermieri: un algoritmo deciderà i fabbisogni degli ospedali**

**Marzio Bartoloni**

**È pronto lo strumento che calcola in base a posti letto e tipologia di pazienti il il personale necessario a ogni ospedale. L'obiettivo è sostituire l'attuale vincolo sulle assunzioni**

6 febbraio 2024

Finalmente si potrà stabilire quanti medici e infermieri servono in ogni ospedale per singolo reparto in base ai posti letto e alla tipologia di pazienti che sono curati in quelle stesse corsie. Questo grazie a un sistema tagliato come un abito su misura in grado di definire ogni anno per la singola struttura un livello minimo di personale necessario per aprire il reparto (e avere l'accreditamento) e anche un tetto massimo: in questo *range* le Regioni nella loro autonomia potranno decidere quanti camici bianchi e operatori sanitari servono per far funzionare i loro ospedali.

### **Un algoritmo per calcolare i fabbisogni di medici e infermieri**

A calcolarlo è il nuovo algoritmo frutto della sperimentazione a cui lavora l'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, insieme ai tecnici di Regioni, Mef e ministero della Salute.

Una sperimentazione, prevista dalla legge di bilancio del 2022 e da un successivo decreto firmato da Mef e Salute sul «metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del Ssn», che è alle battute finali e che consegnerà entro l'estate i risultati di questa metodologia ai ministri **Schillaci** e **Giorgetti** dopo una condivisione anche con i sindacati.

Per il mondo della Sanità questo algoritmo potrebbe rappresentare una specie di «sacro Gral» per provare ad affrontare una volta per tutte l'emergenza legata alla [carenza cronica di medici e infermieri](#) dopo quasi 20 anni di tetto di spesa sulle assunzioni del personale nel Ssn che tanti danni ha provocato.

Una svolta quella dell'addio a questo tetto di spesa statico - che calcola gli spazi sulle assunzioni su quanto è stato speso nel 2004 tolto l'1,4% - che lo stesso ministro Orazio Schillaci si è impegnato a superare entro l'anno e che anche la premier **Giorgia Meloni** durante il recente *question time* in Parlamento culminato nello scontro con la segretaria Pd **Elly Schlein** sulla Sanità ha definito come «un obiettivo che abbiamo e che contiamo di raggiungere quanto prima, compatibilmente con gli impegni di finanza pubblica».

### **L'obiettivo di sostituire entro l'anno il tetto di spesa**

La tabella di marcia sarebbe già definita: dopo il primo test di questo algoritmo sui dati del 2022 su un campione di 9 Regioni nelle prossime settimane arriveranno i risultati sui dati del 2023 stavolta con il coinvolgimento di tutte le Regioni.

Una volta calcolati i fabbisogni di personale per ogni ospedale i risultati definitivi saranno consegnati al massimo entro settembre al Governo in modo da poter arrivare all'addio al tetto di spesa con la prossima legge di bilancio da chiudere il prossimo dicembre. Al momento i primi dati raccontano che tutte le regioni - chi più e chi meno (l'Emilia in particolare sarebbe messa meglio delle altre) - si trovano sotto l'asticella massima di personale indicata dall'algoritmo.

Il punto di forza di questo strumento è la sua flessibilità e la capacità di fotografare nel dettaglio il fabbisogno del personale partendo dai letti presenti in un ospedale per i vari reparti (geriatria, medicina, chirurgia, ecc.) e dai cosiddetti Drg - i casi trattati - che indicano anche la complessità delle prestazioni erogate.

Un sistema cucito sul singolo ospedale che tiene conto anche delle ore lavorate dal personale (un dato da poco entrato nel sistema di calcolo del conto annuale) e che è in grado di aggiornare la determinazione dei fabbisogni ogni anno in base ai nuovi dati.

### **«Un abito su misura per ogni ospedale»**

«Con questo lavoro consegniamo al Governo la possibilità di superare un tetto statico che per 20 anni ha creato molti problemi: grazie a un algoritmo introduciamo una specie di abito su misura per ogni ospedale», avverte **Domenico Mantoan** direttore di Agenas che tira le fila dei lavori di questa nuova metodologia. Mantoan sottolinea come finora «sia stata sbagliata la programmazione dei professionisti della Sanità. Questo è uno strumento che offre la possibilità anche di programmare nel tempo il numero di professionisti aggiornando il fabbisogno con un metodo dinamico e non con uno strumento brutale come è stato quello del tetto di spesa». Certo sostituire l'attuale tetto sulle assunzioni - in vigore da quasi 20 anni e sempre riconfermato dai Governi di tutti i colori politici (l'ultima modifica nel 2019 consente in realtà di scegliere il più favorevole tra due tetti) - con il nuovo meccanismo non basterà a risolvere il problema della carenza legato

anche alla difficoltà di trovare operatori disponibili e alla poca attrattività del Servizio sanitario, tra stipendi bassi e turni massacranti. Ma può essere il primo passo concreto per superare l'emergenza

[Addio al tetto di spesa su medici e infermieri: un algoritmo deciderà i fabbisogni degli ospedali - Il Sole 24 ORE](#)



## Malattie rare e Farmaci orfani

Silvio Garattini

*In Italia sono circa due milioni i pazienti affetti da "malattie rare" (per lo più provocate da cause genetiche), nei confronti delle quali l'industria farmaceutica privata esita a investire in ricerca, non essendo interessata a sostenere spese elevate per ottenere profitti limitati. L'idea di una grande azienda pubblica europea che si mette in moto proprio a partire con lo sviluppo dei "farmaci orfani" per le malattie rare.*

***Nell'ambito di una riforma riguardante i farmaci proposta dalla Commissione Europea un'iniziativa originata dal Prof. Massimo Florio dell'Università Statale di Milano, propone di realizzare un grande Centro, Biomed, simile al National Institute of Health, statunitense, con il compito fondamentale di competere nella realizzazione di nuovi farmaci con l'industria farmaceutica europea (leggi [qui](#)).***

*La ricerca industriale ha investito nel 2020 circa 26,5 miliardi di euro che diventano 39,7 miliardi di euro unendo la ricerca dell'industria del UK e della Svizzera contro i 63,7 miliardi degli Stati Uniti. Ricordando che il mercato dei farmaci nell'UE assommava a circa 230 miliardi di euro nel 2021, corrispondente al 1,5 per cento del Prodotto Interno Lordo (PIL) europeo, **la proposta del Professor Florio richiederebbe un investimento di circa 10-20 miliardi di euro all'anno. Si tratta di un progetto ambizioso che ovviamente è stato immediatamente contestato dalla lobby farmaceutica europea** e che richiederebbe, nel caso venisse accettato, dal prossimo Parlamento Europeo uno sviluppo graduale in molti anni.*

***Poiché fra gli scopi del NIH europeo sono menzionate anche le malattie rare si potrebbe pensare di iniziare a mettere in moto il supporto di una specifica attività per lo sviluppo dei cosiddetti farmaci orfani per queste malattie.*** Le malattie rare come dice il termine hanno relativamente pochi ammalati perché rappresentano le malattie che in Europa hanno meno di 5 ammalati per ogni 10.000 abitanti, a differenza degli Stati Uniti che contemplano meno di 7,5 ammalati per ogni 10.000 abitanti ed il Giappone che le definisce a meno di 4 ammalati sempre per 10.000 abitanti. In Europa, considerando una popolazione di circa 450 milioni di abitanti sono malattie rare quelle che hanno meno di 225.000 ammalati un numero relativamente elevato che potrebbe essere ridotto della metà per mantenere il termine "rarietà". **In ogni caso si ritiene che le malattie rare oscillino fra 6.000 e 8.000 con circa 2 milioni di ammalati solo in Italia.**

*Si calcola che il 70 per cento siano malattie di origine genetica, si manifestino nei bambini e siano in costante aumento. Nei bambini le malattie rare riguardano malformazioni congenite, patologie di ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, mentre negli adulti riguardano il sistema nervoso, gli organi di senso ed il sistema ematopoietico.*

***A livello nazionale sono molte le iniziative riguardanti le malattie rare. Esistono centinaia di associazioni prevalentemente per l'assistenza agli ammalati che confluiscono in UNIAMO ed in altre organizzazioni regionali.*** Ad esempio il registro della Lombardia ha catalogato in 20 anni 91.679 casi di malattie rare con 396 malattie o gruppi di malattie con una media di circa 231 ammalati per malattia. A livello europeo a partire dal 2000 con le direttive CE 141/2000 e CE 847/2000 è stato costituito nell'ambito dell'EMA (European Medicines Agency) il **Committee for Orphan Medicine Products (COMP)** che cataloga i farmaci orfani cosiddetti "designati" perché potenzialmente candidati ad avere la possibilità di sviluppo per la terapia di una o più malattie rare: attualmente sono circa 1.900. L'EU ha incentivato lo sviluppo di farmaci orfani concedendo 10 anni di esclusività indipendentemente dall'essere un prodotto brevettato o brevettabile. Sono disponibili inoltre vantaggi riguardanti le tasse per la registrazione, ma nonostante tutto i risultati sono stati molto deludenti perché in oltre 20 anni sono stati messi a disposizione solo 130 prodotti, spesso con modesta attività ed una percentuale riguardante tumori rari perché la via "orfana" può rappresentare una scorciatoia per ottenere poi l'autorizzazione per patologie oncologiche più comuni.

***In Italia abbiamo recepito 122 farmaci orfani con una spesa di circa il 8 per cento della spesa per farmaci del Servizio Sanitario Nazionale cioè circa 1,9 miliardi di euro all'anno. Considerando il numero di malattie rare la***

**situazione è largamente insoddisfacente perché vi sono milioni di ammalati a cui è negato il diritto alla salute.** Anche le nuove proposte della Commissione Europea non presentano incentivi stimolanti perché si propone di arrivare fino a 13 anni di esclusività. Il problema è che le industrie farmaceutiche non sono interessate a sostenere spese elevate per ottenere profitti limitati nonostante gli alti prezzi dei farmaci orfani che ne impediscono l'utilizzazione anche a Paesi europei con basso reddito. Basti ricordare che solo 53 imprese farmaceutiche su 1.800 sono titolari di farmaci orfani. Per tutte queste ragioni occorre ricercare vie nuove che passino attraverso il sostegno alla ricerca.

**La proposta richiede fondi relativamente limitati circa 1 miliardo di euro all'anno per 10 anni. Queste risorse dovrebbero permettere di costituire in Europa circa 25-20 Centri di ricerca dotati ciascuno di 40-50 milioni di euro all'anno.** Ogni Centro dovrebbe dedicarsi ad un gruppo di malattie rare appoggiandosi a organismi già esistenti, come università e Fondazioni non-profit per usufruire di infrastrutture già disponibili. Ogni Centro dovrebbe avere un centinaio di addetti specializzati in chimica, biologia molecolare, genetica, farmacologia, scienze farmaceutiche e cliniche nonché personale ausiliario. I fondi disponibili dovrebbero essere utilizzati per sviluppare, se già non ne esistono, una batteria di malattie rare negli animali d'esperienza, nonché per reattivi e materiale per gli esperimenti, consulenze esterne e spese generali. Gli studi clinici controllati saranno multicentrici coinvolgendo i Paesi europei attraverso ospedali che si occupano di specifiche malattie rare. Il progetto è fattibile ed i dettagli potrebbero essere studiati da una Commissione ad hoc, senza generare proteste dal mondo industriale.

**I prodotti non dovrebbero essere brevettati, ma essere messi a disposizione ad un prezzo ragionevole eventualmente fabbricato dalla struttura per la produzione del NIH europeo.** L'esperienza ha una spesa relativamente modesta anche considerando le risorse che l'Unione Europea mette a disposizione per la ricerca.

Realizzare questa iniziativa è un dovere considerando la sofferenza di tanti ammalati e delle loro famiglie. Sarebbe un'importante iniezione di speranza!

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/02/malattie-rare-e-farmaci-orfani/>



## Tempi di bilanci per la sanità UK

Letizia Fattorini, Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva. Università di Firenze.

Una questione fondamentale riguarda l'accesso alle cure. I pazienti in attesa di trattamento, nell'ultimo anno, sono aumentati: nel giugno 2023 il numero di persone in attesa di cure è stato superiore del 12% rispetto a giugno 2022, raggiungendo livelli record con quasi 7,6 milioni di persone in lista d'attesa per cure ospedaliere programmate

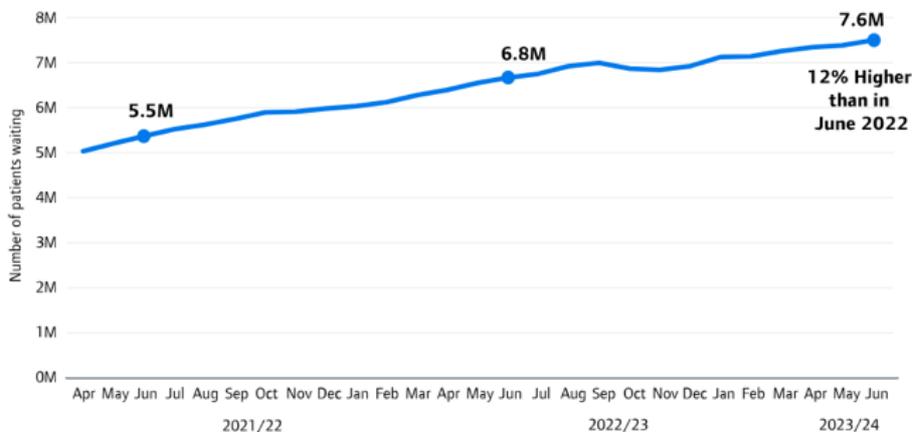
**Tempi di bilanci per la sanità. Anche per il Regno Unito,** terra patria del Servizio Sanitario Nazionale (National Health Service, NHS), la cui istituzione, nel 1948, ha dato una svolta epocale nel concetto di salute e di assistenza sanitaria e che, per il suo carattere di universalità, è stato poi fonte di ispirazione ed emulazione per l'Italia (1).

**Per garantire che vengano soddisfatti standard qualitativi comuni nell'erogazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria, nel Regno Unito sono presenti enti di regolazione:** in Inghilterra questo compito è svolto dalla Commissione per la Valutazione della Qualità dei Servizi Sanitari (Care Quality Commission, CQC). La CQC, ispezionando e monitorando i servizi sanitari e di assistenza sociale, promuove i diritti di chi ne usufruisce e, qualora risultino di livello eccessivamente scarso, esercita poteri a favore degli interessati; annualmente redige un rapporto – "State of Care" – in cui, evidenziandone i punti forti e deboli, fa una valutazione dell'assistenza sanitaria e sociale.

**I dati non sono buoni (2).** Oltre al problema – già evidenziato nel rapporto dello scorso anno – di "paralisi" di assistenza, sia gli utenti che il personale e i fornitori sentono sempre di più la crisi del costo della vita che, insieme alle pressioni della forza lavoro, aumenta il rischio che si esacerbino le disuguaglianze esistenti e che si crei un sistema sanitario a due livelli, dove chi ha la possibilità di pagare, trova l'assistenza, invece coloro che non possono permettersi di affrontare le spese vedono allungarsi i tempi di attesa e ridursi la possibilità di curarsi mentre la propria salute si deteriora.

**Una questione fondamentale resta l'accesso alle cure.** I pazienti in attesa di trattamento, nell'ultimo anno, sono aumentati: nel giugno 2023 il numero di persone in attesa di cure è stato superiore del 12% rispetto a giugno 2022, raggiungendo livelli record con quasi 7,6 milioni di persone in lista d'attesa per cure ospedaliere programmate (Figura 1).

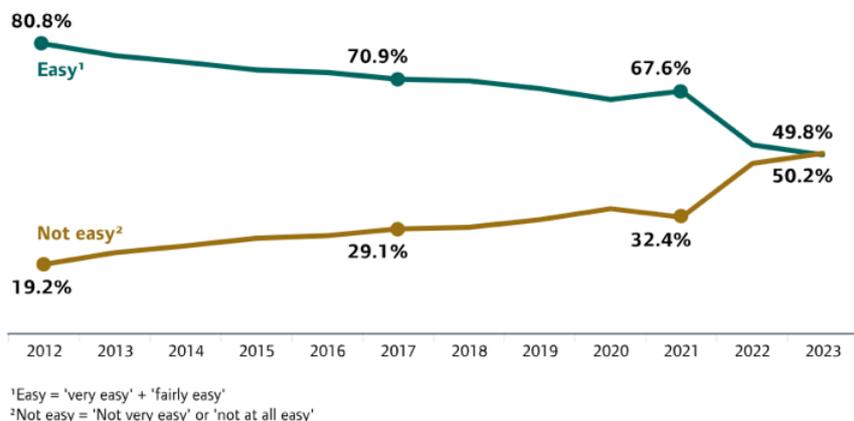
**Figura 1 – Numero di persone in lista di attesa di trattamento, da aprile 2021 a giugno 2023**



**Dai dati sugli ospedali NHS emerge che, alla fine di settembre 2023, 119.153 interventi chirurgici e 895.914 appuntamenti ambulatoriali sono stati riprogrammati nel corso dei 48 giorni di sciopero dal dicembre 2022.** Tuttavia, l'analisi del Nuffield Trust suggerisce che gli scioperi da soli non sono responsabili delle lunghe attese, poiché il numero di interventi pianificati non era ancora tornato ai livelli pre-pandemia già prima dell'inizio degli scioperi. Per affrontare il problema delle lunghe liste di attesa, nel febbraio 2022 NHS England ha pubblicato il suo piano di recupero elettivo, impegnandosi affinché entro aprile 2023 nessuno avrebbe dovuto aspettare più di 78 settimane per il trattamento. Sebbene siano stati compiuti sostanziali progressi verso questo obiettivo, a giugno c'erano ancora più di 7.000 pazienti in attesa per più di 78 settimane.

**Un altro aspetto importante sono le difficoltà per ottenere appuntamenti dal medico di medicina generale (GP, General Practitioner).** Secondo l'indagine NHS GP Patient Survey del 2023, solo la metà degli intervistati ha affermato che è stato facile avere un contatto telefonico con lo studio del GP, valore inferiore a quello di tutti gli anni precedenti da quando la domanda è stata introdotta, nel 2012 (Figura 2). Non riuscendo a contattare il GP, molte persone non cercano aiuto finché le loro condizioni non diventano gravi, o piuttosto utilizzano i servizi di emergenza-urgenza, creando un effetto a catena, con un "ingorgo" di pazienti al pronto soccorso che devono affrontare lunghe attese (nel luglio 2023, quasi 24.000 persone hanno aspettato più di 12 ore prima del ricovero).

**Figura 2 – 2023 GP Patient Survey: quanto è facile mettersi in contatto telefonicamente con qualcuno del tuo studio GP?**

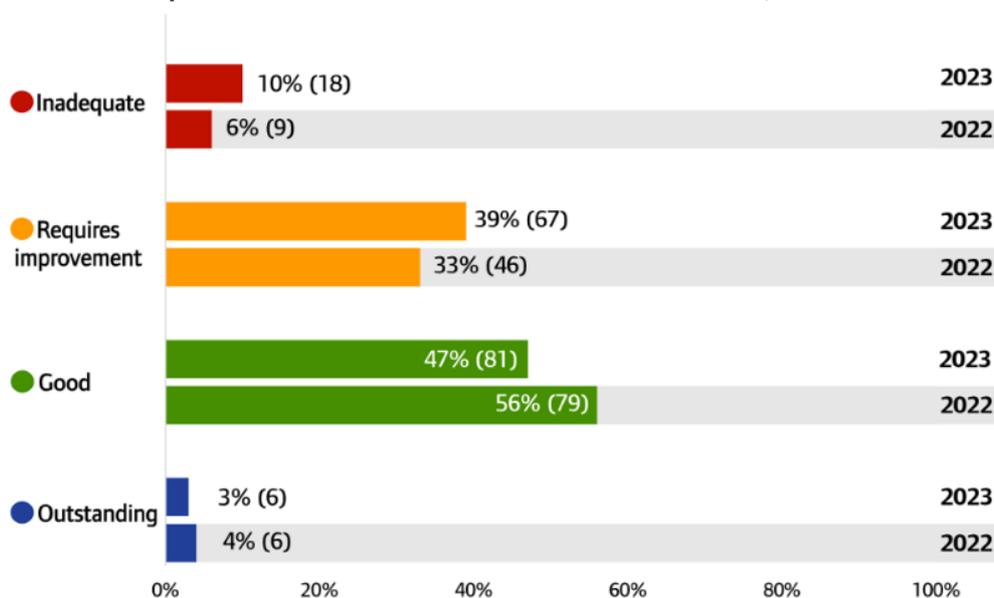


**L'ostacolo nel comunicare con il GP si ripercuote anche sulle difficoltà ad accedere alle cure pianificate o a visite specialistiche per patologie sospette:** in un sondaggio condotto questo anno (3) su 334 adulti con richiesta dal GP di visita specialistica per sospetta patologia tumorale, poco più di uno su due dichiara di essere stato indirizzato agli specialisti al primo appuntamento e, per quasi un intervistato su sei, è trascorso almeno un mese tra l'appuntamento con il GP e la notizia dell'invio all'equipe ospedaliera per esami e trattamenti.

**Più di un anno fa' The Guardian aveva reso noto le difficoltà crescenti nell'accedere alle cure odontoiatriche del NHS (4), denunciando il ricorso di molti cittadini all'"odontoiatria fai da te" (estrazioni ed otturazioni comprese), con un noto marchio di prodotti di salute che, nel 2020, ha registrato vendite eccezionali per i suoi kit dentali a domicilio. Sebbene a partire dal 2022 ci sia stato qualche miglioramento, i problemi con l'accesso alle cure odontoiatriche NHS sono diffusi, e interessano quasi ogni parte del Paese. L'NHS GP Patient Survey del 2023 evidenzia che solo il 53% di coloro che hanno risposto al sondaggio afferma di aver tentato di ottenere un appuntamento dal dentista NHS negli ultimi 2 anni e, tra questi, il 10% dichiara di non esserci riuscito perché l'odontoiatra non accettava nuovi pazienti, mentre un altro 10% perché non c'erano appuntamenti disponibili.**

**Le problematiche della forza lavoro stanno avendo un impatto determinante sulla qualità dell'assistenza. Il personale riferisce di "essere sovraccarico di lavoro, esausto e stressato, talvolta fino al punto di ammalarsi, infortunarsi o lasciare del tutto il proprio lavoro": nel 2022/2023 si sono infatti registrati tassi di malattia persistentemente elevati. Gli operatori sono consapevoli che, senza il supporto adeguato, stress e burnout possono incidere notevolmente sull'assistenza, contribuendo a provocare errori nelle cure fornite, assistenza peggiore o comunque inferiore alle necessità dei pazienti. Un'indagine del 2022 sul personale NHS mostra un calo sostanziale della percentuale di operatori concordanti sul fatto che, se un amico o un parente avesse bisogno di cure, sarebbe soddisfatto dello standard di assistenza fornita (con il valore al 63% c'è una riduzione di 5 punti percentuali rispetto al 2021 e di ben 11 rispetto al 2020). Già nel rapporto del 2022 la CQC aveva sollevato preoccupazioni su sicurezza e qualità dei servizi di maternità; timore rinnovato anche quest'anno: il 10% dei servizi è giudicato complessivamente inadeguato, mentre il 39% necessita di miglioramenti (Figura 3).**

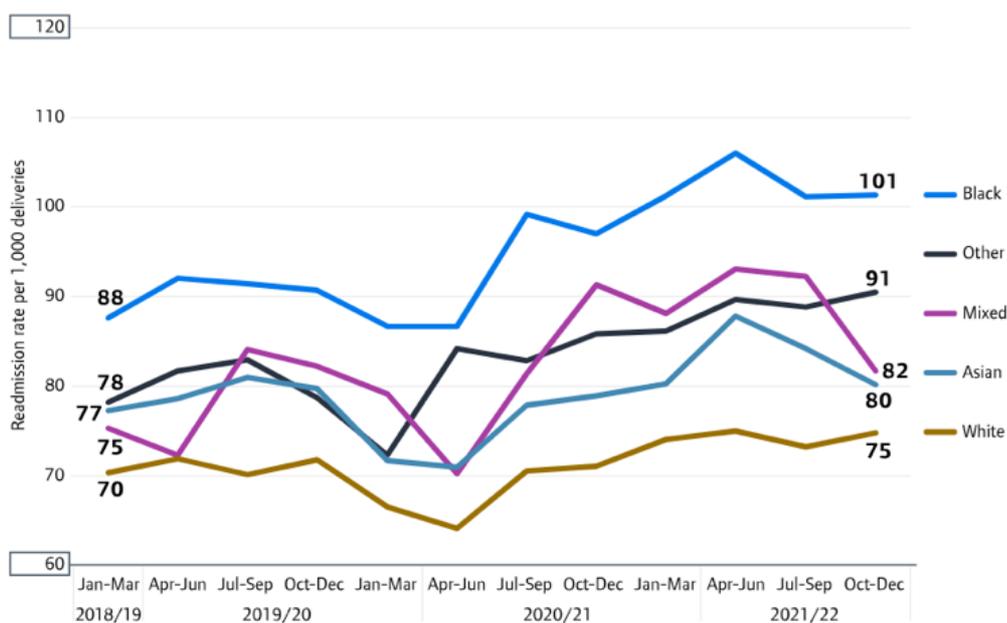
**Figura 3 – Valutazioni complessive dei servizi essenziali di maternità del NHS, 2022 e 2023**



**Le ispezioni del CQC ai servizi di maternità negli ospedali del NHS evidenziano problemi di governance e mancanza di supervisione da parte dei distretti, nonché i difficili rapporti di lavoro che si instaurano tra i responsabili del livello di servizio e i dirigenti di neonatologia, ginecologia e ostetricia. La penuria di personale rimane inoltre una sfida chiave per molti team, con alti tassi di posti vacanti e un numero di forza lavoro sceso al di sotto di quello raccomandato. In alcuni casi la carenza di personale ha portato alla chiusura delle sale parto e all'invio di partorienti ad altri ospedali.**

**Un altro problema dei servizi di maternità, già più volte sottolineato, riguarda le disuguaglianze nei confronti delle donne appartenenti a gruppi etnici minoritari, che continuano a correre rischi maggiori rispetto ai gruppi etnici bianchi. Nel rapporto QualityWatch dell'agosto 2023 sui nati morti e sulla mortalità neonatale, il Nuffield Trust ha evidenziato che nel 2021 il tasso di mortalità infantile tra i gruppi etnici neri era sostanzialmente più alto rispetto a qualsiasi altro gruppo, con 6,6 decessi ogni 1.000 nati vivi. I gruppi asiatici hanno registrato il secondo tasso più alto (4,8 decessi ogni 1.000 nati vivi), mentre i gruppi etnici bianchi hanno costantemente registrato i tassi più bassi (3 decessi ogni 1.000 nati vivi). Nel corso del 2022, i tassi di ri-ospedalizzazione delle donne nere nelle 6 settimane dopo il parto hanno continuato ad aumentare, e sono ancora significativamente più alti rispetto alle altre etnie (Figura 4).**

**Figura 4 – Tasso di ri-ospedalizzazioni per 1.000 parti durante il periodo postpartum per trimestre, da gennaio 2019 a dicembre 2022**



**L'accesso all'assistenza sanitaria mentale e la sua qualità rimangono un'area di preoccupazione fondamentale:** la mancanza di disponibilità di assistenza comunitaria continua ad esercitare pressione sui servizi ospedalieri, con difficoltà nella fornitura dei posti letto. I pazienti che non riescono a ricevere l'aiuto necessario si rivolgono così ai servizi di emergenza-urgenza, andando ad affollare ulteriormente il pronto soccorso e venendo poi assistiti in ambienti inappropriati.

**Un recente report del National Audit Office ha evidenziato che circa 8 milioni di persone con bisogni di salute mentale non sono in contatto con i servizi del NHS.** Chi è riuscito ad avere un contatto, deve invece affrontare lunghe attese per iniziare le cure (a giugno 2022 c'era una lista di attesa di circa 1,2 milioni di persone). Oltre alle lunghe attese, c'è spesso anche la prospettiva di essere mandati distanti da casa per i trattamenti. Collocare i pazienti in ospedali lontani da casa, familiari, amici e reti di supporto, può influire sulla guarigione: il Governo si è impegnato a porre fine ai collocamenti fuori area, ma a maggio 2023 l'Inghilterra ne contava ancora 775.

**Come abbiamo potuto saggiare da questo breve excursus sull'ultimo rapporto della CQC, al momento la situazione dell'assistenza sanitaria inglese non è delle più rosee.** Ma il Governo sta cercando di porre rimedio. Innanzitutto con l'istituzione – attraverso l'Health and Care Act 2022 – dei sistemi di assistenza integrata (**Integrated Care Systems, ICSs**) (5): partenariati di organizzazioni (distretti, settore del volontariato ed altri partner locali) che hanno inglobato le funzioni dei gruppi di commissione clinica (Clinical Commissioning Groups, CCGs: organi statuari guidati da NHS e responsabili della pianificazione ed organizzazione dei servizi sanitari a livello locale) ed hanno l'obiettivo di migliorare i servizi sanitari ed assistenziali, concentrandosi sulla prevenzione e sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie.

**In ciascun ICS, le organizzazioni NHS e le autorità locali gestiscono un comitato congiunto chiamato "partenariato per l'assistenza integrata" (ICP), che può includere anche fornitori di assistenza sociale e altri settori con ruolo di miglioramento di salute e benessere della popolazione locale (come l'istruzione, l'edilizia abitativa, la polizia, i vigili del fuoco).** Ogni ICP ha il compito di sviluppare una strategia a lungo termine per migliorare i servizi sanitari e di assistenza sociale della popolazione di quell'area. In ciascuna area ICS sono inoltre presenti i "comitati di assistenza integrata" (ICB), appartenenti al NHS, che gestiscono il budget NHS e collaborano con i fornitori locali dei servizi sanitari (ospedali, studi GP) per concordare un piano quinquennale congiunto che stabilisca i contributi dell'NHS alla strategia di assistenza integrata dell'ICP (6).

Attendiamo il report CQC del prossimo anno, con la speranza che il Paese che ha per primo istituito un servizio sanitario fondato sui principi di universalità, finanziamento attraverso la fiscalità generale e gratuità sia anche questa volta un esempio da seguire.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/02/tempi-di-bilanci-per-la-sanita-uk/>

**la Repubblica**

**Sanità, chi comanda veramente in Italia (che spesso non è il titolare del**

## **Ministero)**

### **Michele Bocci**

*Schillaci è un tecnico e non sempre le sue idee coincidono con quelle di un governo che non ha gradito, tra l'altro, il nuovo piano pandemico. La poltrona del ministro si ritrova così già assediata da nuovi pretendenti*

*Prendere una buona dose di Fratelli d'Italia, coinvolgendo tre o quattro correnti e ricordandosi di acquistare la maggior parte degli ingredienti nelle Università romane, e aggiungere un pizzico di Lega, per avere un sapore un po' esotico. Ecco la ricetta del potere all'interno del ministero alla Salute e degli enti da questo controllati. Se l'orizzonte si allarga a tutta la sanità italiana, non si può non tenere conto del fatto che le decisioni importanti restano in mano alle Regioni, ormai tutte impegnate in una corsa autonomista.*

*Poi ovviamente c'è chi mette i soldi di fare la spesa, cioè il Mef, che negli anni si è dimostrato parco, pure troppo, con la sanità. Senza il via libera ai finanziamenti di Giancarlo Giorgetti il potere gira a vuoto.*

*Come spesso accade nel mondo meloniano, chi comanda non sempre è il più alto in grado. Così le richieste del ministro alla Salute Orazio Schillaci più volte non sono state accolte, ad esempio quando ci sono state da fare delle nomine, prima tra tutte quella del presidente dell'Istituto superiore di sanità, Rocco Bellantone.*

*Schillaci è un tecnico, un medico ex rettore di Tor Vergata, da dove ha pescato molti collaboratori. Ha idee precise sulla sanità e un approccio laico, che non sempre si sposa con quello di esponenti della maggioranza, ad esempio in fatto di vaccini.*

*Ovviamente ha il problema dei soldi. Difficile proporre riforme o grandi novità quando la spesa sanitaria rispetto al Pil è in discesa.*

*Schillaci è stato scelto da Francesco Lollobrigida (e nei primi mesi nella sede di Lungotevere Ripa del ministero si è vista Arianna Meloni) e per questo ha pagato il pegno di posizioni non molto apprezzate nel mondo medico come quella sugli "effetti benefici del vino bevuto in modiche quantità".*

*Il ministro ha nominato tanti ex di Tor Vergata. Ad esempio, il primo capo di gabinetto, Arnaldo Morace Pinelli, ordinario di diritto privato della sua Università con il quale ha rotto nell'ottobre scorso. Lo ha sostituito Marco Mattei, già sindaco di Forza Italia di Albano Laziale e assessore del Lazio con Renata Polverini ma pure direttore sanitario della solita Tor Vergata, vicinissimo a Fdi.*

*Secondo molti osservatori è l'uomo che assicura il controllo "politico" su cosa succede al ministero. Ma ha un grande peso anche il sottosegretario, fedelissimo di Meloni, Marcello Gemmato, che può imporre nomi anche assurdi, come quello del suo sconosciuto collega farmacista di Bari che ha avuto addirittura il ruolo di membro della nuova commissione tecnico-economica di Aifa.*

*Di recente al ministero è diventata capa della segreteria tecnica del ministro (un tempo in mano a Mattei), un'oscura dirigente dell'ufficio di Gabinetto. E' Maria Rosaria Campitiello, la compagna del viceministro degli Esteri Edmondo Cirielli. Un altro pezzo grosso di Fdi.*

*Il ministero sta affrontando una riforma organizzativa. Le varie direzioni generali sono state inserite dentro quattro dipartimenti. Uno dei capi arriva, guarda caso, da Tor Vergata. Saverio Mennini è un ricercatore che vanta consulenze con praticamente tutte le case farmaceutiche.*

*Guiderà il dipartimento dove stanno le direzioni Programmazione, Farmaco, Dispositivi sanitari. Ma nel ministero c'è un altro nome pesante che dimostra come talvolta Schillaci non abbia il controllo delle nomine. Si tratta di Francesco Vaia, nel cui passato c'è lo Spallanzani ma anche una condanna per corruzione (ha ottenuto la riabilitazione) e una condanna per danno erariale.*

*Il personaggio è ingombrante e avrebbe ottenuto il via libera a dirigere la Prevenzione direttamente da Meloni. Ora è in difficoltà perché ha firmato il nuovo Piano pandemico dove si elencano, nel caso tornasse una grave epidemia, una serie di misure (dalla chiusura delle scuole e dei negozi all'isolamento di aree del Paese) che sono quelle prese dal precedente governo e indicate dall'Oms.*

*Il documento non è piaciuto a molti nella maggioranza e non è un caso se è saltata la nomina di Vaia a capo di uno dei quattro dipartimenti del ministero, che fino a poco fa sembrava certa.*

*Viene da Roma, dalla Cattolica, un'altra figura pesante della sanità e il suo nome in qualche modo tira in ballo quello di un suo parente, e potentissimo esponente di Fratelli d'Italia: il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Giovanbattista Fazzolari.*

*Il presidente Rocco Bellantone (chirurgo della tiroide che ha chiesto e ottenuto di continuare a fare l'attività privata, di pomeriggio) è entrato all'Istituto superiore di sanità con un passo che è stato apprezzato all'interno dell'ente, senza voglia di fare rivoluzioni ma con l'idea di rilanciare la ricerca.*

*Poi ci sono nomi che quando sono stati scelti erano vicini alla Lega. Calza a pennello la metafora gastronomica per raccontare come prima Domenico Mantoan, già capo dell'assessorato alla Salute in Veneto, e poi Giorgio Palù, ex ordinario di microbiologia a Padova, sono giunti a Roma. Lo devono al "patto del cocomero", quello che l'allora ministro di sinistra Roberto Speranza fece per ridurre gli attacchi di Matteo Salvini, accordandosi con Luca Zaia. Rosso e verde insieme. Palù, poi avvicinatosi molto a Fdi, ha ottenuto da poco di restare **presidente** dell'Aifa appena riformata, però per un anno e senza stipendio perché ha più di 75 anni. Al ministero contano i giorni che mancano alla sua partenza.*

*Mantoan sta all'Agenas, l'agenzia sanitaria nazionale delle Regioni. Grazie alle sue qualità tecniche l'ha fatta crescere tantissimo e oggi è uno dei personaggi più potenti della sanità. Non è un caso che quando si parla di un rimpasto al ministero salti fuori il suo nome.*

*Il posto di Schillaci interessa anche ad altri. Allo stesso Bellantone e ovviamente a Gemmato (Vaia sembra ormai tagliato fuori). Ma diventare quello più alto in grado non vorrebbe dire necessariamente anche comandare, nel mondo meloniano.*

[https://www.repubblica.it/cronaca/2024/02/18/news/sanita\\_chi\\_comanda\\_veramente\\_in\\_itali\\_a\\_che\\_spesso\\_non\\_e\\_il\\_titolare\\_del\\_ministero-422155709/?ref=RHLF-BG-P12-S1-T1](https://www.repubblica.it/cronaca/2024/02/18/news/sanita_chi_comanda_veramente_in_itali_a_che_spesso_non_e_il_titolare_del_ministero-422155709/?ref=RHLF-BG-P12-S1-T1)

# Scenari del Sistema Sanitario Nazionale

## Nuovo sistema di garanzia: Risultati 2017-2022 (provvisorio, con applicazione validità indicatori)

Regione	2022		2021		2020		2019		2018		2017							
	Area Prevenzione*	Area Distrettuale	Area Prevenzione	Area Distrettuale														
	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera	Ospedaliera						
PIEMONTE	89,87	59,57	0,00	86,05	84,47	77,90	76,08	91,26	74,92	91,72	88,83	85,78	93,04	88,31	85,59	92,90	84,05	84,14
VALLE D'AOSTA	48,95	47,25	54,73	45,31	49,31	56,43	74,06	56,58	57,35	72,16	48,09	62,59	72,30	36,70	71,54	64,12	34,52	74,38
LOMBARDIA	85,79	94,66	86,07	86,84	93,09	78,38	62,02	95,02	75,21	91,95	89,98	86,01	89,94	83,44	79,93	86,84	77,05	77,13
PROV. AUTON. BOLZANO	54,14	77,03	74,56	51,97	68,05	75,98	51,90	57,43	62,64	53,78	50,89	72,79	51,86	40,60	71,38	53,37	44,82	73,97
PROV. AUTON. TRENTO	94,27	76,45	95,19	92,55	79,33	95,43	88,42	78,07	90,09	78,63	75,06	96,98	93,02	72,90	94,18	83,56	82,45	94,75
VENETO	89,93	96,40	88,15	84,63	95,60	79,35	80,74	98,37	78,77	94,13	97,64	86,66	91,72	94,65	85,93	80,75	95,10	83,67
FRIULI VENEZIA GIULIA	86,97	73,30	75,08	85,32	79,42	75,32	75,63	80,35	73,52	80,39	78,35	80,62	73,20	76,42	82,94	53,18	74,02	80,72
LIGURIA	49,33	86,81	76,67	73,05	85,92	68,29	50,85	83,12	63,31	82,09	85,48	75,99	83,50	86,84	75,84	73,94	84,16	79,99
EMILIA ROMAGNA	77,95	95,57	93,66	90,73	95,96	88,29	89,08	95,16	88,03	94,41	94,51	94,66	93,26	94,32	90,70	93,03	86,82	88,51
TOSCANA	77,96	96,42	92,29	91,37	95,02	83,59	88,13	92,94	80,00	90,67	88,50	91,39	88,48	89,79	90,91	87,07	82,67	94,27
UMBRIA	82,39	84,15	84,42	91,97	73,64	77,56	89,64	68,55	69,82	95,65	69,29	87,97	93,92	67,48	87,33	92,89	67,91	80,59
MARCHE	62,71	90,71	91,26	82,62	89,38	80,14	79,01	91,68	75,05	89,45	85,58	82,79	82,03	76,70	77,04	69,00	78,51	69,84
LAZIO	46,44	71,97	79,48	80,78	77,61	73,66	74,46	80,19	70,72	86,23	73,51	72,44	84,99	62,40	73,25	86,18	57,99	70,78
ABRUZZO	49,31	63,52	72,63	77,74	68,46	67,73	54,03	76,94	63,47	82,39	79,04	73,84	86,24	74,05	68,54	66,54	63,76	67,92
MOLISE	50,69	62,20	66,40	82,45	65,40	46,74	64,21	67,12	41,94	76,25	67,91	48,73	79,55	44,49	44,74	74,18	31,25	40,66
CAMPANIA	45,72	57,61	67,97	77,28	57,52	62,45	61,53	57,14	59,08	78,88	63,04	60,40	74,67	64,30	58,07	72,51	55,16	44,83
PUGLIA	76,43	70,73	79,68	67,85	61,66	74,32	66,83	68,13	71,73	81,59	76,53	72,22	79,39	70,57	72,14	66,21	64,60	65,90
BASILICATA	70,11	33,04	0,00	79,63	64,22	54,51	57,07	62,85	51,90	76,93	50,23	77,52	84,16	45,09	75,83	78,69	49,86	72,56
CALABRIA	36,59	36,52	62,65	53,50	48,51	56,82	32,73	48,18	48,44	59,90	55,50	47,43	64,03	58,44	47,22	65,49	47,35	50,63
SICILIA	47,18	58,54	79,23	45,53	62,19	72,86	43,44	62,06	69,26	58,18	75,20	70,47	50,76	75,64	50,60	50,20	74,87	73,05
SARDEGNA	45,45	50,45	68,40	61,63	49,34	55,52	70,79	48,95	57,75	78,30	61,70	66,21	75,78	34,50	64,60	76,36	35,16	63,74

\* Da aggiornare con indicatori P01Z e P02Z

Nel 2022 le Regioni che presentano un punteggio inferiore alla soglia in una o più macro-aree sono:

- in una macro-area: Bolzano (Prevenzione), Liguria (Prevenzione), Lazio (Prevenzione), Abruzzo (Prevenzione), Molise (Prevenzione),
- in due macro-aree: Piemonte (Distrettuale, Ospedaliera) Campania (Prevenzione, Distrettuale), Basilicata (Distrettuale, Ospedaliera) Calabria (Prevenzione, Distrettuale), Sicilia (Prevenzione, Distrettuale), Sardegna (Prevenzione, Distrettuale);
- in tre macro-aree: Valle d'Aosta



## **Schillaci, da Governo oltre 11 miliardi in 3 anni ma impegnare bene le risorse. Focus a Bari su intelligenza artificiale, pronto soccorso, personale e scudo penale**

**Barbara Gobbi**

«Ci sono più di 11 miliardi nei prossimi tre anni, dopo un periodo di cronico definanziamento del Servizio sanitario nazionale, tolto il periodo del Covid che è stata un'emergenza terribile che qualunque governo avrebbe affrontato finanziando il Ssn». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci intervistato a Bari durante il convegno "Un grande impegno per la salute", organizzato dal sottosegretario Marcello Gemmato. «Oltre al finanziamento - ha aggiunto - vanno utilizzati al meglio i fondi che ci sono e questa è la vera sfida del futuro soprattutto in una nazione come la nostra che ha delle peculiarità, ma anche grazie ai progressi della medicina e grazie anche al fatto che l'Italia è ancora ai primi posti per aspettativa di vita. Serve un cambio di passo - ha proseguito - e capire che investire in prevenzione fin dalle scuole elementari vuol dire domani avere persone che non solo vivono più a lungo ma che anche vivono meglio».

Secondo Schillaci «questo governo ha messo la sanità al centro del dibattito e insieme al taglio del cuneo fiscale, la fetta che è stata destinata alla sanità è visibile a tutti e ora ci vuole l'impegno del governo, del ministero e delle Regioni per far sì che questi soldi siano spesi per dare una sanità migliore ai cittadini e valorizzare meglio gli operatori sanitari.

L'impegno è dare ai cittadini una sanità più efficiente e non a macchia di leopardo perché a fronte delle tante disuguaglianze che ci sono anche tra piccoli centri e grandi città, serve uno sforzo comune con il supporto degli operatori sanitari che vanno gratificati.

Abbiamo bisogno del contributo di tutti e gli ordini professionali sono sempre stati un punto di riferimento per migliorare la sanità pubblica».

Tra le priorità e gli interventi messi in fila dal ministro, i temi dell'Intelligenza artificiale, del Pronto soccorso e delle liste di attesa ma anche la questione medica e delle professioni sanitarie e dell'equità di accesso.

### **Intelligenza artificiale come strumento d'equità.**

«Quando c'è progresso, il vero progresso è quello che è per tutti». Citando Harry Ford, Schillaci auspica che «l'intelligenza artificiale sia «uno strumento per superare le disuguaglianze e non per aumentarle: non vorrei - ha spiegato - che un ospedale più ricco avesse uno strumento più utile e uno meno ricco non lo potesse utilizzare.

Questa è una sfida da affrontare perché ci sono progressi enormi in medicina e non si vede quanto il progresso scientifico ha permesso di migliorare la salute delle persone. Così l'IA se usata in maniera intelligente ed equa può permettere di migliorare le possibilità di cura in tante malattie, può aiutare i medici a fare diagnosi più precise. L'importante però è che sia sempre l'uomo a governarla e che non diventi un ulteriore strumento di discriminazioni tra territori».

### **Emergenza nell'emergenza.**

«Il Pronto soccorso è stato dall'inizio al centro dell'azione di Governo, l'anno scorso nel decreto Bollette abbiamo aumentato l'indennità e abbiamo fatto diventare il lavoro in Pronto soccorso in lavoro usurante - ha detto Schillaci -.

Ma credo che il disagio che si vive in Ps possa essere aumentato solo potenziando la medicina territoriale, dobbiamo offrire ai cittadini la possibilità, quando hanno un problema, di non andare solo in Ps e la sfida è far sì che finalmente possiamo avere una medicina territoriale efficiente, che è stato il vero tallone d'Achille durante la pandemia.

Questo ridurrà anche l'accesso in Pronto soccorso.

Dopodiché è chiaro che chi decide di lavorarci deve avere anche un modello organizzativo migliore e delle prospettive di carriera diverse e soprattutto va combattuta la vergogna delle violenze contro gli operatori sanitari - ha aggiunto - che riguarda nel 70% dei casi le donne ed è un problema essenzialmente culturale.

### **Ricetta multipla per le liste d'attesa.**

«Le liste d'attesa sono un fenomeno complesso - ha affermato Schillaci - e vanno affrontate in maniera adeguata a partire dai dati, al di là dei dati aneddotici sulle chiamate, giuste, a Cittadinanzattiva.

Dobbiamo sapere con accuratezza - e su questo stiamo lavorando con Agenas per avere finalmente i dati per cui ci devono aiutare le Regioni - sui veri tempi di attesa per varie prestazioni. Perché se vogliamo agire in maniera efficace, dobbiamo capire quali prestazioni e in quali siti hanno liste d'attesa inaccettabili. detto questo, dobbiamo fare sì che nelle Regioni ci sia un unico Cup di prenotazione che metta insieme la sanità pubblica e quella privata convenzionata, che fa parte a pieno titolo della sanità pubblica, e bisogna che tutti contribuiscano a mettere nelle agende a disposizione dei cittadini le loro prestazioni.

Poi è importante la presa in carico del singolo paziente, da parte del medico di famiglia e dello specialista, che detti i tempi delle prestazioni e dei vari interventi che il paziente deve avere.

Poi - ha aggiunto - c'è il capitolo appropriatezza e qui ci può aiutare l'intelligenza artificiale: dobbiamo fare nei tempi utili gli esami necessari a chi ne ha veramente bisogno. Troppo spesso le liste d'attesa sono ingolfate da esami non del tutto utili per quella patologia e che magari potrebbero essere dilazionati nel tempo».

### **Scudo penale utile ai medici e di più ai cittadini.**

Da qui il passaggio al capitolo "scudo penale". «È uno strumento che serve soprattutto a dare tranquillità agli operatori sanitari, che lo aspettano - ha affermato ancora Schillaci - perché non sono abituati a ricevere avvisi di garanzia e questo provoca spesso un ricorso alla medicina difensiva a fronte di cause che esitano nel 98% dei casi in un nulla di fatto.

Inoltre lo scudo penale non toglie nulla ai cittadini che potranno comunque rivalersi in sede civile. Anzi: è uno strumento utile per loro proprio per ottenere un minore ingolfamento nella richiesta di prestazioni. La medicina difensiva può arrivare a pesare per 10 miliardi l'anno cioè il 7-10% del Fondo sanitario nazionale e contrastarla permetterebbe di risolvere buona parte dei problemi della sanità italiana».

### **Questione medica e infermieristica.**

Oggi avere dei medici in più sarebbe importante ma soprattutto dobbiamo fare in modo che vadano nel sistema sanitario nazionale. Vedere che ci sono i gettonisti fa capire che forse i medici non mancano perché se li pagano di più vanno a lavorare però magari non vengono nel Ssn.

Molto diverso è il problema degli infermieri che ci vede per numeri rispetto alla popolazione all'ultimo posto rispetto alla classifica Ocse. Nei prossimi anni per rendere operativa la medicina territoriale è necessario avere degli infermieri.

E se nell'immediato non è possibile non rivolgersi a infermieri di altre nazioni - ha detto Schillaci - è altrettanto giusto rivedere i percorsi di studio degli infermieri, gli emolumenti e le attività che possono svolgere all'interno del Ssn. Perché meritano di più: a chi ha studiato cinque anni non possiamo chiedergli di fare quello che faceva vent'anni fa quando non aveva neanche la laurea».

Schillaci conferma che soprattutto per i medici il periodo più critico sarà il 2027-2028 e questo per una sballata programmazione degli anni passati e perché molti medici andranno in pensione.

### **G7 della Salute.**

Tre le tematiche al centro dell'evento che si svolgerà ad Ancona nella seconda settimana di ottobre: intelligenza artificiale e innovazione tecnologica, preparedness e possibili emergenze in linea con il lavoro già avviato dal Giappone e antibiotico-resistenza: che è la vera pandemia - ha detto Schillaci - «sulla quale dobbiamo intervenire con urgenza perché per la Anr negli ospedali non siamo ai primi posti in Europa. L'anno scorso abbiamo messo 50 milioni su questo argomento e sulla pandemia silente dobbiamo dare da subito risposte concrete».

**Anziani non autosufficienti.** «La sfida dell'assistenza domiciliare è l'altra sfida da affrontare e sull'assistenza domiciliare integrata - ha ricordato Schillaci sottolineando che la riforma del governo sulla non autosufficienza impiega 1,2 miliardi - abbiamo spostato anche dei fondi Pnrr perciò ci sono circa 250mila euro in più. Credo che sia importante investire perché la nostra è una popolazione che invecchia e deve farlo bene. La telemedicina può esserci di supporto, inoltre dovremo avere nuovi professionisti per insegnare alle persone che sono a casa come utilizzare i nuovi strumenti. La forza è avere operatori di qualità e quella è la sfida che dobbiamo cogliere».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-02-16/schillaci-governo-oltre-11-miliardi-3-anni-ma-impegnare-bene-risorse-focus-bari-intelligenza-artificiale-pronto-soccorso-personale-e-scudo-penale-200446.php?uuid=AFBWpZkC&cmpid=nlqf>

## Uscire dalla crisi del Ssn con la partecipazione attiva di tutti gli attori sociali

R. Polillo, M. Tognetti

*L'egemonia di un nuovo modello di Ssn si afferma solo se si dice con precisione quali siano gli assi su cui costruire una concreta alternativa in presenza di attori plurali a partire dai singoli cittadini.*

**12 FEB -**

### **L'arretramento del Ssn.**

Il [rapporto Svimez](#) "Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute" presentato alcuni giorni orsono a Roma dall'Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno (Svimez) insieme alla ong Save the Children illustra in modo drammatico l'arretramento dei livelli di salute del nostro Paese e in particolare il peggioramento di quelli delle regioni del Sud.

Un rapporto che conferma la necessità, da noi sostenuta da tempo, di un piano straordinario quinquennale di intervento sul SSN per imprimere una radicale inversione di tendenza a un trend di progressiva desertificazione sanitaria.

### **Le azioni necessarie per rilanciare il Ssn**

Servono risorse finanziarie aggiuntive (5 miliardi per 5 anni); un reclutamento straordinario di medici, a partire dagli specializzandi del primo anno e di infermieri mettendo in campo incentivi economici per i giovani che vogliono intraprendere questo percorso universitario; il passaggio a dipendenza dei MMG e la definizione di un area contrattuale comune a tutti gli operatori sanitari pubblici o privati che siano; un più equilibrato rapporto con la sanità privata, cresciuta a dismisura sia come numero di soggetti accreditati e sia come spesa a diretto carico del cittadino e infine una serie di riforme di tipo strutturale (ridefinizione del rapporto Stato/regioni e regione/ente locale, nuova governance aziendale plurale, partecipazione degli operatori e cittadini alla programmazione dei servizi e alla verifica della qualità, ecc.

### **Due contributi al dibattito**

In questo dibattito due interventi di QS tra i tanti meritano di essere ripresi e approfonditi: il primo di [Paolo De Col](#) riguarda gli ostacoli che si oppongono a un piano possibile di riforme che l'autore identifica nel prevalere nello spazio sociale di una visione paradigmatica di tipo ordoliberalista che piega i diritti a logiche esclusivamente mercatiste; il secondo di [Giorgio Banchieri](#) sul rapporto pubblico - privato in cui l'autore illustra efficacemente i numerosi bias che rendono poco credibile il 3° rapporto dell'Aiop sul bilancio sociale dei soggetti privati in cui enfaticamente si proclama la superiorità del privato e si accusa chi la pensa diversamente di essere diffusore incallito di fake news.

Una mistificazione di quanto affermato da molti, tra cui i sottoscritti, che contestano l'interpretazione distorta dei dati da parte di Aiop e che chiedono la ridefinizione delle regole di ingaggio degli erogatori privati; non in una logica lombarda di separazione tra la funzione di committenza e produzione dei servizi, ma in quella della integrazione nel SSN: una integrazione che rifiuta l'introduzione della competizione di mercato (impossibile a causa dell'asimmetria informativa che pesa sui pazienti e fallimentare nei risultati) e ha per obiettivo il rafforzamento dell'offerta di presidi e servizi, laddove necessaria, nell'ambito delle reti cliniche; reti clinico- assistenziali implementate in funzione della rilevanza e diffusione di quelle patologie per le quali è indispensabile garantire la presa in carico dei pazienti e percorsi clinico-assistenziali certi e organizzati.

Ha ragione dunque Paolo De Col quando identifica nell'affermazione a partire degli anni '90 del paradigma ordoliberalista che ha di fatto equalizzato le vecchie differenze tra sinistra e destra liberale.

### **Il condizionamento delle scelte sanitarie**

Entrambi i contributi citati mettono poi in risalto che la situazione del sistema attuale ha radici profonde che si rifanno al New Public Management che vede la luce nel secolo scorso e che condiziona non solo le politiche sanitarie.

Ma ciò che ci sembra particolarmente utile, e anche noi lo abbiamo sottolineato più volte, non possono essere singole misure a fare la differenza ma è necessario un disegno organico, quello che abbiamo chiamato piano quinquennale, perché gli aggiustamenti e gli atti riformatori necessari sono molteplici e fortemente intrecciati tra di loro e interdipendenti.

Non basta assumere personale, anche se ormai c'è ne un bisogno straordinario, serve personale capace di operare in una logica collaborativa e interprofessionale, quindi serve una formazione specifica.

### **Una nuova cultura sanitaria**

*Dunque serve una cultura sanitaria adeguata e coerente a quelle che sono le molte transizioni che riguardano l'attuale società, a partire da quella epidemiologica. Serve altresì un modello di salute di forte interrelazione fra umano, ambiente e non umano e che fa della prevenzione e della promozione della salute un suo punto di forza. Una nuova cultura. Siamo, però convinti che serva anche un diverso modo di leggere i fenomeni sociali a partire da quelli che riguardano la salute in cui le logiche speculative di molti attori e le logiche di promozione del benessere e di riduzione delle disuguaglianze siano chiaramente considerate così come siano valorizzare tutte le azioni, che promuovano il benessere degli individui e di una collettività. Servono chiavi di lettura e di analisi, nonché di risposta in linea con le trasformazioni della società e del bene salute.*

### **Pratiche, procedure e analisi adeguate**

*In altre parole su di un sistema strutturalmente buono e che può continuare a funzionare dobbiamo innestare e generare pratiche, procedure, analisi che guardano al futuro e non al passato.*

*Da questo punto di vista diventa centrale, come è stato fatto notare la disponibilità e la condivisione di dati e informazioni sia a carattere nazionale che locale. Così come serve l'apporto di nuovi e vecchi attori che debbono essere valorizzati per ciò che di nuovo debbono e vogliono apportare al bene salute.*

*Continuare a guardare la salute e il sistema articolato ad esso preposto e necessario, con lo sguardo al passato non è utile e non serve per rilanciare il nuovo Servizio sanitario nazionale a forte valenza pubblica.*

### **Le strategie per il cambiamento**

*Il vero problema che dunque abbiamo davanti è come rendere egemonica una visione della salute alternativa a quella ordoliberalista, consci che i processi di cambiamento necessitano di tempi giusti e soprattutto di idee forti e chiare*

*L'alternativa a nostro giudizio nasce e si afferma se si esce dall'ambiguità che ha caratterizzato la storia degli ultimi 20 anni e si indica una strada di riforme praticabile e percorribile e scevra dalla demagogia di chi non considera la complessità data dal contesto sanitario.*

*Gli attori sociali in altre parole, dall'associazione dei comuni a quelle di tutela dei malati, dai sindacati ai lavoratori associati, ai singoli, devono iniziare a dire cosa vorrebbero fare e cosa si potrebbe fare e non solo limitarsi a criticare l'attuale modello.*

*È mai possibile in altre parole che i Comuni non sentano la necessità di avere un ruolo attivo nella programmazione sanitaria e nella valutazione dei risultati e non chiedano con forza di rivedere la registrazione vigente?*

*È mai possibile che i sindacati autonomi non sentano il peso dell'autoritarismo che è una delle componenti in grado di generare burn out e disaffezione dal lavoro pubblico e non si pongano come obiettivo una nuova governance aziendale?*

*E ancora perché le associazioni di tutela dei pazienti non pongono nel concreto il modo con cui rendere effettivamente possibile la partecipazione dei cittadini alle scelte pubbliche?*

### **Le iniziative in corso d'opera**

*Non tutto ovviamente è fermo: i giovani medici MMG che non si riconoscono più nel rapporto di convenzione e vogliono invece la piena integrazione con gli altri lavoratori del distretto attraverso un rapporto di dipendenza sono usciti dall'ombra e hanno redatto un loro manifesto cercando di allargare il loro consenso e creando sinergie con quei sindacati che tale battaglia hanno sempre sostenuto.*

*Il sindacato dei pensionati della CGIL del Lazio ha avviato una campagna di sostegno attivo dei cittadini attraverso la propria presenza nei municipi romani, nelle città e nei paesi del Lazio per informare i cittadini su come esigere l'erogazione delle prestazioni in tempi certi, compatibili con la priorità attribuita e per aprire una interlocuzione forte con le istituzioni sanitarie pubbliche.*

*Le varie alleanze che si sono costituite per la creazione delle Case della Comunità non come meri ambulatori ma come luoghi di salute, come ad esempio nel parmense e nel reggiano.*

*Altri movimenti si battono da tempo per il diritto alla salute sostenendo l'assoluta necessità di un cambio di passo.*

*Lo stesso dicasi per molti intellettuali del settore che hanno posto l'esigenza del cambiamento. Importante come abbiamo già detto le posizioni espresse da Banchieri sul rapporto pubblico/privato che ha affrontato in suoi numerosi interventi; importante l'analisi dell'ottimo Paolo De Col, a cui tuttavia rimproveriamo con stima un pessimismo di prospettiva e la mancata indicazione di un percorso di riscatto.*

*Altri interventi infine si dimostrano inutili avanzando soltanto generiche richieste di riforme epocali totalmente prive di proposte concrete.*

### **La necessità della concretezza**

*È già da tempo che in nostri precedenti interventi anche a firma di Saverio Proia abbiamo dato precise indicazioni su come indirizzare un'azione di riforma che tenga insieme tutte le tessere di un mosaico di sostanziale cambiamento*

*Abbiamo da ultimo proposto un piano quinquennale di intervento per uscire da una crisi di sistema che rischia di rendere irrecuperabile una situazione fortemente deteriorata. Non pretendiamo certo che le soluzioni da noi proposte e che abbiamo riassunto all'inizio di questo intervento vengano prese come tavole della legge.*

*Saremmo invece soddisfatti se potessero rappresentare una buona base concreta di discussione*

**Conclusioni** *Riteniamo infatti che l'egemonia di un nuovo modello di Ssn si affermi solo se si dice con precisione quali siano gli assi su cui costruire una concreta alternativa in presenza di attori plurali a partire dai singoli cittadini.*

*Indicazioni e passaggi concreti finalizzati anche a fornire ai decisori pubblici chiavi interpretative ma altresì linee operative in linea con le trasformazioni sociali in atto e operabili.*

**quotidianosanita.it**

## **Le molte grida di allarme sulla situazione del Ssn**

**Roberto Polillo, Mara Tognetti**

**22 FEB -**

*Gentile direttore,*

*nell'audizione in Senato del 6 febbraio u.s. Americo Cicchetti, direttore generale della programmazione del Ministero della Salute, ha anticipato, come riportato su QS dal direttore Luciano Fassari, l'ultimo monitoraggio relativo al 2022 dei Livelli essenziali di assistenza erogati dalle Regioni.*

*Il quadro che ne emerge è drammatico in quanto sono solo otto le regioni (più il Trentino) che garantiscono i «livelli essenziali di assistenza» sanitaria, mentre nelle altre dodici – a cui va aggiunto l'Alto Adige – c'è almeno una macro-area (prevenzione ma anche assistenza distrettuale) in cui il servizio non raggiunge lo standard minimo fissato.*

*Un netto peggioramento rispetto al precedente monitoraggio dove le regioni adempienti erano ben 12. Altrettanto preoccupante la relazione della Corte dei Conti in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario che dichiara fra l'altro “La grave crisi di sostenibilità del sistema sanitario nazionale non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie”.*

### **Indebitamento degli italiani e rinuncia alle cure**

*Sono poi stati pubblicati alcuni dati relativi all'indebitamento degli italiani per cure mediche da cui si evince che complessivamente ammontano ad 1 miliardo i prestiti richiesti per fronteggiare eventi legati alla propria salute.*

*Se a questo si aggiunge l'incremento del numero di persone che rinunciano alle cure mediche per questioni economiche, appare allora in tutta la sua drammaticità sia la situazione sanitaria del Paese sia lo stato di salute del SSN.*

### **La percezione dei cittadini**

*I dati appena illustrati evidenziano con chiarezza come vi sia una percezione chiara del non più adeguato funzionamento del SSN non solo fra gli addetti al lavoro ma anche fra i cittadini.*

*Particolarmente indicativo in tal senso è il dato relativo all'indebitamento degli italiani per cure sanitarie che rimanda ad una diffusa percezione negativa del funzionamento del sistema.*

*In altri termini lo sfascio dilagante fa disamorare le persone e le induce a pagare di tasca propria per avere delle cure che il SSN già eroga anche se è faticoso raggiungere la prestazione.*

*Ossia non abbiamo più solo cittadini che non c'è la fanno a sostenere i costi della salute legati ai diversi ticket o a spese dirette come le cure dentali, ma anche fra coloro che ritengono l'obiettivo salute rilevante o che necessitano di cure, molti non si avvalgono più del Sistema pubblico e accedono a prestazioni a pagamento.*

*Un dato che potrebbe lasciarci indifferenti pensando che sia una libera scelta ma così non è e così non dovrebbe essere in un sistema pubblico e per un bene pubblico quale la salute.*

### **Il tramonto della cultura della salute**

*Il peggioramento dei livelli di assistenza e la rinuncia alle cure non solo mettono in discussione un diritto costituzionale ma hanno anche l'effetto di erodere la cultura della salute fra i cittadini.*

*Il SSN dunque non riesce più a garantire un principio universalistico, sia per la scarsità dei servizi che offre e sia per la sfiducia dei cittadini che non vi si riconoscono più.  
La nostra proposta di Piano quinquennale per la salute è il tentativo di uscire da questo stato di crisi e di presenza ormai drammaticamente evidente.*

### **Un SSN da riformare.**

*Rinunciare alle cure mediche, chiedere prestiti per soddisfare dei bisogni di salute, ricorrere sempre di più al privato accreditato, sono tutti indicatori del fatto che così come è attualmente strutturato il nostro SSN è inadeguato.*

*A pesare liste di attesa troppo lunghe, ticket inadeguati per alcune tipologie di persone, servizi territoriali inesistenti o inadeguati, ecc. , convinzione che il privato funzioni meglio perché ti dà una risposta anche se te la devi pagare.*

*Condizioni e comportamenti che oltre a pesare negativamente sulla salute collettiva della popolazione, pesano anche sul fatto che un sistema funziona se utilizzato, che un sistema è flessibile e adeguato alle esigenze di salute della popolazione se prende in carico non solo un numero significativo di pazienti ma anche se è capace di rispondere alle diverse tipologie ed esigenze della popolazione.*

*Dal nostro punto di vista vi è poi un aspetto culturale molto importante: rinunciare alle cure, ricorrere al privato per avere qualche forma di risposta in tempi decenti, sono tutti comportamenti non solo di mal funzionamento del SSN ma, cosa più grave, che mettono in discussione la validità e l'importanza di un buon SSN.*

*Un sentimento che sembra essere cercato dal decisore pubblico, nel momento in cui non interviene per risolvere tale stato, al fine di erodere la radicata cultura della salute come bene pubblico e collettivo fra la popolazione. Cultura frutto non solo di progetti innovativi come sono i principi del SSN nonostante tutto, ma di decenni di lotte, di dibattiti e di misure lungamente rivendicati e perseguiti in linea con le esigenze dei singoli e delle collettività.*

*Erodere e minare tale cultura rientra nelle strategie implicite che molti attori e decisori sembrano voler perseguire ostinatamente al fine di far fallire completamente il SSN.*

*Come in più occasioni abbiamo sottolineato non basta un sistema di servizi per rispondere ai bisogni sanitari e di salute, ma serve una cultura della salute (Health literacy) diffusa per rendere utili e utilizzabili al meglio tali servizi e per fare prevenzione.*

*One Health, prevenzione e promozione della salute sono, assieme ad un sistema di servizi funzionante, la base di una buona salute individuale e collettiva e quindi di un Paese.*

*Inoltre un sistema di salute è efficace ed efficiente se ha carattere universalistico, di flessibilità e di resilienza e risponde ai reali bisogni della popolazione.*

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=120353](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120353)



## **Schillaci alla Affari sociali: con -4.500 medici e -10mila nurse spese stellari per gettonisti. Sul Pronto soccorso: oltre il 40% dei 17mln di accessi 2022 è inappropriato**

*«Stimiamo che manchino 4.500 medici e circa 10.000 infermieri a livello nazionale. Questo ha portato al ricorso a gettonisti/cooperative, con effetti deleteri sul sistema».*

*Così il ministro della Salute Orazio Schillaci nella relazione alla commissione Affari sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla Medicina dell'emergenza-urgenza e del pronto soccorso.*

*Facendo riferimento al rapporto Anac del 15 febbraio relativo a settembre 2023 sugli affidamenti pubblici del servizio di fornitura di personale medico e infermieristico (personale 'gettonista') al Ssn, Schillaci ha elencato le spese delle Regioni, tutte coinvolte (tranne la Pa di Trento) nel ricorso a medici e infermieri gettonisti.*

*«Dall'analisi territoriale sulla spesa effettivamente sostenuta dalle stazioni appaltanti nel periodo 2019-2023 - ha detto - emerge che le Regioni impegnate dal punto di vista economico sono la Lombardia (56 milioni), l'Abruzzo (51 milioni) e il Piemonte (34 milioni), con valori nettamente superiori a quelli registrati dalle altre: rispetto ad esempio al Lazio, quarta regione per spesa sostenuta (13 milioni), si registrano un +332% della Lombardia, un +297% dell'Abruzzo e un +165% del Piemonte. Per Lombardia e Lazio - ha aggiunto il ministro - l'entità della spesa per i medici è pressoché equivalente a quella per infermieri; per il*

*Piemonte prevale la spesa per i medici mentre per l'Abruzzo la spesa è totalmente imputata al personale infermieristico».*

*Rispetto alla questione specifica delle criticità nell'area dell'emergenza-urgenza, il ministro ha presentato innanzitutto gli ultimi bilanci. «Per il 2022 i dati riportano più di 17 milioni di accessi in Pronto soccorso, con il 12% in codice bianco, il 50% in codice verde, il 19% in codice azzurro, il 17% in codice arancione e il 2% in codice rosso - ha detto -. La stima degli accessi evitabili, per codici bianco/verde con dimissione a domicilio, riporta una percentuale sul totale superiore al 40%. Il rispetto dei tempi, su base regionale, viene uniformemente garantito per i codici bianco/verde mentre per azzurro, arancione e rosso si assiste a un notevole variabilità con spesso il mancato rispetto dei tempi massimi previsti - ha aggiunto -.*

*La dimissione a domicilio rappresenta la quota preponderante degli esiti di tutti gli accessi, toccando il 70% del totale. Il ricovero in degenza raggiunge il 12% del totale, mentre il ricorso all'Osservazione breve intensiva o alla 'dimissione a struttura ambulatoriale' sconta importanti disomogeneità a livello regionale, così come, di pari passo, non è uniforme il recepimento da parte delle Regioni delle linee di indirizzo esistenti».*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-02-20/schillaci-affari-sociali-4500-medici-e-10mila-nurse-spese-stellari-gettonisti-pronto-soccorso-oltre-40percento-17mln-accessi-2022-e-inappropriato-130816.php?uuid=AFrDlomC&cmpid=nlqf>



## **Per la sanità pubblica un percorso a parte nella P.a.**

**Stefano Simonetti**

*Più volte mi sono chiesto se la Sanità faccia ancora parte della Pubblica amministrazione.*

*Molti dati oggettivi confermano questa sensazione, come a esempio: l'Anagrafe dei dipendenti, le Linee guida del 28 giugno 2023 sulle competenze trasversali, le Linee guida del 28 novembre 2023 sulla valutazione individuale, la recente esclusione dalla revisione delle norme concorsuali (Portale del reclutamento, commissioni e prove di esame, gli idonei nelle graduatorie e quant'altro), la perdurante necessità dell'assenso in uscita per la mobilità, tutta la questione della*

*Elevata qualificazione, il recente Dpcm sull'apprendistato, la espressa esclusione della dirigenza del Ssn dall'applicazione delle nuove norme sui tempi di pagamento delle fatture, la disciplina del conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali.*

*Sembra, insomma, che quando il legislatore o gli organi governativi parlano di "pubblica amministrazione" il riferimento sia per antonomasia alle amministrazioni centrali e, al massimo, alle autonomie locali. La Sanità ha quasi sempre una legislazione dedicata e specifica ma, a volte, utilizzando la definizione onnicomprensiva e generica si generano equivoci e lacune normative.*

*Tra i tanti elementi che distinguono la Sanità pubblica dagli altri comparti, potrei ricordare le nuove linee guida dello scorso novembre sulla valutazione della performance individuale e la sostanziale estraneità della Sanità alla materia.*

*A seguire, pochi giorni fa il ministro Zangrillo ha diramato le "prime indicazioni operative in materia sulla misurazione e di misurazione della performance individuale" con la nota n. 430 del 24 gennaio 2024; la direttiva riprende alcuni temi di quella del novembre scorso, ricordata sopra.*

*Il documento della Funzione pubblica è indirizzato "alle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", ragione per la quale le aziende ed enti del S.s.n. rientrano certamente tra i destinatari. Detto questo, si può rinvenire nella nota qualche indicazione operativa sostanziale per le aziende sanitarie? Francamente penso proprio di no e plausibilmente tutti i decisori aziendali non l'hanno nemmeno letta.*

*Vediamo alcuni passaggi: l'assegnazione degli obiettivi da effettuare non oltre il mese di febbraio, l'impegno per i dirigenti di fare almeno 24 ore annue di formazione, l'assegnazione degli obiettivi previo colloquio tra valutatore e valutato.*

*Questi adempimenti non possono avere rilievo per le aziende sanitarie che, ad esempio, ricorrono da quasi trent'anni alla negoziazione degli obiettivi tramite la procedura del budget funzionale che è materialmente impossibile che si concluda entro febbraio.*

*Riguardo alla formazione, per i quasi 500.000 sanitari soggetti alle regole della Ecm la indicazione non ha alcun senso senza contare che tutti i dirigenti hanno diritto ad una riserva di 3,5 ore settimanali delle 38 previste da dedicare alla formazione e all'aggiornamento professionale.*

Infine, la semplificazione quasi didascalica sul “colloquio” per l’assegnazione degli obiettivi.

A quest’ultimo proposito, le procedure per la negoziazione del budget sono consolidate, come detto, da decenni, sono state riassunte da ultimo anche nell’art. 93, comma 3, del Ccnl del 19.12.2019 e sono decisamente più complesse e articolate rispetto a un “colloquio”.

Nessun accenno viene fatto nella direttiva della Funzione pubblica alla scheda di budget, agli indicatori, al peso degli obiettivi, all’assegnazione delle risorse necessarie, ai report, ai soggetti valutatori, ai controlli periodici per stati di avanzamento.

Soltanto un “colloquio”, quasi come una chiacchierata fatta al bar del ministero.

Ora, è del tutto credibile che da parte della Funzione pubblica si considerino come modello di riferimento le amministrazioni centrali – anche per le complesse e conflittuali questioni sulla ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni – ma almeno si potrebbe accennare nelle direttive in commento che per alcuni comparti – la Sanità certamente, ma anche la Scuola - la materia resta disciplinata dalle norme di settore; e questo, sia per la correttezza formale del documento, sia per evitare fraintesi e perplessità nei destinatari delle direttive.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-02-12/per-sanita-pubblica-percorso-parte-pa-084853.php?uid=AFHCG3qC&cmpid=nlqf>



## Toscana sud-est: nuovo equilibrio tra quantità e qualità dei servizi sanitari

Paolo Castiglia

“La programmazione di area vasta rappresenta un tassello fondamentale per costruire un nuovo equilibrio tra quantità e qualità dei servizi e sostenibilità del sistema.

Altrettanto importante è condividere i risultati perché ci danno la misura del lavoro che stiamo facendo e degli obiettivi che potremmo raggiungere nei prossimi anni”. Sono parole di Simone Bezzini, assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana, intervenuto giovedì 22 febbraio ad Arezzo alla presentazione del Rendiconto 2023 e del Piano della programmazione 2024-2026 di Area Vasta.

Il tutto ad un anno dalla firma del documento di programmazione integrata tra l’Azienda ospedaliero-universitaria Senese e l’Azienda USL Toscana sudest, in sinergia con Estar e la Regione Toscana. I protagonisti di questa sinergia si sono quindi riuniti ad Arezzo per fare il punto su un programma finalizzato al potenziamento e allo sviluppo a “rete” del sistema sanitario, in termini di unitarietà ed integrazione dei servizi assistenziali, continuità dei percorsi, equità ed omogeneità di accesso ai livelli di prestazione.

Erano presenti all’evento, tra gli altri, anche l’assessore regionale al Diritto alla Salute Simone Bezzini; i direttori generali di AUSL Toscana Sud Est, Antonio D’Urso e di Aou Senese, Antonio Barretta; il direttore generale di Estar, Massimo Braganti e il presidente della Terza Commissione Regione Toscana, Enrico Sostegni.

Dal tavolo è emerso come “l’Area Vasta, così come previsto dalla programmazione regionale, rappresenta il livello ottimale in cui valorizzare, attraverso l’integrazione dei servizi, l’organizzazione della rete ospedaliera e specialistica con un percorso che inizia “in prossimità” dell’utente e prosegue nei diversi nodi della rete”.

“Il bilancio di un anno di programmazione di area vasta è più che positivo” ha spiegato poi il direttore generale della Asl Toscana Sud-est, **Antonio D’Urso**, evidenziando che la collaborazione fra Asl Tse e Aous “ha permesso e permette di ottimizzare le risorse, unendo forze ed esperienze personali e professionali, il tutto a favore dei pazienti che devono poter contare su un sistema sanitario attento alle loro esigenze, con prestazioni appropriate e finalizzate alla migliore cura possibile: la collaborazione fra le due aziende sanitarie permette di fare rete, confrontarsi, elaborare proposte e progetti, permettere alla ricerca di andare avanti, il tutto nell’ottica di un miglioramento delle prestazioni sanitarie e creando condizioni migliori per quanti, medici, infermieri e operatori sociosanitari, che ogni giorno lavorano per assicurare cure e assistenza ai pazienti”.

Ai percorsi già individuati nella macroarea dell’ambito medico-chirurgico di Area Vasta si poi sono aggiunti nuovi modelli organizzativi che riguardano il percorso interaziendale per l’attività chirurgica (oculistica), la cardiocirurgia in rete, il percorso interaziendale delle cure palliative precoci, il progetto interaziendale per la gestione dell’anziano fragile, la rete odontoiatrica, la gestione delle terapie intensive e delle riabilitazioni di Area Vasta, e infine il tavolo multidisciplinare per la presa in carico di pazienti in ossigenoterapia dal domicilio alle strutture ospedaliere, oltre alla partecipazione ai tavoli multidisciplinari per il potenziamento della rete di presa in carico del paziente anziano fragile.

**quotidianosanita.it**

## **Ssn. Non serve solo una riforma, ma capire quale riforma**

**Nicola Rosato**, Analista economico della Pubblica Amministrazione

**26 FEB** - Gentile Direttore,

*non vi è una sola voce dissenziente. Tutti convinti che una riforma del Servizio sanitario nazionale sia necessaria. Ma quale riforma?*

*Qui le voci sono meno univoche. Il dibattito si polverizza su argomenti approssimativi e ripetitivi, non è incanalato verso chiari punti di approdo o, quando lo è, l'approdo è colorato da etichette ideologiche. Il che non aiuta a comprendere cosa sia una buona sanità e cosa, al contrario, una cattiva sanità.*

*Sono stati i "patti per la salute" tra stato, regioni e province autonome che hanno surrogato il piano sanitario nazionale, scomparso da sedici anni, a focalizzare l'analisi su singole tessere di un mosaico senza collocarle in una strutturata visione d'insieme.*

*Senza la visione d'insieme gli spunti offerti dal dibattito per la riforma si arenano in conclusioni semplicistiche: manca il personale, mancano i soldi, è fallita la gestione aziendale, sempre bistrattata anche se non è stata mai veramente applicata. Insomma, si censiscono gli effetti di cause non analizzate. Mancano senz'altro risorse, ma la questione vera è: per quali scopi, dove e come queste risorse maggiori, e quelle recuperabili dagli sprechi che pure vi sono, devono essere allocate.*

*Il caso della irriducibilità delle liste d'attesa, nonostante i reiterati finanziamenti, fa scuola. Se una causa delle liste d'attesa è (e lo è) un'approssimativa appropriatezza delle prescrizioni, finanziamenti aggiuntivi non faranno altro che aumentare le attese se non si controlla l'appropriatezza con premi e sanzioni ai medici prescrittori. Se un'altra causa è (e lo è) la scarsa diffusione dell'associazionismo dei medici di famiglia, che potrebbero – associandosi – dare maggiore dignità alla professione svolgendo direttamente tante prestazioni di base, stanziare risorse aggiuntive per un'organizzazione del lavoro obsoleta (il medico single-handed) porta scarso giovamento se non si incentiva l'associazionismo. Non è forse l'associazionismo dei medici di famiglia anche lo snodo dell'operatività delle oggi vuote Case di comunità?*

*Le questioni aperte sono ovviamente molte di più di queste e con sfaccettature, implicazioni e correlazioni che devono essere approfondite e cucite da una visione strategica della riforma. Consideriamo l'organizzazione a rete degli ospedali.*

*Le regioni più piccole non possono avere reti autonome, il che spiega gran parte delle migrazioni sanitarie. Si deve fare affidamento soltanto sull'adesione volontaristica delle regioni minori ad un'integrazione delle reti con le regioni limitrofe, o è più sicura e utile una prescrizione del Piano sanitario nazionale?*

*Il servizio sanitario che conosciamo è un'organizzazione con una pluralità di prestazioni eterogenee, caratterizzate da un basso grado di fattori e procedure tecniche produttive comuni. Si è persa la distinzione tra servizio sanitario e sistema sanitario che non sono sinonimi.*

*La loro differenza sta nel concetto che la salute si persegue in tutte le politiche e con l'integrazione di discipline diverse. Pensiamo ai consultori familiari, che hanno trasformato l'originaria funzione di orientamento clinico-diagnostico e di prima accoglienza in materia di educazione e salute sessuale e di consulenza per il benessere familiare in ambulatori periferici di discipline specialistiche e sono stati caricati di competenze sociali pure, in materia di adozioni, affidamenti familiari, immigrazione.*

*Non è detto che si debbano concentrare tutte le funzioni nel SSN.*

*Occorre valutare se non sia il caso di scorporare attività oggi svolte nelle Usl affidandole ad altre organizzazioni, come avvenne col referendum del 18 aprile 1993, da cui nacquero le ARPA, Aziende regionali di prevenzione ambientale, separate dalle USL.*

*Valutare, cioè, se – esemplificando – i servizi veterinari non possano diventare i terminali nel territorio degli IZS, Istituti zooprofilattici sperimentali, che condividono con le USL la stessa missione di tutelare la sanità ed il benessere animale, per garantire la salute dei consumatori; se i servizi di prevenzione per la sicurezza sui luoghi di lavoro – tema attuale di grande allarme sociale – non possano trovare più efficace collocazione nell'INAIL, Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro che per statuto, insieme a quella previdenziale e risarcitoria, ha la stessa missione delle USL di prevenire i rischi lavorativi; se gli ospedali di insegnamento debbano essere a mezzadria tra SSN e Università con non poche*

complicazioni gestionali, o debbano essere affidati alle sole Università; quali siano le lacune professionali e manageriali da colmare per gestire con profitto l'attuazione della riforma.

E così ragionando si aprono spiragli per riordinare e semplificare altre aree della pubblica amministrazione.

È dunque appropriata la diagnosi di "crisi sistemica" del SSN fatta dalla Corte dei conti nella relazione presentata all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2024.

All'allarme della Corte si deve rispondere *hic et nunc* con un tavolo della Conferenza Stato e Regioni, aperto alla partecipazione dei tanti centri studi di cui l'Italia dispone, per approfondire le analisi delle cause della crisi e mettere in campo i necessari organici interventi correttivi di un nuovo Piano sanitario nazionale.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=120417](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120417)



## **Regioni ancora in difficoltà sui principali indicatori dell'assistenza sociosanitaria**

*Nord e Sud sempre divisi. La perequazione vale almeno 15 miliardi nel medio periodo. L'analisi di Crea Sanità*

Il Crea Sanità conferma il gap sanitario tra Regioni (soprattutto tra Nord e Sud, ma non solo) lanciato come allarme da sindacati, associazioni, Società scientifiche e Istituti nazionali di ricerca durante l'iter del Ddl sull'autonomia differenziata approvato al Senato e ora all'esame della Camera.

E i dati del Centro di ricerca, riconosciuto da Eurostat, Istat, Cnel e Ministero della Salute, composto da economisti, epidemiologi, ingegneri biomedici, giuristi, statistici, vanno anche al di là dell'analisi dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), mettendo in rapporto gli indicatori sanitari con quelli sociosanitari e sociali.

Nel 2023, secondo le analisi pubblicate a giugno nell'XI Rapporto Crea Sanità sulle Performance Regionali, otto Regioni/Province autonome sono 'promosse' (di cui tre a pieni voti), sette 'rimandate' e sei 'bocciate' alla prova delle performance valutate su sei dimensioni: Appropriatazza, Equità, Sociale, Esiti, Economico-finanziaria, Innovazione.

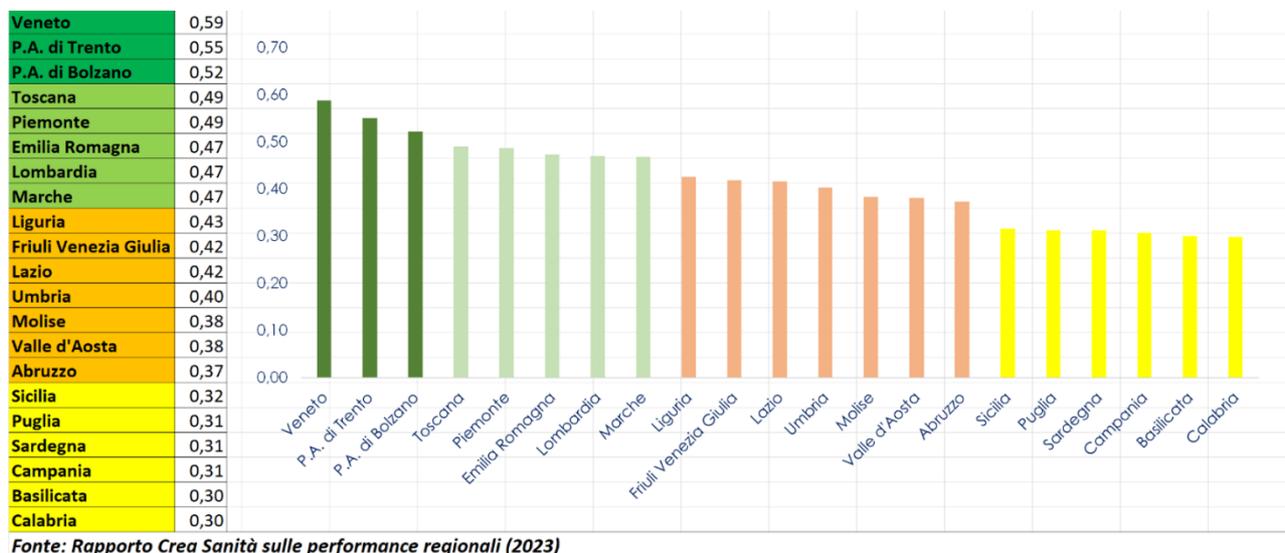
Il dato è statisticamente rilevante in quanto "media" le preferenze di oltre 100 stakeholder del servizio sanitario (direttori generali di aziende sanitarie, professionisti sanitari, istituzioni, utenti e industria).

Le conferme o le novità sulla valutazione stanno per arrivare con lo sviluppo della nuova analisi già in fase di realizzazione e che sarà conclusa a fine primavera 2024.

Nel 2023 Veneto, Trento e Bolzano hanno ottenuto il miglior risultato (con punteggi che superano la soglia del 50% del risultato massimo ottenibile, rispettivamente: 59%, 55% e 52%). Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Marche vanno abbastanza bene, con livelli dell'indice di Performance compresi tra il 47% e il 49%.

Le buone notizie finiscono qui: se Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta e Abruzzo raggiungono livelli di performance abbastanza omogenei, seppure inferiori, compresi nel range 37-43%, Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria, hanno livelli di performance inferiori al 32 per cento.

In sostanza la valutazione divide in due l'Italia, con circa 29 milioni di cittadini nelle prime otto Regioni che possono stare relativamente tranquilli e altri 29 milioni nelle Regioni rimanenti che potrebbero avere serie difficoltà nei vari aspetti delle dimensioni considerate.



Da una valutazione intermedia della situazione regionale, elaborata in occasione della presentazione a gennaio del 19° Rapporto, Crea Sanità, rispetto a cinque capitoli analizzati nel Rapporto (esiti, equità, prevenzione, assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera, assistenza farmaceutica), alcune Regioni riescono a ottenere mediamente valori superiori alla media nazionale, ma molte presentano valori inferiori, e per tutte si registrano alti e bassi rispetto agli anni precedenti con differenze marcate nei servizi e nell'assistenza.

REGIONI	Migliore indicatore	Peggior indicatore
PIEMONTE	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche	Percentuale di famiglie con disagio economico per spese sanitarie
V. D'AOSTA	Eccesso ponderale dei bambini di 8-9 anni	Spesa privata pro-capite
LOMBARDIA	Tasso (per 100.000 abitanti) di assistiti in residenze e semi residenze	Spesa privata pro-capite
P.BOLZANO	Eccesso ponderale dei bambini di 8-9 anni	Copertura vaccinale contro l'influenza negli anziani
P.TRENTO	Tasso di assistiti in residenze e semi-residenze	Percentuale di over 65 che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare
VENETO	Tasso di assistiti in residenze e semi-residenze	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche
FRIULI V.G.	Tasso di assistiti in residenze e semi-residenze	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche
LIGURIA	Tasso di assistiti in residenze e semi-residenze	Percentuale di dipendenza negli anziani
EMILIA R.	Percentuale di famiglie con disagio economico per spese sanitarie	Percentuale di spesa privata pro-capite
TOSCANA	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche	Percentuale di dipendenza negli anziani
MARCHE	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche	Spesa farmaceutica pubblica (in euro) pro-capite
UMBRIA	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche	Percentuale di dipendenza negli anziani
LAZIO	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche	Tasso di assistiti in residenze e semi-residenze
ABRUZZO	Percentuale di over 65 che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare	Tasso di assistiti in residenze e semi-residenze
MOLISE	Percentuale di over 65 che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche
CAMPANIA	Spesa privata pro-capite	Eccesso ponderale dei bambini di 8-9 anni
PUGLIA	spesa privata pro-capite	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche
BASILICATA	Percentuale di over 65 che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche
CALABRIA	Spesa privata pro-capite	Percentuale di over 65 che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare
SICILIA	Percentuale di over 65 che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare	Percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche
SARDEGNA	Eccesso ponderale dei bambini di 8-9 anni	Percentuale di famiglie con disagio economico per spese sanitarie

Fonte: 19° Rapporto CREA Sanità - gennaio 2024

I capitoli del Rapporto misurano dodici indicatori: mortalità evitabile, prevenibile e trattabile (per 1.000 ab.); quota famiglie i) impoverite (%), ii) soggette a spese sanitarie catastrofiche, iii) con disagio economico per spese sanitarie (%); coperture vaccinali contro l'influenza nell'anziano 65+ (%); eccesso ponderale nei bambini di 8-9 anni (%); fumatori adulti 18-69 anni (%); tasso di ospedalizzazione standard acuti ordinari (per 1.000 ab.);

variazione assistiti in istituti o centri di riabilitazione accreditati 2020/2017 (%); variazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pro-capite 2021/2019 (%); quota di persone 75+ che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare (%); scostamento dal tetto della spesa farmaceutica totale pro-capite (in euro).

Solo dieci Regioni hanno il maggior numero di indicatori, superiori alla media nazionale e sono, tranne la Sicilia, tutte Regioni del Centro-Nord, a partire da Lombardia e Toscana, con 10 indicatori su 12 superiori alla media nazionale, fino alla Puglia che, al contrario, ha 10 indicatori inferiori alla media nazionale su 12.

### **Gli esempi nelle Regioni dalle rilevazioni del 19° Rapporto Crea Sanità**

Ovviamente è diverso il peso dei singoli indicatori nelle singole Regioni.

Eccesso di spesa privata, disagi per le famiglie legati alla spesa sanitaria e percentuale di famiglie sottoposte a spese catastrofiche per l'assistenza sanitaria sono gli indicatori negativi più presenti.

Quelli relativi alle spese catastrofiche, in negativo sono soprattutto al Sud, mentre al positivo al Centro, ma nel Nord, tranne in Veneto dove sono uno dei due soli in dieci negativi, fanno sempre parte degli indicatori positivi, anche se non sempre al top.

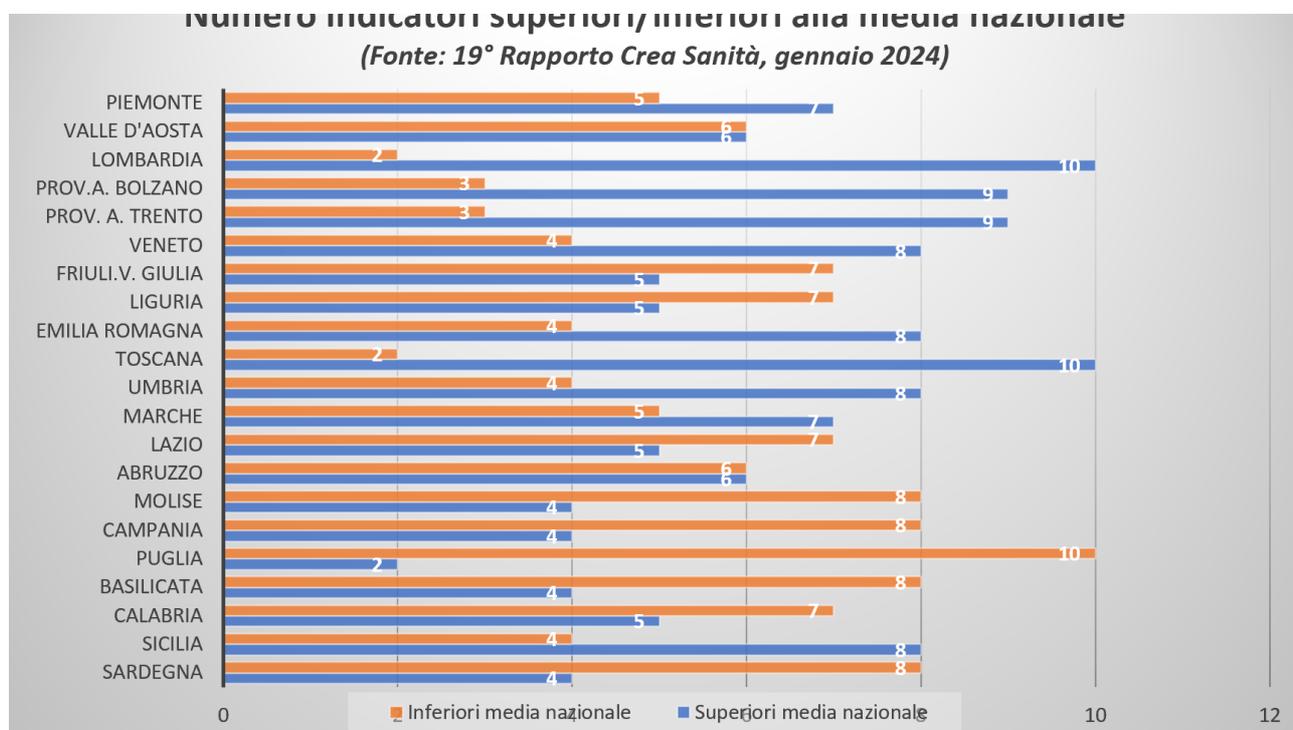
A questi si aggiungono spesso lo scarso ricorso per gli anziani all'assistenza domiciliare e il basso tasso di assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali. “

È evidente – sottolineano gli esperti del Crea Sanità – che il denominatore comune è la debolezza estrema dell'assistenza territoriale sociosanitaria, che spesso genera situazioni di disagio estreme.”

### **I suggerimenti del Crea Sanità**

Crea Sanità nel suo ultimo rapporto di gennaio ha già sottolineato che 'solo' per non peggiorare il livello di spesa sanitaria italiana rispetto a quello ben più alto degli altri Paesi Ue sono necessari investimenti extra per almeno 15 miliardi, sia pure diluiti nel medio periodo. Ma non solo, per evitare che le risorse siano disperse, anche la cura organizzativa deve essere massiccia.

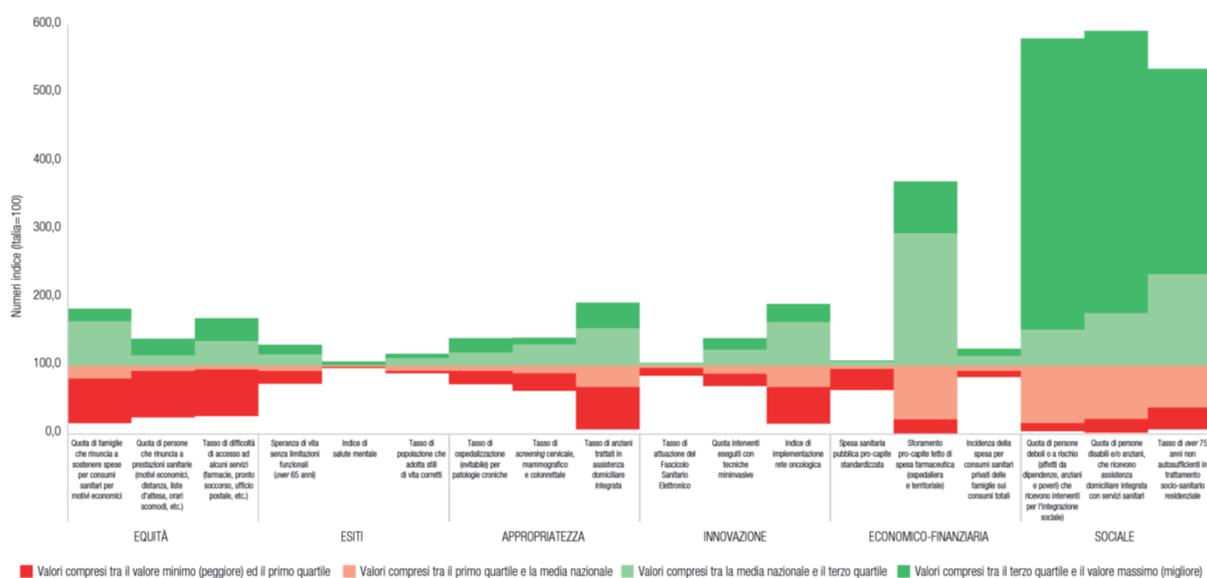
“Dall'inizio dello scorso anno a oggi – commenta il Crea Sanità – non c'è ancora stato il necessario miglioramento delle performance regionali che avrebbe consentito di evitare disomogeneità e disuguaglianze nell'assistenza. Oltre agli investimenti, anche dal punto di vista organizzativo-strutturale per poter garantire un'assistenza omogenea in tutte le Regioni, sono necessarie alcune scelte”.



“Il Ssn – spiega il Crea Sanità – dovrebbe superare l'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. Si devono potenziare i processi di comunicazione e collaborazione all'interno del SSN a partire dalla prevenzione, attraverso una rivoluzione culturale, capace di generare l'adesione della popolazione sull'adozione di stili di vita 'salutari' anche snellendo i processi di presa in carico che devono essere multidisciplinari, sviluppando livelli di integrazione tra professionisti e senza duplicazioni.

Va poi evitato 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, anche per colpa della non integrazione del 'circuit' privato con quello pubblico e, soprattutto in vista di eventuali diversi gradi di autonomia regionale, vanno rivisti i criteri di riparto del fondo sanitario, da alcuni anni 'congelati', a parte l'intervento per inserire dal 2023 il parametro della 'deprivazione', una modifica che ha spostato relativamente poco l'allocazione delle risorse. In tutte le Regioni c'è una situazione non equa: nessuna 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 difforme, anche in ragione delle diverse incidenze di residenti esenti".



<https://panoramadellasanita.it/site/regioni-ancora-in-difficolta-sui-principali-indicatori-dellassistenza-sociosanitaria/>

quotidianosanita.it

## L'impatto dell'autonomia differenziata sulla sanità campana

Maurizio Cappiello, Vicesegretario regionale Campania Anaa Assomed

02 FEB - Gentile Direttore,

lo scorso 23 gennaio 2024 è stato approvato al Senato il testo del disegno di legge sull'autonomia differenziata proposto dal Ministro della Lega per gli "Affari regionali e le autonomie", On. Roberto Calderoli. Le Regioni a statuto ordinario potranno dunque chiedere più autonomia allo Stato su 23 materie, sulla base di quanto sancito dagli articoli 116 e 117 della Costituzione, tra cui la sanità.

Come da prassi l'esame passa alla Camera dei deputati, ricordando che il disegno di legge costituisce attuazione di quanto disposto all'art. 116, ultimo comma, della Costituzione, ove è prevista la possibilità di conferire alle Regioni ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia.

Tuttavia la criticità da risolvere della riforma è costituita dalla necessità di assicurare gli stessi livelli qualitativi nella erogazione delle prestazioni essenziali (LEP) in tutto il paese e della corretta allocazione delle risorse, affinché non si verifichino squilibri di tipo economico e sociale tra le varie Regioni.

D'altronde nella nostra Costituzione, all'art. 119, viene sancita "la promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali".

*Un'autonomia però che, almeno per quanto riguarda le materie inerenti ai diritti civili e sociali, sarà comunque subordinata ai LEP, (Livelli Essenziali di Prestazione), da stabilire a livello centrale e che ogni Regione dovrà impegnarsi a garantire, anche se fino ad oggi questi standard minimi dei servizi, non sono stati proprio definiti, se non in campo sanitario e tra l'altro non applicati in maniera omogenea in tutte le Regioni.*

*Diventa complesso per le regioni del sud e la Campania in particolare, già sotto-finanziata, rispondere alle garanzie che il Ministero deve attualmente verificare e certificare con un complesso sistema fatto di 88 indicatori che vanno dalla prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'assistenza distrettuale, dalla stima del bisogno sanitario all'assistenza ospedaliera, dall'equità sociale al monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) di patologie come: scompenso cardiaco, diabete, tumori alla mammella, colon-retto, BPCO, etc.*

*Questo sistema ha visto definire 22 di questi indicatori come "CORE", cioè, decisivi per valutare se le Regioni stanno o non stanno garantendo a tutti i loro cittadini livelli essenziali di assistenza sanitaria.*

*Certo che il finanziamento 2023 (o meglio sottofinanziamento) del riparto regionale dei fondi per la sanità: di 11.250.637.286 non sono certo sufficienti, secondo i nuovi criteri stabili in Conferenza Stato-Regioni sull'accordo Politico sul Riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2022, il 98,5% delle risorse disponibili vengono ripartite sulla base della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età; lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione con età inferiore a 75 anni; lo 0,75% in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.*

*I finanziamenti in pratica vengono fatti al seguito di un calcolo della popolazione pesata che utilizza criteri anagrafici che ci penalizzano molto, in particolare avendo noi una età media più bassa rispetto alle regioni del nord riceviamo meno finanziamenti, da una parte è vero che forse facciamo 0,5 figli in più rispetto al resto del paese ma abbiamo più malati cronici ed oncologici ad alto impatto economico, soprattutto abbiamo una aspettativa di circa 2 anni in meno rispetto alle regioni del Nord che abbassa l'età media, motivo per cui bisogna portare avanti il concetto di bisogno di salute quindi utilizzando criteri epidemiologici e meno demografici.*

*Essendo quindi la Campania una Regione "più giovane", riceviamo circa 250-300 milioni di euro in meno rispetto alla media nazionale, ossia circa 60 euro pro capite in meno rispetto all'Emilia Romagna, 40 in meno di Veneto e Lombardia" tutto ciò aggravato da una "carenza strutturata di posti letto" - circa 1400 in meno- rispetto ai bisogni effettivi previsti dal Decreto ministeriale 70/2015 avendo una media di 3.13 contro i 3.66 dell'Emilia Romagna.*

*In conclusione l'autonomia differenziata ci espone a rischi di un indebolimento della capacità competitiva per effetto di una frammentazione inaccettabile delle politiche pubbliche e sanitarie in particolare, con una sempre maggiore difficoltà nel dare risposta i bisogni di salute e gravando sui pronto soccorso che diventeranno sempre più degli ammortizzatori sociali soprattutto per le prestazioni non urgenti.*

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=119941](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119941)



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

**Leopoldo Turani**

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

*Il primo parco nazionale del mondo, quello di Yellowstone (Stati Uniti d'America) fondato dal presidente Ulysses S. Grant nel 1872, zona protetta situata negli Stati Uniti, nominata patrimonio mondiale dall'UNESCO, è un contesto di equilibrio degli ecosistemi che può spezzarsi, come stiamo assistendo nei nostri*

tempi: frane, incendi, terremoti, inondazioni, eruzioni...possono stravolgere l'ambiente e abbattere piante e animali. La presenza degli esseri viventi è condizionata dalle caratteristiche fisiche dell'**ambiente**. Ogni pianta e animale vive in un certo tipo di ambiente: potresti mai vedere un orso bianco nel deserto?[3] Ci siamo vicini con cinghiali e gabbiani nelle città metropolitane...

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

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

•Con il controllo dell'**equilibrio finanziario** (rientrando nel Budget operativo assegnato dalla Regione Lazio) e della **sostenibilità** dell'azienda nel lungo periodo, la sostenibilità (una delle maggiori sfide mondiali) si raggiunge con il bilanciamento fra tre fattori rilevanti: i bisogni dei pazienti, i problemi economici, i costi ambientali (i servizi sanitari devono sviluppare Assistenza di qualità elevata, a costi bassi e a minor impatto ambientale) come da rapporto Brundtland 1987 della Commissione mondiale sull'ambiente e lo sviluppo (WCED) in cui, per la prima volta, venne introdotto il concetto di sviluppo sostenibile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio<sup>[1]</sup>.

-1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

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

**La programmazione** deve prevedere i seguenti standard:

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

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

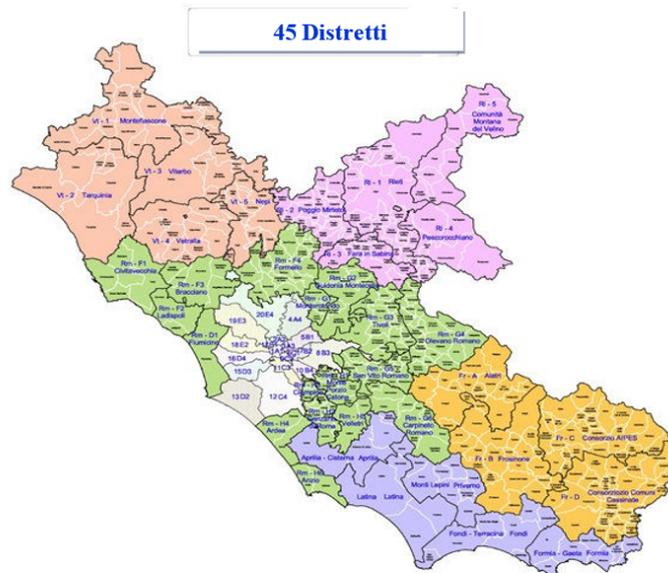
1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore,

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

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

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



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

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



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

**Bibliografia**

- 1SIQuAS-VRQ A.Apicella - G. Banchieri, L. Goldoni - Grado 2010
- 2 Rapporto Brundtland 1987 del Comitato mondiale su Ambiente e Sviluppo

- 3Fuoriclasse, Sussidiario delle discipline - AA.VV., Classe 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> DeAgostini 2009  
4Organizzazione Aziendale - Rocco Reina 2008  
5La progettazione dell'organizzazione aziendale – Henry Mintzberg 1985  
6OMS Comitato regionale per l'Europa - Copenaghen, 11-14 settembre 2006  
7“Leadership e management come strumenti di governance dell'assistenza sanitaria basata sul valore”  
Carlo Favaretti\*, Andrea Silenzi\*\*, Gianfranco Damiani\*\*\* -l'Arco di Giano 108 Estate 2021  
8 “La Progettazione Organizzativa, Principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie”  
(Cicchetti A, 2012).  
9 Epidemiologia - Maria Sofia Cattaruzza Scuola di Specializzazione in Statistica Sanitaria 2008  
10Ministero della Salute Decreto 23 maggio 2022, n. 77

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

**quotidianosanita.it**

### **Tre riforme, un nuovo orizzonte**

Tiziana Frittelli, Presidente di Federsanità

Michelangelo Caiolfa, Esperto Federsanità integrazione socio-sanitaria

*Dopo la concertazione in Conferenza unificata del Decreto in materia di persone anziane l'iter di elaborazione delle riforme potrà dirsi sostanzialmente completato, e ci consegnerà le grandi direttrici che segneranno per i prossimi anni l'evoluzione dei sistemi sanitari e sociosanitari territoriali. Unire le tre riforme nella loro attuazione materiale, fare di questa integrazione il motore della innovazione dei sistemi territoriali di cura e assistenza, aprire porte e finestre alla spinta della promozione della salute e dei progetti di vita*

#### **12 FEB -**

*Con l'approvazione preliminare in Consiglio dei Ministri del Decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, attuativo della Legge Delega in materia di persone anziane 33/2023, è quasi arrivato a compimento il processo di costruzione delle riforme recate dalla Missione M5C2 e dalla Missione M6C1 del PNRR.*

*Il DM 77/2022 che disegna, di fatto, il primo impianto di livello nazionale dell'organizzazione sanitaria territoriale dall'epoca del D.Lgs. 502/1992 è in fase di attuazione, seppure con criticità all'orizzonte.*

*Il Decreto legislativo recante definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, attuativo della Legge Delega in materia di disabilità 227/2021, è stato licenziato in preliminare approvazione dal Consiglio dei ministri il 3 novembre 2023 e poi portato alla concertazione della Conferenza Unificata; in queste settimane sta completando i successivi passaggi di prassi.*

*Dopo la concertazione in Conferenza unificata del Decreto in materia di persone anziane l'iter di elaborazione delle riforme potrà dirsi sostanzialmente completato, e ci consegnerà le grandi direttrici che segneranno per i prossimi anni l'evoluzione dei sistemi sanitari e sociosanitari territoriali.*

*La comprensione comparata e trasversale dei tre Decreti va ben oltre i soli temi sanitari e sociosanitari, poiché i tre corpi normativi aprono scenari più vasti. Tuttavia per Federsanità la prima lettura non può che essere incentrata su due dimensioni: la composizione di una visione di sistema; l'attuazione dei contenuti delle riforme.*

*Indubbiamente, se considerati insieme, i tre Decreti disegnano un sistema territoriale sanitario e sociale fortemente integrato e organizzato, tuttavia la vera questione risiede nei caratteri richiesti dalla nuova integrazione e dalla nuova organizzazione. L'integrazione che scaturisce dalle riforme è di tipo sistemico e strutturato e non si limita al solo campo 'sociosanitario', ma interessa la sanità territoriale al suo interno e il sociale al suo interno, tanto quanto la parte classica sociosanitaria. L'integrazione richiesta dalle riforme non può più basarsi su dinamiche legate al singolo caso trattato, verso cui le diverse strutture organizzative erogano le prestazioni di competenza, ciascuna seguendo la propria linea operativa e professionale, e alla fine la somma giustapposta di queste singole prestazioni darà la dimensione 'integrata' ricevuta dal quel singolo caso.*

*La nuova integrazione esige, al contrario, la costruzione di presidi, servizi, dotazioni professionali, budget che siano integrati in modo preesistente al singolo caso accolto e operino in modo stabile, condiviso e continuativo.*

*L'organizzazione di questo tipo di integrazione, dunque, non può che fondarsi sulla dinamica dei processi complessi di presa in carico, valutazione, cura e assistenza superando in modo definitivo l'attuale costruzione 'a silos', molto criticata da tutti ma ancora prevalentemente utilizzata.*

*Occorre riuscire a costruire in modo largo e condiviso la visione di questa trasformazione profonda dei sistemi attuali, e comprendere non solo lo sforzo che implica per tutte le componenti impegnate ma soprattutto la determinazione richiesta ai livelli direzionali per perseguire questa visione nella nostra realtà effettiva.*

*L'attuazione concreta degli innumerevoli contenuti qualificanti dei tre decreti è la seconda dimensione fondamentale di questa lettura iniziale. Il campo è amplissimo, al momento è forse utile mettere in evidenza alcuni dei punti di maggiore significatività e impatto.*

**- Accesso unitario.** Il sistema di accesso unitario trova il suo simbolo più noto nel Punto Unico di Accesso (PUA). Si tratta delle grandi sfide da fornire ai cittadini: un solo luogo organizzato per l'accesso a tutto il sistema del DM 77 (coordinato con il numero 116117 e le COT), a tutte le strutture organizzative sociosanitarie, ai segretariati sociali e ai servizi comunali dell'ambito territoriale di riferimento, per poi supportare i cittadini nei conseguenti percorsi assistenziali complessi. Non si tratta solo di una scrivania posta all'ingresso delle case della salute hub, che magari gestisce l'incrocio di qualche agenda di prenotazione, ma di un vero e proprio sistema di ingresso e di accompagnamento ai percorsi assistenziali per le cronicità, le non autosufficienze e le disabilità.

**- Valutazione multidimensionale.** I tre Decreti affrontano con molta decisione la valutazione multidimensionale che rappresenta il passaggio centrale indispensabile per organizzare con appropriatezza le risposte ai bisogni complessi di salute. Come sappiamo bene il DM 77 fonda la sua operatività sulla stratificazione della popolazione e il progetto individuale di salute; i decreti sulle persone anziane e sulle persone con disabilità declinano due sistemi concordanti e basati sulla prima valutazione graduata effettuata da INPS per l'accesso alle misure nazionali e di una seconda valutazione multidimensionale per l'accesso ai piani assistenziali individuali. Incrociare questi tre percorsi nel back-office del PUA, posto nelle case della salute, e giungere a un solo piano individuale, costituisce il perno centrale della nuova organizzazione territoriale.

**- Risposte integrate.** A bisogni complessi di salute corrispondono risposte complesse di cura, assistenza, tutela e accompagnamento. Non è più possibile pensare di rispondere con singole prestazioni di cura, oltretutto non collegate tra loro. Lo spettro degli interventi è molto più ampio e impegnativo poiché senza assistenza non si riesce ad assicurare una reale appropriatezza alle cure per persone fragili o con non autosufficienze o con disabilità. Senza tutela non si riesce a garantire equità alle persone con difficoltà economiche o in condizione svantaggio o di marginalità sociale. Senza accompagnamento non si riesce a sostenere le famiglie e le reti sociali nel lungo termine di una non autosufficienza o di un progetto di vita per le persone con disabilità. Ma organizzare veri interventi da sanità d'iniziativa sulle patologie croniche e unirli a vere risposte integrate che riguardano filiere domiciliari o residenziali evolute, comporta un salto organizzativo di cui forse non riusciamo ancora a cogliere la dimensione reale. Non si tratta di potenziare ciò che stiamo facendo, aumentando le dotazioni dei silos attuali, si tratta di cambiare radicalmente il modo in cui operiamo per costruire piattaforme organizzative complesse in grado di fare contestualmente cura, assistenza, tutela e accompagnamento.

**- Governance e livelli essenziali.** Mettere insieme i tre decreti vuol dire mettere insieme tante amministrazioni e organizzazioni sia lungo l'asse verticale del governo che lungo l'asse orizzontale della sussidiarietà. Lungo l'asse verticale troviamo competenze istituzionali e amministrative che afferiscono ai livelli statali, regionali e locali; per questo si parla di 'governance istituzionale multilivello'.

Lungo l'asse orizzontale troviamo competenze organizzative e operative da unire alle dimensioni della prossimità e della comunità; per questo si parla di 'sistemi e reti territoriali'. Le aziende sanitarie e le amministrazioni comunali si trovano nei punti di snodo tra i due assi, che è poi la ragione dell'esistenza di Federsanità; a loro va il compito di operare tra le dimensioni istituzionali e il servizio alle proprie comunità. Ma nelle funzioni pubbliche della sanità e del sociale questo lavoro di servizio è regolato da Livelli Essenziali legati ai diritti costituzionali alla salute e all'assistenza; un tema delicatissimo che attraverso i tre decreti entra pienamente nelle declinazioni della sanità territoriale, delle non autosufficienze e delle disabilità. E dunque si apre per questa via la relazione profonda e insuperabile tra la dimensione operativa che lavora sui contenuti, e la capacità di visione del sistema a cui si è accennato in precedenza. Due dimensioni primarie, la visione di sistema e l'attuazione dei contenuti, e cui se ne aggiunge una terza che forse è quella principale per comprendere i tre decreti interrelati tra loro e precede ogni possibile interpretazione. Riguarda 'il mondo di vita' delle persone anziane o delle persone con disabilità ed è la parte positiva e propulsiva delle riforme.

*I due decreti legati alla Missione M5C2 presentano un doppio ancoraggio; difatti, prima di affrontare i temi legati ai 'servizi', trattano i temi legati alla prevenzione e promozione della salute e della vita attiva per le persone anziane e temi legati al progetto di vita per le persone con disabilità.*

*Nell'articolato dei Decreti non è raro incontrare proprio la parola 'vita' con tutte le sue implicazioni declinate secondo la terminologia amministrativa: salute e benessere, promozione e prevenzione; ma soprattutto legame con altre aree di 'policy' come l'istruzione, l'abitazione e il lavoro, o come lo sport, il tempo libero, le attività di socializzazione, la cultura, il trasporto pubblico, oppure la relazione attiva con le reti di prossimità e le forme di solidarietà comunitaria, fino alla cosiddetta 'amministrazione condivisa'.*

*È questa dimensione aperta sulla vita e sulle capacità di autonomia delle persone il vero cuore dei decreti e il motore della loro spinta, e forse può ispirare anche le organizzazioni sanitarie e sociali lungo il cammino di cambiamento che abbiamo di fronte. Il nostro Paese deve affrontare, sta già di fatto affrontando, le dure conseguenze della transizione demografica in corso.*

*Viene denominato 'inverno demografico' indicando così l'intreccio tra una marcata denatalità, siamo ampiamente sotto la cosiddetta soglia di riproduzione, e il progressivo invecchiamento della popolazione che porterà gradualmente da qui al 2050 a un saldo negativo nell'ordine di milioni di abitanti.*

*Alla dinamica puramente demografica si aggiungono le questioni economiche relative al mantenimento degli attuali meccanismi previdenziali e al finanziamento dell'assicurazione sanitaria universalistica, e le questioni sociali legate alla ulteriore frantumazione dei nuclei familiari con l'aumento delle famiglie monogenitoriali e mononucleari. Il grande tema è questo: come sostenere questa propensione al progetto di vita attiva e autonoma facendo la nostra parte che riguarda il cambiamento profondo dei sistemi di cura e assistenza.*

*Per questo occorrono lucidità, determinazione e coraggio.*

*Lo stesso coraggio dimostrato dalle persone e dalle organizzazioni che hanno contribuito in vario modo alla elaborazione dei tre Decreti.*

*Ora tocca a noi.*

*Tocca alle aziende sanitarie, ai comuni, ai servizi, alle organizzazioni pubbliche e private, al terzo settore e alla cittadinanza attiva riuscire a dare concretezza al nuovo orizzonte scaturito dopo la pandemia. Unire le tre riforme nella loro attuazione materiale, fare di questa integrazione il motore della innovazione profonda dei sistemi territoriali di cura e assistenza, aprire porte e finestre alla spinta irriducibile della promozione della salute e dei progetti di vita: è questa forse la nostra prima responsabilità su cui impegnare le forze associative, professionali, organizzative.*

*È forse questo il vero dovere da assumerci come singoli ma soprattutto come organizzazioni per il prossimo decennio, per portare valore e cambiamento nella difficilissima transizione che abbiamo davanti a noi.*

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120117](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120117)

**quotidianosanita.it**

## **Programmare una vera organizzazione della salute per superare le 'paure'**

**Ettore Jorio**

*Necessita un sistema salutare che offra occasioni, sempre, di generazione di performance assistenziali di buon livello e che impedisca comportamenti discriminanti nei confronti della domanda, spesso sempre di più esasperata da attese inaudite, da comportamenti sgradevoli concretizzati nella fase del ricevimento attraverso privilegi a fronte di file interminabili e dallo strano convincimento che con la violenza si possa pretendere quanto è comunemente negato*

**05 FEB -**

*Il catalogo delle paure è da considerare come una raccolta delle sensazioni negative vissute dalla persona che le impediscono di agire come vorrebbe, potrebbe o dovrebbe. Ciò solitamente a causa di uno stato emotivo contingente ovvero per una congenita viltà d'animo, ma anche in presenza di utilità private.*

*In buona sostanza, esse costituiscono l'esito peggiore delle preoccupazioni, meglio quanto ad esse*

prevale e consegue. Insomma, tutte le volte che ci si gira dall'altra parte piuttosto che fare ciò che si deve, pretendere e assumersi le responsabilità d'ufficio per le quali si è ampiamente retribuiti.

### **Le tipologie generalmente frequenti**

Insomma, un siffatto genere di paura la si registra in tutti quei casi in cui, rispettivamente: "al voglio" prevale il "non posso" per timore delle conseguenze; al "potrei ma preferisco non farlo" magari per evitare di inimicarmi qualcuno; al "devo ma mi distraigo" arrivando persino ad omettere le frasi di rito, nell'esercizio di una funzione dirigenziale, del tipo "quanto rappresentato è conforme ai criteri di legalità e convenienza".

Tutti questi sono i fenomeni umani in cui alla cautela si contrappone la tremarella di incappare in un inconveniente, finanche giudiziario, cosicché persino l'esercizio di un esplicito dovere diventa preoccupazione, specie se motivata nei casi di complicità del sottomesso con l'organo politico che lo sovrintende, lo nomina e lo riempie di premialità discrezionali.

### **Il batticuore che sovrasta negativamente l'essere operatori della salute**

Il catalogo delle paure comprende ovviamente anche quelle che afferiscono alla sanità, quelle che ne compromettono la portata e l'esito prestazionale.

Tra tutte, predominano: quella di finire sotto processo risarcitorio e non solo per i danni prodotti; l'altra, quella dell'operatore della salute di essere riempito di botte, prevalentemente nell'esercizio dell'emergenza-urgenza. La prima provoca da tempo la cosiddetta medicina difensiva, che tanto sottrae in termini di esigibilità dei Lea, a livello qualitativo, e tanto aggiunge ai costi di bilancio per accertamenti prescritti esclusivamente per una maggiore tutela nella diagnosi, altrimenti evitabili. La seconda è destinataria di tanta generosa solidarietà umana e politica ma non di soluzioni

Insomma, tra sbalottamenti tra Tac e RM inutili, peraltro non innocue all'organismo, e pugni in faccia, tante chiacchiere ma poche azioni protettive sia dell'utente ignaro della pratica difensiva che degli operatori lasciati da soli a collezionare occhi neri.

Quindi rimangono le paure di chi deve diagnosticare e curare e di chi è intimidito da questo andazzo violento di una domanda di salute troppo spesso pretesa a schiaffi.

### **Il rimedio è l'apertura dell'offerta a coperture assicurative adeguate e pratiche ricettive affidate a psicologi**

Relativamente ai rimedi, sono difficili da attuare ma doverosi. Impossibili perché non praticabili, rispettivamente, con l'espunzione dal codice civile della pratica del risarcimento dei danni ovvero con l'imposizione ai medici esposti nei pronto soccorsi e agli operatori a servizio dell'emergenza di essere cinture nere di karate.

La soluzione praticabile rimane pertanto quella di programmare una organizzazione della salute che sia davvero tale. Forte e autorevole, tanto da offrire certezze a chi ne detiene le redini quotidianamente nelle corsie.

Necessita un sistema salutare che offra occasioni, sempre, di generazione di performance assistenziali di buon livello e che impedisca comportamenti discriminanti nei confronti della domanda, spesso sempre di più esasperata da attese inaudite, da comportamenti sgradevoli concretizzati nella fase del ricevimento attraverso privilegi a fronte di file interminabili e dallo strano convincimento che con la violenza si possa pretendere quanto è comunemente negato.

Quanto alla prima esigenza, c'è la necessità di pervenire ad una formazione più adeguata dell'offerta a ricevere e gestire la domanda, oramai generalmente esasperata e scoraggiata. Di consegnare l'utenza nella mani di chi sappia, di chi possieda i modi e la coscienza giusta da mettere a disposizione del sofferente: un sano interlocutore psicologo.

Quanto alla seconda, si avverte il dovere di affidare, sempre alla menzionata assistenza psicologica, l'esercizio di una reception culturalmente adeguata anche a far ben comprendere alla domanda (utenza disperata) - resa spesso fuori misura a causa di una medicina di famiglia non propriamente assistenziale - che gli accessi ai pronto soccorsi sono spesso inadeguati a risolvere il problema avvertito e, nel contempo, offrire loro delle alternative non estemporanee ed esaustive.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119957](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119957)

## Al Sud le peggiori condizioni sanitarie. Mobilità oncologica a lungo raggio al 43% in Calabria. Autonomia differenziata aggrava la situazione. Report Svimez e Save the Children

*Nel sud del Paese si fa meno prevenzione e la mortalità per tumori più elevata. La mobilità oncologica a lungo raggio al 43% in Calabria. Aumentare la spesa sanitaria dovrebbe essere la priorità nazionale. Andrebbe inoltre corretto il metodo di riparto regionale del Fondo Sanitario Nazionale per tenere conto dei maggiori bisogni di cura nei territori a più elevato disagio socio-economico. Presentato a Roma il Report "Un paese, due cure. I divari Nord Sud nel diritto alla salute"*

### **07 FEB -**

*Servizi di prevenzione e cura più carenti, minore spesa pubblica sanitaria, più lunghe distanze da percorrere per ricevere assistenza, soprattutto per le patologie più gravi. E ancora, una prevenzione che spesso segna il passo e una mortalità per tumori più elevata.*

*È una strada tutta in salita quelle dei cittadini che vivono nelle regioni del Sud del Paese, costretti, appunto, a "fuggire" verso il Nord in particolare per le patologie più gravi: il 22% dei malati oncologici del meridione migra verso le strutture del settentrione.*

*Aumentare la spesa sanitaria diventa quindi una priorità nazionale. E andrebbe anche corretto il metodo di riparto regionale del Fondo Sanitario Nazionale per tenere conto dei maggiori bisogni di cura nei territori a più elevato disagio socio-economico. Anche perché con l'autonomia differenziata si rischia di ampliare le disuguaglianze nelle condizioni di accesso al diritto alla salute.*

*Queste le principali considerazioni emerse dal Report Svimez "Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute", presentato oggi a Roma in collaborazione con Save the Children.*

*Il Report che scatta una fotografia delle condizioni territoriali del Ssn che riflettono la realtà dei divari Nord-Sud nella qualità dei Sistemi sanitari regionali.*

*Divari territoriali, sottolinea Save the Children, evidenti già a partire dalla nascita. Sebbene nel panorama mondiale il Ssn si posizioni come una eccellenza per la cura dei bambini, sia dal punto di vista delle professionalità che della universalità di accesso alle cure, le disuguaglianze territoriali sono infatti molto accentuate: secondo gli ultimi dati Istat disponibili, il tasso di mortalità infantile (entro il primo anno di vita) era di 1,8 decessi ogni mille nati vivi in Toscana, ma era quasi doppio in Sicilia (3,3) e più che doppio in Calabria (3,9).*

*Già prima della pandemia, il numero dei consultori familiari si era andato assottigliando, con la conseguente carenza di presidi territoriali di prossimità fondamentali per sostenere la salute e il benessere materno-infantile.*

### **Dopo l'emergenza Covid-19 si arresta la crescita della spesa sanitaria e restano ampi i divari territoriali**

*I divari territoriali sono aumentati in un contesto di generalizzata debolezza del Sistema sanitario che, nel confronto europeo, risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche (in media 6,6% del PIL contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato comparativamente elevato (24% della spesa sanitaria complessiva, quasi il doppio di Francia e Germania).*

*Dai dati regionalizzati di spesa sanitaria (di fonte Conti Pubblici territoriali) risultano livelli di spesa per abitante, corrente e per investimenti, mediamente più contenuti nelle regioni meridionali.*

*A fronte di una media nazionale di 2.140 euro, la spesa corrente più bassa si registra in Calabria (1.748 euro), Campania (1.818 euro), Basilicata (1.941 euro) e Puglia (1.978 euro). Per la parte di spesa in conto capitale, i valori più bassi si ravvisano in Campania (18 euro), Lazio (24 euro) e Calabria (27 euro), mentre il dato nazionale si attesta su una media di 41 euro. Il monitoraggio Lea fa emergere i deludenti risultati del Sud: 5 regioni del Mezzogiorno risultano inadempienti.*

### **1,6 milioni di famiglie italiane in povertà sanitaria, di cui 700 mila al Sud**

*A corredo di questo scenario il report Svimez ricorda poi le recenti valutazioni del Crea secondo il quale sono il 6,1% le famiglie italiane in povertà sanitaria, perché hanno riscontrato difficoltà o hanno rinunciato a sostenere spese sanitarie. Nel Mezzogiorno la quota la povertà sanitaria riguarda l'8% dei nuclei familiari, una percentuale doppia rispetto al 4% del Nord-Est (5,9% al Nord-Ovest, 5% al Centro).*



## IN ITALIA 1,6 MLN DI FAMIGLIE IN POVERTÀ SANITARIA: 700mila al Sud

- In Italia, le famiglie in povertà sanitaria (impoverimento dovuto alle spese sanitarie e "rinunce" per motivi economici a tali tipologie di spese) sono il 6,1%: 8,2% al Sud, 5 al Centro, 5,9% al Nord-Ovest e 4% al Nord-Est
- I più colpiti:
  - Residenti al Sud
  - Famiglie meno abbienti
  - Over 75
  - Stranieri
- Maggiori cause di impoverimento:
  - Acquisto di farmaci (over 75)
  - Spese odontoiatriche (famiglie con figli)

➔ Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2021



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati CREA, 2024

Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute



### Speranza di vita minore al Sud di 1,5 anni: più alta anche la mortalità per tumore

Il Mezzogiorno, secondo gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile) sulla salute, è l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute. Gli indicatori relativi alla speranza di vita mostrano un differenziale territoriale marcato e crescente negli anni: nel 2022, la speranza di vita alla nascita per i cittadini meridionali era di 81,7 anni, 1,3 anni in meno del Centro e del Nord-Ovest, 1,5 rispetto al Nord-Est.

Analoghi differenziali sfavorevoli al Sud si osservano per la mortalità evitabile causata da deficit nell'assistenza sanitaria e nell'offerta di servizi di prevenzione.

Il tasso di mortalità per tumore è pari al 9,6 per 10 mila abitanti per gli uomini rispetto a circa l'8 del Nord. È cresciuto il divario per le donne: 8,2 al Sud con meno del 7 al Nord; nel 2010 i due dati erano allineati.

### Nel Mezzogiorno meno prevenzione oncologica

Secondo le valutazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, nel biennio 2021-2022, in Italia circa il 70% delle donne di 50-69 anni si è sottoposta ai controlli: circa due su tre lo ha fatto aderendo ai programmi di screening gratuiti. La copertura complessiva è dell'80% al Nord, del 76% al Centro, ma scende ad appena il 58% nel Mezzogiorno.

La prima regione per copertura è il Friuli-Venezia Giulia (87,8%); l'ultima è la Calabria, dove solamente il 42,5% delle donne di 50-69 anni si è sottoposto ai controlli. I dati relativi agli screening organizzati dai SSR confermano i profondi divari regionali nell'offerta di servizi che dovrebbero essere garantiti in maniera uniforme in quanto compresi tra i LEA.

La quota di donne che ha avuto accesso a screening organizzati oscilla tra valori compresi tra il 63 e il 76% in Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Trento, Umbria e Liguria e circa il 31% in Abruzzo e Molise.

Le quote più basse si registrano in Campania (20,4%) e in Calabria, dove le donne che hanno effettuato screening promossi dal Servizio Sanitario sono appena l'11,8%, il dato più basso in Italia.

### Mobilità sanitaria: è 'fuga' dal Sud, in particolare per le patologie più gravi. Il 22% dei malati oncologici del Sud si fa curare al Nord.

La "fuga" dal Sud per ricevere assistenza in strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per le patologie più gravi.

Nel 2022, dei 629 mila migranti sanitari (volume di ricoveri), il 44% era residente in una regione del Mezzogiorno.

Per le patologie oncologiche, 12.401 pazienti meridionali, pari al 22% del totale dei pazienti, si sono spostati per ricevere cure in un SSR del Centro o del Nord nel 2022. Solo 811 pazienti del Centro-Nord (lo 0,1% del totale) hanno fatto il viaggio inverso.

È la Calabria a registrare l'incidenza più elevata di migrazioni: il 43% dei pazienti si rivolge a strutture sanitarie di Regioni non confinanti.

Seguono Basilicata (25%) e Sicilia (16,5%). Al Sud, i servizi di prevenzione e cura sono dunque più carenti, minore la spesa pubblica sanitaria, più lunghe le distanze da percorrere per ricevere assistenza.



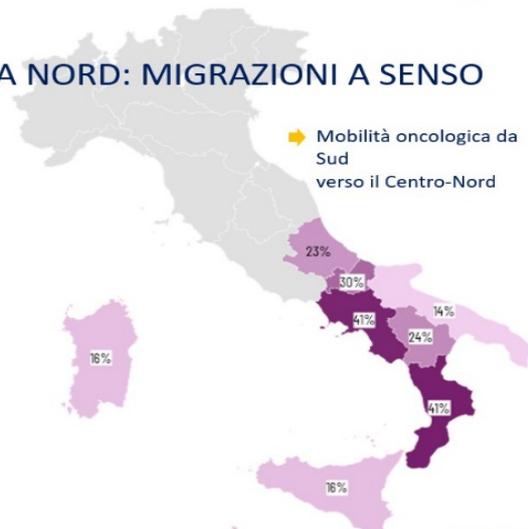
## LA MOBILITÀ ONCOLOGICA DA SUD A NORD: MIGRAZIONI A SENSO UNICO

### Mobilità oncologica a lungo raggio



- Nel 2022, dei 56.079 malati oncologici residenti al Sud, 12.401 «scegliono» di curarsi in una regione del Centro-Nord: il 22,1%
- I pazienti che fanno il percorso inverso sono appena 800, lo 0,1% dei pazienti oncologici residenti al Centro-Nord.

### Mobilità oncologica da Sud verso il Centro-Nord



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati AGENAS, 2024

Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute



**Save the Children evidenzia numeri crescenti anche nelle migrazioni sanitarie pediatriche da Sud verso il Centro-Nord**, segno di carenze o di sfiducia nel sistema sanitario delle regioni del Mezzogiorno: l'indice di fuga nel 2020 si attesta in media all'8,7% a livello nazionale, con differenze territoriali che vanno dal 3,4% del Lazio al 43,4% del Molise, il 30,8% della Basilicata, il 26,8% dell'Umbria e il 23,6% della Calabria.

In particolare, un terzo dei bambini e degli adolescenti si mette in viaggio dal Sud per ricevere cure per disturbi mentali o neurologici, della nutrizione o del metabolismo nei centri specialistici convergendo principalmente a Roma, Genova e Firenze, sedi di Irccs pediatrici.

### L'autonomia differenziata in ambito sanitario aggrava le disuguaglianze interregionali

L'obiettivo dell'equità orizzontale della sanità è ulteriormente messo a rischio dal progetto di autonomia differenziata.

Sulla base delle risultanze del Comitato per l'individuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, in particolare, tutte le Regioni a Statuto Ordinario potrebbero richiedere il trasferimento di funzioni, risorse umane, finanziarie e strumentali ulteriori rispetto ai LEA in un lungo elenco di ambiti: gestione e retribuzione del personale, regolamentazione dell'attività libero-professionale, accesso alle scuole di specializzazione, politiche tariffarie, valutazioni di equivalenza terapeutica dei farmaci, istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.

La concessione di ulteriori forme di autonomia potrebbe determinare ulteriori capacità di spesa nelle Regioni ad autonomia rafforzata, finanziate dalle compartecipazioni legate al trasferimento di funzioni e, soprattutto, dall'eventuale extra-gettito derivante dalla maggiore crescita economica.

Tutto ciò, in un contesto in cui i LEA non hanno copertura finanziaria integrale a livello nazionale e cinque delle otto Regioni del Mezzogiorno risultano inadempienti, determinerebbe una ulteriore differenziazione territoriale delle politiche pubbliche in ambito sanitario.

Con l'autonomia differenziata si rischierebbe dunque di aumentare la sperequazione finanziaria tra SSR e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute.

Per il direttore generale della Svimez **Luca Bianchi**: "La necessità di incrementare le risorse complessivamente allocate alla sanità convive con la priorità di potenziare da subito le finalità di equità del SSN. I dati del report offrono la fotografia preoccupante di un divario di cura che si traduce in minori aspettative di vita e più alti tassi di mortalità per le patologie più gravi nelle regioni del Mezzogiorno. La scelta, spesso obbligata, di emigrare per curarsi oltre ai costi individuali finisce per amplificare i divari nella capacità di spesa dei diversi sistemi regionali. Rafforzare la dimensione universale del Sistema sanitario nazionale è la strada per rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute. Una direzione opposta a quella che invece si propone con l'autonomia differenziata dalla quale deriverebbero ulteriori ampliamenti dei divari territoriali di salute e una conseguente crescita della mobilità di cura".

"La condizione di povertà familiare incide fortemente sui percorsi di prevenzione e sull'accesso alle cure da parte dei bambini. È necessario un impegno delle istituzioni a tutti i livelli per assicurare una rete di servizi di prevenzione e cura per l'infanzia e l'adolescenza all'altezza delle necessità, con un investimento mirato nelle aree più deprivate. Occorre conoscere e superare i divari territoriali che oggi condizionano l'accesso ad un servizio sanitario che rischia di essere "nazionale" solo sulla carta. È un investimento da mettere al centro

dell'agenda della politica", ha dichiarato **Raffaella Milano, responsabile dei Programmi Italia - Europa di Save the Children.**

Per Nino **Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe**, "Il nostro Ssn è ormai profondamente indebolito e segnato da inaccettabili diseguaglianze regionali. E con l'attuazione delle maggiori autonomie in sanità si legittimerà normativamente la "frattura strutturale" Nord-Sud: il meridione sarà sempre più dipendente dalla sanità del Nord, minando l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute. Uno scenario già evidente: su 14 Regioni adempienti ai Livelli Essenziali di Assistenza solo 3 sono del Sud (Abruzzo, Puglia e Basilicata) e tutte a fondo classifica mentre la fuga per curarsi verso il Nord vale 4,25 miliardi euro".

"I dati del report restituiscono l'immagine di un Paese diviso a metà nell'accesso alle cure sanitarie. Dal nostro osservatorio, ed è un ulteriore elemento di preoccupazione, emerge una frammentazione che si aggiunge alle disuguaglianze Sud-Nord poiché riguarda questioni diffuse come la desertificazione dei professionisti e dei servizi. Medici di medicina generale ed infermieri, ad esempio, sono carenti al Nord più che al Sud, ma mancano in generale nelle aree interne, come anche alcuni servizi caratterizzati da alta innovazione e specializzazione. In questo quadro la riforma della autonomia differenziata, sulla quale si continua a ragionare – e per giunta con scarsissimo coinvolgimento dei cittadini - senza la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni, dà come unica certezza quella di amplificare questa frammentazione e di consegnarci un Paese ulteriormente diviso nella garanzia del diritto alla salute", ha dichiarato **Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva.**

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120023](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120023)

**quotidianosanita.it**

## **Ssn e autonomia differenziata: anatomia di una metamorfosi**

**Costantino Troise, Responsabile Centro Studi e Formazione Anaa Assomed**

*Ad autonomia differenziata incombente, i Lea non sono sufficienti a mantenere un carattere unitario al sistema. Occorrono altri fili verticali, quali lo stato giuridico dei professionisti, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato, requisiti uniformi di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, le competenze delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali*

**05 FEB** - "Non c'è legge, in Italia, né servizio pubblico, a proposito dei quali sia possibile ricordare anniversari dell'entrata in vigore. La sola eccezione è la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale" (Renato Balduzzi, già Ministro della salute). Ssn che ha da poco compiuto 45 anni.

Un compleanno in sordina, ricordato da parole di circostanza e commenti senza età e senza tempo, buoni per ogni occasione. Come si addice a un caro estinto. Eppure, il compleanno del Ssn, che ci ha permesso di attraversare gli anni bui di una grave pandemia, avrebbe meritato un clima diverso. Curioso che un Paese in cerca di 'orgoglio nazionale' trascuri la più grande infrastruttura civile e sociale che è stato in grado di creare. Trasformando "quello che per oltre 50 anni era stato un beneficio limitato a una parte dei lavoratori occupati e dei loro famigliari, con prestazioni differenziate per categoria professionale e condizionate ai contributi versati, secondo il principio proprio dei sistemi assicurativi" (Francesco Taroni), in un diritto alla salute uniforme per tutti gli italiani in eguali condizioni di bisogno.

Non si è riflettuto abbastanza sui perché del mancato successo, della mancata radicalizzazione dello spirito del Ssn nella società italiana di quel periodo e di quelli successivi. "Una legge difficile da fare" ma "impossibile da evitare" (Giovanni Berlinguer) fu sentita "fuori dal tempo", come scrive Taroni, e fuori dal senso comune. Votata a grandissima maggioranza, malgrado "la illogicità di aver concluso in tre giorni una riforma che porta 15 anni di ritardo", come lamentò l'on. Giorgio Bogi, ma in un clima distratto, in cui la stampa quotidiana relegò la notizia alle pagine interne e gli stessi medici e sindacati la accolsero con qualche diffidenza.

I principi fondamentali su cui è organizzato il servizio sanitario fin dalla sua origine sono rappresentati dall'accesso universale alle prestazioni in ragione del bisogno, dalla sua gratuità, grazie alla copertura fiscale, e dal carattere nazionale che mirava ad eliminare le diseguaglianze territoriali già esistenti. Pilastrini che, non da oggi, scricchiolano sotto il peso di attese infinite e della migrazione lungo l'asse sud-nord. Chi può paga, gli altri aspettano o migrano. O rinunciano con punte fino a 3 milioni di cittadini.

Il carattere nazionale è ormai frammentato in 21 pezzi, caratterizzati da assetti organizzativi ed indicatori di salute molto diversi.

La gratuità va perdendo terreno, se la spesa delle famiglie è cresciuta del 43% in 6 anni fino a raggiungere la cifra di 40,26 mld nel 2022. Ormai gli italiani si pagano le cure di tasca propria, se il 74,8% delle famiglie spende per visite e farmaci. La spesa sanitaria cresce in valore nominale ma cala in termini reali (-1,6% annuo tra 2009 e 2013), è all'ultimo posto tra i Paesi del G7 rispetto al Pil, insufficiente a fare fronte alle necessità a detta anche della Corte dei conti. Incapace di tenere le retribuzioni del personale dipendente al passo della inflazione (non parliamo di premi per gli eroi del Covid!), di aumentare le dotazioni organiche, di sanare il rosso di molte regioni.

In quanto all'universalismo, cresce il carattere selettivo sotto la spinta delle carenze di risorse umane ed economiche.

La sanità italiana poggia su più "pilastri", con la presenza "pubblica" e "privata", a sua volta "privata-privata" e "privata-accreditata". Che ormai vale il 17% del budget, 400 euro pro-capite, espressione di un neoliberismo che lascia spazio al mercato. Lo Stato è oggi il primo cliente della sanità privata, fornendo in gestione diretta solo il 63% dei servizi richiesti mentre acquista dal privato accreditato il restante 37%. E le strutture private sono la maggioranza di quelle che erogano assistenza residenziale (84%), semiresidenziale (71,3%) e riabilitativa (78,2%). Con i medici che godono della defiscalizzazione dell'intero salario accessorio, un ulteriore vantaggio competitivo nei confronti del sistema pubblico.

I 45 anni della sanità pubblica avrebbero dovuto rappresentare per i cittadini un momento di riflessione, per uscire dallo stato di "sonnambuli" (Censis) e interrogarsi su dove portano i regionalismi sanitari e dove vanno a finire tutti i soldi che le regioni spendono in materia di sanità, ovvero tra i 2/3 e i 3/4 del loro bilancio. E su come sarà possibile curarsi quando tutto sarà privato.

Il Rapporto Censis ha appena certificato che il 2023 è stato l'anno della metamorfosi del Ssn con la "presa d'atto della fine delle promesse rispetto a quel che il Ssn può garantire. Per il 75,8% degli italiani è diventato più difficile accedere alle prestazioni sanitarie nella propria regione. All'universalismo delle cure ormai credono in pochi: l'89,7% è convinto che le persone benestanti abbiano la possibilità di curarsi prima e meglio di quelle meno abbienti. Il 79,1% teme, in caso di malattia, di non potere accedere a cure tempestive e appropriate" mentre il 30% ha già forti difficoltà a sostenere di tasca propria le spese mediche ed il 17% si attrezza con polizze integrative per una spesa di 3,4 mld.

Di certo, un sistema sanitario a mezzadria tra Governo e Regioni si presta a un palleggiamento che nasconde le responsabilità di entrambi. Favorendo l'anonimato, e la sostanziale immunità elettorale, di chi è responsabile dei tagli, a differenza di quanto accade per la spesa pensionistica dove gli autori dei tagli sono immediatamente riconoscibili. Ma i cittadini non possono limitarsi allo 'scontento' contemplativo. Il salto della salute al secondo posto delle loro preoccupazioni, con un balzo dal 14 al 31% in soli tre anni, con il 50% che non condivide l'operato del governo in materia, deve implicare l'ingresso a pieno titolo del tema nel giudizio elettorale, quando si è chiamati a scegliere anche in base a quanto (non) è stato fatto per il diritto alla salute. Insomma, #primadivotarepensallasalute, perché la difesa del Ssn non può essere affidata ai soli professionisti se si vuole che la sanità non sia un fatto marginale rispetto ad altre poste di spesa pubblica. Anche se le risorse investite in sanità operano come investimenti ad alto impatto (1,8 euro per ogni euro investito) su economia, ricerca, occupazione e coesione sociale

La crisi (irreversibile?) del Ssn è riconducibile a carenza non solo di risorse ma anche di riforme che ne ripensino il modello. Oltre che di una merce preziosa quanto a basso costo come la volontà politica.

Ad autonomia differenziata incombente, i Lea non sono sufficienti a mantenere un carattere unitario al sistema. Occorrono altri filii verticali, quali lo stato giuridico dei professionisti, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato, requisiti uniformi di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, le competenze delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali. E luoghi nuovi rispetto al Consiglio Superiore di Sanità, ormai appaltato a una istituzione terza, in cui il lavoro e le professioni del Ssn abbiano voce nei confronti delle scelte di politica sanitaria, sul modello del Consiglio sanitario nazionale previsto dalla legge 833.

Soprattutto occorre una rivoluzione culturale che doti il lavoro medico di mezzi, spazi e tempi congrui. Affermando un'idea del tempo clinico come tempo di relazione e tempo di cura, sottratto alla invadenza amministrativa, un suo diverso valore, anche retributivo (oggi unico punto di convergenza di maggioranza e opposizione), una collocazione giuridica che riconosca la specificità del ruolo di quel capitale umano sul quale il ministro della salute Orazio Schillaci ritiene "prioritario investire per rendere la sanità pubblica più attrattiva". E modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato, ribaltando un processo di aziendalizzazione che protegge l'autoritarismo della catena gerarchica in un modello di governance top-down presidiato dalla politica.

I livelli assistenziali rimarranno "eventuali" più che essenziali in assenza di risorse umane in grado di assicurarli. L'attuale carenza è l'esito di un processo di abbandono di un pensiero e di un investimento sul lavoro di cura che facilita forme di uberizzazione, in cui i medici rifuggono lo status di dipendente per muoversi come autonomi cottimisti di lusso. E provoca uno stato di permacrisi in cui carichi di lavoro

crescenti, retribuzioni tra le più basse d'Europa, scarse possibilità di carriera, rischi medico legali, aggressioni a getto continuo, alimentano la grande fuga dal lavoro ospedaliero. Alla ricerca di un diverso equilibrio tra vita professionale e vita privata, di una flessibilità del tempo lavoro che allontani un burnout sempre più incombente, di una retribuzione coerente con il valore della salute. C'è questo alle radici del grande scontento messo in luce da diverse inchieste, in cui i medici ospedalieri, in elevate percentuali, si dicono pentiti della propria scelta di vita o desiderosi di cambiare attività.

In un Paese alle prese con elevato debito e bassa produttività, tocca all'equità del sistema fiscale garantire le risorse per una "spesa costituzionalmente necessaria", come definita dalla sentenza 169/2017 della Corte costituzionale, se non vogliamo trasformare la sanità nel punto di rottura dello Stato sociale. Ma occorre con urgenza un colpo d'ala della politica, abbandonando giaculatorie e promesse, per evitare che "il volo del calabrone" (Taroni) si interrompa. La partita è in corso e non siamo ancora al fischio di chiusura.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119967](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119967)

**L'Espresso**

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

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

**Chiara Sgreccia**

8 febbraio 2024

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

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

SVIMEZ  
584 iscritti

Iscriviti

Jord – Sud nel...

Guarda più...

Condividi

# Un Paese, due cure.

I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute

Mercoledì 7 febbraio 2024 | ore 10,30 - 12,30

Roma | Piazza di San Francesco di Paola, 9

▶ Per partecipare è necessario accreditarsi a: [segreteria@svimez.it](mailto:segreteria@svimez.it)

Associazione per la salute

Guarda su YouTube

Save the Children

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

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

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

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

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

## Sostenibilità della sanità

quotidianosanita.it

### Medici e infermieri a 'gettone'. Anac: negli ultimi 5 anni una spesa di 1,7 miliardi

È quanto emerge da un'analisi dell'Autorità nazionale anti corruzione sugli affidamenti pubblici concernenti il servizio di fornitura di personale medico ed infermieristico al fine di verificare la diffusione del fenomeno dei cd "gettonisti" nell'approvvigionamento da parte delle strutture riconducibili al Sistema Sanitario Nazionale nel periodo 2019-2023.

**15 FEB -**

Un mercato che negli ultimi 5 anni ha raggiunto la quota di 1,7 miliardi di euro. Stiamo parlando del fenomeno dei 'gettonisti' che è finito sotto la lente dell'Anac che ha effettuato un'analisi sugli affidamenti pubblici concernenti il servizio di fornitura di personale medico ed infermieristico al fine di verificare la diffusione del fenomeno dei cd "gettonisti" nell'approvvigionamento da parte delle strutture riconducibili al Sistema Sanitario Nazionale nel periodo 2019-2023.

Per il personale medico i dati dell’Authority evidenziano come il “fenomeno sia esploso a seguito dell’emergenza sanitaria iniziata nel 2020. Volendo osservare il fenomeno non solo dal punto di vista di evoluzione nel tempo del valore economico degli affidamenti ma anche da quello della distribuzione degli stessi all’interno delle procedure di scelta del contraente si osserva una netta prevalenza dei contratti derivanti da procedure negoziate per affidamenti sottosoglia e da affidamenti diretti”.

Per quanto riguarda il personale infermieristico a differenza del caso del personale medico, il fenomeno era già rilevante nel periodo pre-pandemico. “Anche per questi contratti – evidenzia il documento - si osserva il maggior ricorso, in termini numerici, agli affidamenti diretti o alle procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando”.

Estendendo l’analisi ai più generici servizi di fornitura di personale, si delinea un mercato che vale complessivamente nel periodo considerato 1,7 miliardi di euro.

Tipologia stazione appaltante	2019	2020	2021	2022	2023(ago)	Totale 2019-2023
<b>Aziende del SSN + AOU, Policlinici</b>	104.163.775	74.398.426	254.884.569	68.050.089	107.038.834	608.535.693
<b>Centrale Committenza - Settore Sanità</b>	325.113.697	27.425.695	14.614.517	170.000.000	369.254.442	906.408.351
<b>sub-totale SSN+CC</b>	429.277.471	101.824.122	269.499.086	238.050.089	476.293.276	1.514.944.044
Altro - settore sanità	150.480.986	22.661.014	2.475.387	1.560.699	100.000	177.278.086
<b>Totale complessivo</b>	579.758.457	124.485.136	271.974.473	239.610.788	476.393.276	1.692.222.130

Fonte: BDNCP

Dall’analisi territoriale della spesa effettivamente sostenuta dalle stazioni appaltanti nell’intero periodo 2019-2023, emerge in primis che “tutte le Regioni risultano coinvolte in tale processo di approvvigionamento con differenze significative tra Regione e Regione”.

Le Regioni maggiormente impegnate dal punto di vista economico sono la Lombardia, l’Abruzzo ed il Piemonte con valori nettamente superiori a quelli registrati dalle altre regioni: rispetto, ad esempio, al valore del Lazio, quarta regione per spesa sostenuta si registrano un +332% della Lombardia, un +297% dell’Abruzzo e un +165% del Piemonte.

Dal lato dell’offerta l’analisi Anac rileva come “la quota più rilevante del mercato sia ripartita tra pochi operatori economici, ad esempio per i contratti di servizio di fornitura di personale medico solo 5 Operatori Economici (cooperative o società tra professionisti) si sono assicurati il 64% del valore dei bandi complessivamente aggiudicati, a fronte di 25 Operatori Economici che gestiscono il restante 36%. Per i contratti per il servizio di fornitura di personale infermieristico, il grado di concentrazione del mercato su pochi OOE è ancora più significativo: due soli OOE rappresentano il 63% del valore dei bandi aggiudicati, a fronte di 30 OOE che si spartiscono il 37% del valore del mercato”.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120214](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120214)

## Servizi di fornitura di personale medico ed infermieristico

### Analisi della domanda

Nel mese di settembre 2023, l'Ufficio rilevazione e monitoraggio prezzi di riferimento dell'Autorità ha avviato un'analisi sugli affidamenti pubblici concernenti il servizio di fornitura di personale medico ed infermieristico al fine di verificare la diffusione del fenomeno dei cd "gettonisti" nell'approvvigionamento da parte delle strutture riconducibili al Sistema Sanitario Nazionale.

L'analisi è stata svolta sui dati estratti da BDNCP relativi agli affidamenti avviati a partire dal 2019 dalle stazioni appaltanti appartenenti al settore sanità riconducibili specificamente al fenomeno di indagine in base alla cpv indicata in fase di acquisizione del CIG<sup>1</sup>. In particolare, sono state prese in considerazione le cpv 79625000-1 "servizi di fornitura di personale medico", 79624000-4 "servizi di fornitura di personale infermieristico", nonché la più generica cpv 79620000-6 "servizi di fornitura di personale", spesso utilizzata per identificare la medesima tipologia di contratti, sebbene con un minor grado di accuratezza (potendo tale cpv contemplare anche personale di natura diversa, come ad esempio quella amministrativa)<sup>2</sup>.

Un primo step dello studio ha riguardato i dati relativi a tutte le modalità di affidamento esclusi i contratti discendenti da accordi quadro (AQ) e convenzioni (al fine di escludere eventuali duplicazioni nel calcolo dell'importo complessivo essendo questo già comprensivo degli accordi quadro e convenzioni avviati "a monte"). Tuttavia, dato che gli importi dei contratti "a monte" rappresentano di fatto una previsione di spesa che le stazioni appaltanti (SA) potrebbero sostenere in un determinato arco temporale (in genere, nei 3 o 4 anni successivi), si è ritenuto utile effettuare analisi che includessero le adesioni a valle al posto degli accordi quadro/convenzioni a monte. Un'analisi dei contratti di adesione può fornire infatti una misura più verosimile della spesa effettivamente sostenuta dalle SA.

Con riferimento al **personale medico** (cpv 79625000), i dati relativi al periodo 2019-2022, evidenziano chiaramente come il fenomeno sia esploso a seguito dell'emergenza sanitaria iniziata nel 2020. Come mostrano la tabella ed il grafico seguenti (figura 1), infatti, nel 2019 (periodo pre-pandemico), i contratti (incluse le iniziative avviate come accordi quadro e convenzioni) per il reperimento di personale medico ammontavano a circa 9,6 milioni di euro. L'anno successivo veniva registrata una variazione, benché positiva, piuttosto contenuta (pari al 15%) facendo registrare un ammontare pari a 11 milioni. Nel 2021 (nel pieno della pandemia), invece, si assiste ad uno straordinario incremento, pari al 174%, facendo registrare un valore di ben 30 milioni di euro. Nell'anno 2022 (quando era ormai scemata l'ondata emergenziale che poteva aver giustificato il comportamento dell'anno precedente) si continuava a registrare comunque un andamento crescente, pur risultando fortemente rallentato, ma in grado in ogni caso di raggiungere un valore pari a circa 37 milioni di euro (+22%).

Le osservazioni precedenti vengono confermate anche concentrando l'attenzione sulla spesa "effettiva", ossia osservando il trend dei contratti al netto di AQ e convenzioni "a monte" includendo invece le adesioni "a valle": viene

<sup>1</sup> Nel dettaglio, le analisi riguardano i CIG perfezionati di importo pari o superiore ai 40.000 euro, escludendo quelli per cui sia stato comunicato l'annullamento o il mancato esito della procedura di gara. Inoltre, sono stati considerati i soli CIG imputabili a stazioni appaltanti riconducibili al settore sanità (escluse le aziende di servizi alla persona; ai fini del presente studio il SSN è stato considerato al netto di tali aziende essendo esse caratterizzate dal sistema dell'accreditamento che può essere anche parziale e in percentuali variabili) escludendo per evitare duplicazioni i CIG acquisiti per ripetizione di servizi analoghi, il cui importo è già incluso nell'importo del CIG originario. Si precisa che sono esclusi tutti gli affidamenti sottoposti esclusivamente agli obblighi di tracciabilità mediante acquisizione dello smartCIG, non essendo disponibile, per tale tipologia di CIG, il dato relativo alla cpv.

<sup>2</sup> Dalla CPV non è possibile invece discriminare tra affidamenti tramite cooperative rispetto a quelli effettuati tramite agenzie interinali o altre forme di reperimento di personale.

<sup>3</sup> Si precisa che, nel presente studio, la "spesa effettiva" è rappresentata dall'importo di adesione, per i contratti discendenti da AQ/convenzioni e dal valore posto a base di gara (comprensivo degli oneri per l'attuazione della sicurezza), per tutte le altre tipologie di contratto. Infatti, se da un lato è vero che il valore a base di gara potrebbe fornire una misura sovrastimata della spesa rispetto all'importo di aggiudicazione, dall'altro, l'utilizzo dell'importo a base di gara consente di avere maggiore copertura e più alta qualità dei dati (l'assolvimento dell'obbligo di acquisizione del

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1707988593.pdf>

**quotidianosanita.it**

## L'allarme della Corte dei Conti: "Ssn soffre di una crisi sistemica e non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie"

*La magistratura contabile: "La tendenza, ormai già da diversi anni, appare lenta ma costante: da un Servizio Sanitario Nazionale incentrato sulla tutela del diritto costituzionalmente garantito, a tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato. Il Ssn dopo aver sostenuto l'impatto della pandemia, soffre di una crisi sistemica accentuata dalla "fuga" del personale sanitario, non adeguatamente remunerato".*

**13 FEB -**

*"Non si può sottacere che la grave crisi di sostenibilità del sistema sanitario nazionale non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie, con intuibili conseguenze sulla salute delle persone e pesante aumento della spesa privata; la tendenza, ormai già da diversi anni, appare lenta ma costante: da un Servizio Sanitario Nazionale incentrato sulla tutela del diritto*

costituzionalmente garantito, a tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato”.

È questa la fotografia scatta dalla **Corte dei conti** sul Ssn durante la cerimonia d'inaugurazione dell'anno giudiziario 2024.

Ma non solo, un capitolo della relazione scritta è stato dedicato alle problematiche della responsabilità medica. “Il tema – scrive la Corte - deve divenire parte delle riflessioni sull'efficienza del sistema sanitario che, dopo aver sostenuto l'impatto della pandemia, soffre di una crisi sistemica – accentuata dalla “fuga” del personale sanitario, non adeguatamente remunerato – cui si dovrebbe rispondere, a livello nazionale e regionale, con decisioni ed investimenti non più rinviabili, nei campi dell'organizzazione, delle strutture, della formazione e delle retribuzioni, capaci di ridare lustro ad una professione che, assieme a quella degli insegnanti, misura il senso civile di un Paese”.

“La spesa sanitaria – afferma la Corte - è oggi, dopo la difficile fase pandemica, alla ricerca di nuovi equilibri. Nel 2022 in termini di contabilità nazionale le spesa ha segnato una riduzione in termini di prodotto e assume, nelle previsioni del governo nel DEF 2023, un profilo in continua flessione anche nel prossimo triennio. Una “normalizzazione” in attesa che i fenomeni demografici portino a nuovi incrementi. Si tratta di un quadro che trova nei conti regionali ulteriori elementi: nel 2022 seppur a tassi più contenuti dello scorso biennio, la spesa sanitaria ha continuato a crescere più delle entrate, ponendo le Amministrazioni di fronte alla necessità, come è avvenuto anche nel 2023, di “dirottare” al finanziamento del settore risorse aggiuntive per garantire l'equilibrio dei conti. Inoltre, guardando alla spesa sanitaria pro-capite, si accentua la variabilità interregionale, mettendo in luce non tanto le differenze nei bisogni delle popolazioni, quanto piuttosto le diverse capacità di reazione legate alle caratteristiche dei modelli di produzione dell'assistenza a livello regionale”.

“Il monitoraggio dei LEA relativi all'esercizio 2021 – sottolinea la Corte -, pur evidenziando un miglioramento generale dopo la battuta di arresto dell'anno precedente, con 14 regioni che raggiungono la sufficienza in ciascun livello di assistenza (rispetto alle 11 del 2020 ma alle 15 del 2019) indica il permanere di criticità, soprattutto nelle regioni meridionali.

Continuano a rilevarsi valori estremamente contenuti, ad esempio, per gli screening oncologici effettuati nelle regioni in Piano, e solo parziale nel 2022 è stato il recupero delle prestazioni non effettuate durante la pandemia; il tasso di pazienti trattati in Assistenza domiciliare integrata (Adi) resta contenuto.

Se sono in miglioramento gli indicatori relativi all'area ospedaliera in termini di appropriatezza e di sicurezza e qualità delle cure, resta tuttavia eccessivo in tutto il paese (ma soprattutto al sud) il ricorso ai parti cesarei nelle strutture con un limitato numero di parti l'anno; come pure non è stata raggiunto nella maggior parte delle regioni meridionali l'obiettivo di interventi tempestivi per alcune patologie, quali la rottura del femore nei pazienti anziani, in cui gli esiti dell'operazione dipendono in modo cruciale dalla brevità dei tempi intercorrenti dal ricovero”.

“Continuano a segnalarsi situazioni di inefficiente utilizzo delle risorse ospedaliere e, al contempo, una inadeguatezza della rete territoriale, gli indicatori legati agli accessi ai pronto soccorso che, diminuiti durante la pandemia, sono aumentati nuovamente nel 2021, evidenziando come in numerose realtà territoriali gli ospedali siano il principale (e a volte l'unico) punto di riferimento per l'assistenza.

Difficoltà che trovano riscontro sia nel ritardo con cui è stato possibile recuperare le liste d'attesa dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale accumulate durante la pandemia, sia nelle problematiche relative al personale soprattutto ospedaliero. Permangono le carenze di organico e si aggravano criticità nel funzionamento dei servizi di emergenza e urgenza”, rileva infine la Corte.



CORTE DEI CONTI

INAUGURAZIONE  
DELL'ANNO GIUDIZIARIO  
2024

RELAZIONE SULL'ATTIVITA'

Roma, 13 febbraio 2024  
Aula delle Sezioni riunite



[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120175](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120175)

**quotidianosanita.it**

## **Personale Ssn: ha senso svincolare la spesa dalla programmazione dei servizi?**

**Claudio Maria Maffei**

**31 GEN -**

Gentile direttore,

nella utilissima ricostruzione della storia del tetto di spesa del personale a cura di Giovanni Rodriguez [pubblicata ieri su Qs](#), si ricostruisce come con [la legge 60/2019 \(articolo 11, commi 1 e 3\), di conversione del decreto legge 35/2019](#), il cosiddetto Decreto Calabria, il nuovo limite di spesa per il personale decorrente dal 2019 non possa superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti, o, se superiore, il corrispondente ammontare riferito al 2004, diminuito dell'1,4 per cento (legge 191/2009). Poi c'è questo passaggio critico: “

Questi valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

Dall'anno 2021 questo incremento viene subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale. Inoltre l'aliquota annua di incremento può essere elevata da 10 a 15 punti in base ad una specifica procedura, atta a valutazione di ulteriori fabbisogni di personale.

Questa metodologia è stata infine approvata con l'attuale governo Meloni con dapprima l'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-Regioni il 21 dicembre 2022 poi trasformata in [Decreto il 9 gennaio 2023](#).”

Da questa ricostruzione emerge come possibile interpretazione che l'incremento annuale del tetto sia “di base” (10% dell'incremento del Fondo Sanitario Regionale) che “ulteriore” (un altro 5%) sia legato ad una determinazione del fabbisogno di personale secondo la metodologia messa a punto dall'Agenas e approvata col citato Decreto.

Questa interpretazione sarebbe coerente con lo spirito originario del Decreto Calabria che prevedeva (Art. 11, comma 1) che “A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni ... non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018..., o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento

dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente... Dall'anno 2021, il predetto incremento di spesa del 5 per cento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e con l'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145."

In realtà quando il Decreto Calabria è stato convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, l'impostazione originale del rapporto tra incremento del tetto di spesa del personale e determinazione del fabbisogno di personale è stato modificato.

Viene previsto infatti che il tetto di spesa del personale venga incrementato "annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

Nel triennio 2019- 2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno." Si prevede poi che: "Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo... può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente...".

Entra a questo punto in gioco il futuro Decreto sul fabbisogno visto che questo ulteriore incremento viene subordinato dall'anno 2022 "all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale".

Fine della storia. Sembrerebbe in definitiva che l'incremento annuale del tetto di spesa del personale pari al 10% dell'incremento del Fondo Sanitario Regionale sia svincolato dalla determinazione del fabbisogno con la metodologia definita dal [Decreto del 9 gennaio 2023](#).

Questa pedante e dilettantesca ricostruzione mi serve solo per sottolineare come con questo Decreto si sia persa la possibilità di spingere le Regioni al rispetto degli standard organizzativi previsti dal DM 70 del 2015 per la parte ospedaliera e di quelli del Decreto del 9 gennaio previsti per alcuni dei servizi territoriali. Il Ssn ha una enorme fame di personale ed è da me lontanissima l'idea di limitarne la disponibilità con vincoli formali.

Il Ssn ha bisogno di ben più personale di quello che gli incrementi risicati finora riconosciuti consentono, ma svincolare la spesa regionale per il personale da una programmazione esplicita, coerente con gli atti di indirizzo nazionali e verificata è una scelta secondo me sbagliata.

Del resto a giudicare dagli interminabili lavori dell'affollato tavolo ministeriale sui DM 50 e 77 i primi a non credere in quegli atti stanno proprio a livello centrale.

Che pure questo non è un gran segno ed è oltretutto un segno incoerente con i continui richiami del Ministro Schillaci ad [una azione regionale più efficiente](#).

Che è dichiarazione buona per un giornalista, ma molto meno buona per un Ministro nominato da un Governo che è retto dalla stessa coalizione che governa la quasi totalità delle Regioni.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=119867](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119867)

**quotidianosanita.it**

## **Medici cercasi.**

In Italia sono i più anziani d'Europa e cresce chi fugge dal Ssn. Quelli di famiglia ormai introvabili. I numeri dell'Istat

Fotografia impietosa dell'Istituto di statistica sul personale del Ssn. I nostri medici sono i più anziani d'Europa: nel 2021, il 55,2% dei medici in Italia ha 55 anni e più, a fronte del 44,5% in Francia, 44,1% in Germania e 32,7% in Spagna. Aumentano le dimissioni volontarie dal pubblico. E ormai il oltre il 40% dei mmg supera il limite di 1.500 pazienti.

**31 GEN -**

I nostri medici sono i più anziani d'Europa: nel 2021, il 55,2% dei medici in Italia ha 55 anni e più, a fronte del 44,5% in Francia, 44,1% in Germania e 32,7% in Spagna.

È quanto ha evidenziato l'Istat in audizione in Commissione Cultura al Senato sui ddl per la riforma dell'accesso a Medicina.

"In generale – scrive l'Istat - nel 2021, l'Italia si colloca al quattordicesimo posto tra i paesi dell'Unione europea per numero di medici ogni 100mila abitanti (410,4); la dotazione di personale medico è più elevata di quella rilevata in Francia (318,3) e Belgio (324,8) e inferiore a quella osservata in Austria (540,9), Germania (453,0) e Spagna (448,7).

*In particolare, la dotazione di medici specialisti, pari a 328,3 medici ogni 100mila abitanti, è superiore a quella di Austria (300,7), Spagna (277,6) e Francia (180,0) e inferiore a quella della Germania (349,5); i Medici di medicina generale (MMG) fanno invece registrare, nel confronto europeo, valori decisamente più contenuti rispetto a questi paesi (68,1 in Italia rispetto a 72,8 in Germania, 74,8 in Austria, 94,4 in Spagna e 96,6 in Francia)”.*

### **Sempre meno medici di famiglia.**

*In Italia – rileva l’Istat - il numero dei Medici di medicina generale (MMG), pari a 40.250 nel 2021, si è ridotto negli ultimi dieci anni di 5.187 unità.*

*L’offerta è passata da 76 MMG per 100mila abitanti nel 2012 ai 68 nel 2021.*

*Negli stessi anni sono quindi aumentati il carico di assistenza, passato da 1.156 assistiti per MMG a 1.260, e la quota di MMG con più di 1.500 assistiti (limite superiore fissato dalla normativa nazionale vigente), che dal 27,3% del 2012 sale al 42,1% del 2021.*

*La progressiva carenza di MMG accomuna tutte le aree del paese ma è il Nord la ripartizione geografica più svantaggiata, con una costante diminuzione della dotazione di MMG, passata da 71 ogni 100mila abitanti del 2012 al 62 MMG del 2021; nel 2021 Centro e Mezzogiorno mostrano valori simili, pari rispettivamente a 74 e 73.1”.*

*Per quanto riguarda i medici specialisti in attività nel sistema sanitario pubblico e privato, “l’età media nel 2022 è pari a 53,7 anni, con una quota pari al 49,2% di medici specialisti con 55 anni e più.*

*Tra le specializzazioni più diffuse, la percentuale di specialisti over 54 supera il 50% tra i cardiologi, i ginecologi, gli internisti, gli psichiatri e soprattutto i chirurghi (58,6%); diverse altre specializzazioni fanno registrare comunque un ritmo di “invecchiamento” molto sostenuto: tra il 2012 e il 2022 la quota di over 54 anni tra i medici d’urgenza è passata dal 26% al 41,8%; tra gli oncologi dal 23,7% al 32,8%; tra i geriatri dal 32,8% al 45,2%.*

*Come noto, il Servizio Sanitario Nazionale dovrà fronteggiare nei prossimi anni una crescente domanda di assistenza dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione e all’aumento delle malattie croniche e della multimorbilità”.*

### **Non cresce il numero dei medici di dipendenti del Ssn.**

*Negli anni precedenti la pandemia, “la dotazione di medici specialisti dipendenti del SSN è leggermente diminuita in valore assoluto, passando da circa 105 mila unità nel 2012 a circa 102 mila nel 2019.*

*L’ultimo dato disponibile, relativo al 2021, è simile a quello osservato nel 2019 con 102.376 medici dipendenti.*

*Nonostante i recenti interventi normativi straordinari volti a rafforzare il personale medico sanitario, il tasso rispetto alla popolazione, pari a 173,3 per 100mila abitanti nel 2021, è ancora inferiore a quello registrato dieci anni prima (175,7 nel 2012) e di poco superiore a quello del 2019 (169,7).*

*Rispetto al totale dei medici specialisti in attività nel sistema sanitario pubblico e privato, i medici specialisti dipendenti del SSN rappresentano una quota decrescente nel tempo: erano il 62,6% nel 2012, il 56,2% nel 2019 e il 54,8% nel 2021”.*

### **Uno su tre abbandona volontariamente il Ssn.**

*Le cessazioni dal servizio dei medici del SSN “risultano in aumento nel tempo: erano 6.731 nel 2012, 9.232 nel 2019, 10.596 nel 2021.*

*Tra i motivi della cessazione, nel 2021, il 20,9% è dovuto a collocamento a riposo per limiti di età e il 31,5% a dimissioni con diritto alla pensione, il 17,1% al passaggio ad altre amministrazioni pubbliche, vincita di concorsi o risoluzione del rapporto di lavoro, mentre il restante 30,5% ad altre cause, tra cui le dimissioni volontarie (che possono evidenziare la scelta di esercitare la propria professione nel settore privato o all’estero)”.*

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=119861](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119861)

## **Fabbisogno personale. Con il suo algoritmo Agenas riuscirà a “sdoganare” il blocco del tetto di spesa?**

**Pierino Di Silverio**, Segretario Nazionale Anaa Assomed

**Guido Quici**, Presidente Federazione Cimo-Fesmed

*Ad Agenas riconosciamo il merito di un lavoro indispensabile per definire quegli standard necessari a ‘sdoganare’ il tetto di spesa sul personale, ma ad Agenas spetta la grande responsabilità di elaborare un algoritmo che dia rilancio al Ssn pubblico e soprattutto sicurezza alle cure, attraverso la definizione del numero appropriato di professionisti. Con Agenas, vorremo festeggiare la fine di un ventennio di ‘proibizionismo sanitario’*

**07 FEB** - Ricondurre ad un algoritmo, ovvero ad una asettica elaborazione matematica il calcolo del fabbisogno di personale nelle strutture sanitarie, offre non pochi spunti di riflessione che, ad oggi, sono stati oggetto di un attento confronto tra Agenas, Anaa Assomed e Federazione Cimo-Fesmed.

L’obiettivo principale, dichiarato dall’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, è quello di definire uno standard di personale che costringa il MEF ad abolire o rivedere quel tetto di spesa sul costo del personale che risale al 2004 e che è stata la vera causa, insieme al taglio di 40.000 posti letto e di migliaia di unità complesse e semplici, dell’evidente declino del nostro SSN pubblico.

Come professionisti riteniamo che la sperimentazione di Agenas debba avere, quale obiettivo principale, la definizione della giusta dotazione di medici e infermieri nei reparti, servizi e ambulatori del SSN, ed è proprio per questa motivazione che la sperimentazione necessita di una attenta definizione degli input, ovvero dei dati da selezionare, per evitare pesanti condizionamenti sugli output, che, a valle, esprimeranno il fabbisogno di personale.

Ad oggi, lo abbiamo fatto presente ad Agenas con atti documentali, riesce difficile comprendere la differenza tra il calcolo del fabbisogno infermieristico e medico. Due metodologie differenti, la prima semplice, trasparente, lineare e condivisibile, basata sul rapporto tra infermiere e numero di pazienti; la seconda discutibile perché basata su un sistema di pagamento prospettico, il DRG, che non misura la complessità clinica, ma l’assorbimento di risorse economiche in gran parte legate a tecnologie e a beni sanitari. È un sistema che risulta avulso dalla complessità clinica, e, quindi, dal vero impegno professionale che, a sua volta, si tramuta in carico di lavoro effettivo.

E certamente non aiuta lo stretto rapporto tra modello sperimentale e DM 70/15, atteso che negli ultimi 10 anni c’è stata una contrazione di oltre 2,5 milioni di ricoveri, ragion per cui una componente importante dell’algoritmo, il peso relativo (numeratore) risulta palesemente ridotto rispetto al tempo pieno equivalente – FTE (denominatore) che, viceversa, è aumentato.

In sostanza un algoritmo che, considerato il trend in riduzione dei ricoveri ospedalieri, determina un calcolo al ribasso del fabbisogno di personale pregiudicando ogni forma di rilancio dell’offerta.

Nel frattempo, abbiamo segnalato, e auspichiamo sia stato accolto, un evidente errore nel calcolo del debito orario di ciascun medico al netto delle attività non assistenziali (abbiamo dimostrato la perdita di oltre 9.000 medici nel calcolo del fabbisogno), ma ci auguriamo anche che siano state prese in considerazione tutte quelle attività burocratiche che limitano fortemente l’assistenza diretta ai pazienti.

Ci preme, infine, segnalare che la sperimentazione non tiene conto dei profondi mutamenti nella organizzazione del lavoro derivanti dal CCNL 19-21 in tema di orario di lavoro e servizio fuori sede. Con un algoritmo sottostimato, l’eventuale maggior carico di lavoro dei medici porterà a incremento delle ore aggiuntive riconosciute esigibili attraverso il riposo compensativo o le prestazioni aggiuntive con costi potrebbero essere addirittura superiori rispetto all’assunzione stabile di personale.

Ad Agenas riconosciamo il merito di un lavoro indispensabile per definire quegli standard necessari a ‘sdoganare’ il tetto di spesa sul personale, ma ad Agenas spetta la grande responsabilità di elaborare un algoritmo che dia rilancio al SSN pubblico e soprattutto sicurezza alle cure, attraverso la definizione del numero appropriato di professionisti.

Con Agenas, vorremo festeggiare la fine di un ventennio che potremmo definire quello del ‘proibizionismo sanitario’ ma temiamo che, se non verranno apportati gli interventi correttivi da noi segnalati, potremmo invece dover celebrare la definitiva implosione del SSN.

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=120047](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=120047)

**01 FEB -**

Gentile direttore,

*il processo di aziendalizzazione del SSN, con il ricorso alle procedure gestionali tipiche del privato datore di lavoro, aveva come obbiettivi il miglioramento della performance economica della unità sanitarie locali e la valorizzazione del personale attraverso la selezione dei migliori a cui affidare la conduzione delle diverse articolazioni aziendali per ottenere il miglioramento clinico- assistenziale.*

*La storia del nostro SSN, a un passo dal fallimento e ora schiacciato da un privato che celebra i suoi fasti da primo della classe, dimostra che nessuno di quegli obiettivi è stato minimamente raggiunto e che il personale dipendente vive il proprio lavoro nelle strutture ospedaliere con frustrazione e sofferenza; né più nemmeno di come avveniva un tempo con il vecchio e temuto servizio militare obbligatorio da cui tutti cercavano di sottrarsi e fuggire.*

*La survey dell'Anaa appena pubblicata su QS sui medici ospedalieri è drammatica testimonianza della crisi della "presenza" degli operatori del settore*

*Una crisi che è speculare a quella dei giovani, e non solo giovani, MMG, che cercano di fuggire dal lavoro convenzionato per approdare alla dirigenza e quindi al rapporto di dipendenza e che per tali motivi hanno costituito una chat con centinaia di iscritti dove è altrettanto evidente lo stato di sofferenza lavorativa da cui cercano ristoro.*

*Un paradosso, dunque, perché gli uni aspirano a quello da cui gli altri vogliono disperatamente fuggire con il rischio, da molti paventato, di peggiorare piuttosto che migliorare, in un eventuale cambio di ruolo. La verità è che il deprezzamento del lavoro umano e di quello sanitario in particolare ha ormai raggiunto un punto talmente profondo da cui è possibile uscire, non con piccole e indecenti elargizioni di danaro, ma solo attraverso un processo di ridefinizione del contesto che ribalti l'attuale modello top-down di governamentalità delle strutture sanitarie.*

*Siamo dunque di fronte a una vera apocalisse culturale in cui tutti i punti di riferimento sono perduti e in cui la sopravvivenza della persona e della propria identità umana e professionale è affidata alla speranza di riuscire a fuggire in una nuova realtà in cui tuttavia, allo stato attuale, è improbabile trovare riscatto.*

*Serve dunque una rivoluzione culturale che restituisca la dignità perduta al lavoro sanitario e per questo servono azioni decise e non i pannicelli caldi dei soliti noti che hanno gestito il nostro SSN ora dai banchi del governo e ora da quelli delle opposizioni.*

*Che fare dunque per uscire dalla crisi?*

*Serve un radicale cambio nell'organizzazione del lavoro che si deve incentrare su tre profondi mutamenti. Fare nascere una nuova azienda gestita democraticamente e basata sulla co-decisione da parte di un consiglio di amministrazione plurale in cui abbiano titolo i diversi soggetti portatori di interessi e che rifiuti per statuto autoritarismo e autoreferenzialità dei dirigenti.*

*Definire un ruolo specifico per il personale sanitario che con Saverio Proia abbiano suggerito da tempo. Dare attuazione a un nuovo contratto di lavoro che rompa con l'attuale subordinazione dei professionisti alle strutture aziendali e ai desiderata spesso arbitrari dell'uomo solo al comando e ridia al professionista la centralità nel processo di cura, nell'organizzazione del proprio lavoro, secondo piani condivisi in seno all'equipe di appartenenza, e nella implementazione della qualità*

*Serve in altre parole una riforma che abbia come obiettivo la piena valorizzazione della risorsa umana e di conseguenza si rende indispensabile una cultura gestionale che sia in discontinuità con il modello pseudo- aziendalistico finora adottato.*

*Un cambio di paradigma che necessita di una altrettanto chiara e determinata volontà politica di cui purtroppo non c'è traccia in un contesto istituzionale profondamente trasformista come il nostro.*

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=119898](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119898)

## Il Ssn è sempre più al femminile. Le donne rappresentano il 69% della forza lavoro

È quanto emerge dal Rapporto sul personale sanitario 2021 del Ministero della Salute. Tra uomini e donne si contano complessivamente 717.125 unità di personale, di cui 652.573 a tempo indeterminato, 52.846 unità con rapporto di lavoro determinato e 11.706 unità di personale universitario.

### 31 GEN -

Al 31 dicembre 2021 risultano lavorare presso le strutture sanitarie del sistema sanitario nel suo complesso: 237.392 medici, 349.800 unità di personale infermieristico, 57.051 unità di personale con funzioni riabilitative, 48.027 unità di personale tecnico sanitario e 10.633 unità di personale con funzioni di vigilanza ed ispezione che operano nei vari livelli di assistenza: medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale.

Con solo riferimento al personale che opera nelle ASL, nelle aziende Ospedaliere ed Universitarie, negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, nelle ARES ed ESTAR, ISPO e Aziende Regionali del Veneto e Liguria, si contano complessivamente 717.125 unità di personale, di cui 652.573 a tempo indeterminato, 52.846 unità con rapporto di lavoro determinato e 11.706 unità di personale universitario.

È quanto emerge dal Rapporto sul personale sanitario 2021 del Ministero della Salute.

Il rapporto tra personale con rapporto di lavoro determinato e personale a tempo indeterminato risulta pari a 5,7% nel comparto dirigenti del ruolo tecnico, a 6,0% per i medici, a 9,8% nei profili del ruolo tecnico, a 9,6% nel personale con funzioni riabilitative, a 8,0% nei profili del ruolo tecnico sanitario, a 6,8% nel comparto dirigenti del ruolo amministrativo, a 7,8% nel personale infermieristico, a 7,0% nei profili del ruolo amministrativo, a 5,8% nel personale vigilanza ed ispezione e a 6,7% per i veterinari. Il numero totale di cessazioni dal servizio avvenute nell'anno 2021 è pari a 52.534 unità di personale.

Circa il 56,0% di tali cessazioni è avvenuto per collocamento a riposo per limiti di età, dimissioni con diritto a pensione, risoluzione del rapporto di lavoro e licenziamento (denominati "cessati puri" nelle tabelle della presente pubblicazione).

Contestualmente, sono state 59.047 le unità di personale assunte nel corso del 2021, di cui il 74,9% costituito dai cosiddetti "assunti puri", ossia da assunzioni avvenute per le seguenti cause: nomina da concorso, personale assunto con procedure art. 35 c.3 bis DLGS 156/01, personale assunto con procedure art. 20 d.lgs. n. 75/2017; assunzione per chiamata diretta (categorie protette), assunzione per chiamata numerica (categorie protette), personale stabilizzato da LSU.

Complessivamente l'anzianità media di servizio del personale del SSN risulta pari a 17,0 anni. Si passa da 9,1 anni di anzianità per il personale del ruolo professionale a 14,3 per i dirigenti medici ed a 18,1 anni per il personale infermieristico.

L'età media calcolata con riferimento al totale del personale del SSN è pari a 49,1 anni. I dipendenti più anziani risultano essere i Chimici (55,7 anni), seguiti dai Dirigenti del ruolo tecnico (55,6 anni), dai Veterinari (54,5 anni) e dagli Psicologi (53,3 anni). Al di sotto della media generale è invece l'età del personale infermieristico (46,9 anni), del personale tecnico sanitario (46,6 anni), dei Fisici (48,1 anni), del personale con funzioni riabilitative (48,0 anni) e del Profilo di ricerca di nuova istituzione (42,6 anni).

### Le donne del Servizio Sanitario Nazionale

A dicembre 2021, sono più di 450mila le donne che lavorano con contratto a tempo indeterminato presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, ossia il 69% circa del personale del Servizio Sanitario Nazionale. Questi alcuni dei dati 2021 rilevati nella monografia [Le donne del Servizio Sanitario Nazionale](#).

### Il trend crescente

L'andamento del trend risulta costantemente crescente negli ultimi anni, dal 64% dell'anno 2010 al 69% del 2021.

Anche le donne medico sono sempre più frequenti passando dal 38,4 del 2010 al 51,3 del 2021. Le donne medico che hanno un incarico di struttura complessa sono però ancora solamente il 19,2%.

La percentuale di donne varia tuttavia nei diversi ruoli in cui il personale del Servizio Sanitario Nazionale è inquadrato:

- Ruolo sanitario 69,8%
- Ruolo professionale 26,3%
- Ruolo tecnico 64,2%
- Ruolo amministrativo 72,6%.

### **Dal Nord al Sud, varia la presenza delle donne nel SSN**

Anche a livello territoriale varia la percentuale delle donne nelle diverse realtà regionali. Con riferimento al totale del personale a tempo indeterminato, la percentuale di donne dipendenti del SSN passa dal valore minimo di 52,3% rilevato per la regione Campania, al valore massimo pari a 76% registrato nella Provincia autonoma di Bolzano.

**MEDICI:** i medici impiegati a tempo indeterminato nelle ASL, nelle aziende Ospedaliere ed Universitarie, negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAR, ISPO e Aziende Regionali del Veneto e Liguria al 31/12/2021 risultano pari a 107.657, corrispondenti a 1,8 medici per mille abitanti.

Di questi 31.434 sono specialisti che afferiscono all'area funzionale dei servizi (di cui il 70,4% nelle specialità di anestesia e rianimazione, radiodiagnostica e igiene e medicina preventiva); 26.706 sono medici specialisti dell'area funzionale di chirurgia (di cui il 60,8% nelle specialità di chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia e ortopedia e traumatologia); infine 48.626 sono gli specialisti nell'area funzionale di medicina (di cui il 60,0% nella medicina interna, malattie dell'apparato cardiovascolare, psichiatria, medicina dell'emergenza e urgenza e pediatria).

L'età media dei medici del SSN nel 2021 è pari a 50,5 anni (48,1 per le donne e 53,0 per gli uomini), dato che, seppur non molto distante da quella rilevato nel 2013 pari a 51,6 anni, segnala un maggior ricambio generazionale avvenuto negli ultimi anni. Si rileva inoltre, una crescente femminilizzazione della professione con una maggiore presenza di donne nelle classi più giovani.

Tuttavia, dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età compresa tra 60 e 64 anni sia ancora la più numerosa e come a quella di età compresa tra 25 e 29 anni corrisponda invece, la percentuale minore.

La quota di donne medico sul totale è superiore a quella degli uomini nelle fasce di età inferiori ai 50 anni. Inoltre, il 39,8% dei medici di famiglia ed il 68,6% tra i pediatri di libera scelta è di sesso femminile. Dall'analisi della distribuzione per aree geografiche emerge che i medici che operano nelle strutture pubbliche sono così ripartiti: Italia settentrionale 45,1%, Italia centrale circa 21,0%, Italia meridionale ed Isole rispettivamente 22,1% e 11,9%.

Per quanto concerne la medicina specialistica ambulatoriale, si annoverano 14.424 medici convenzionati (fonte: SISAC) con 19.017.134 ore remunerate.

Gli specialisti ambulatoriali sono presenti al Nord con una percentuale pari al 34,6% rispetto al numero complessivo, al Centro pari al 23,8%, al Sud pari al 32,4% e al 9,3% nelle Isole.

A partire dalla rilevazione del conto annuale 2019, su richiesta del Ministero della Salute, è stata introdotta nella tabella 1F (medici per specialità) la voce relativa ai medici specialisti convenzionati.

Gli specialisti ambulatoriali interni esercitano un'attività convenzionale operante in regime di parasubordinazione nell'ambito dell'organizzazione del SSN per il perseguimento delle finalità dello stesso SSN.

Il contratto di lavoro è di tipo orario e prevede un orario massimo di incarico di 38 ore settimanali. Le ore di incarico, in una sola branca specialistica, possono essere espletate con una o più Aziende della stessa Regione.

Il numero dei medici convenzionati rilevati per specializzazione è pari a 8.852 che rappresenta il 61,4% del totale dei medici convenzionati da fonte SISAC. In particolare il 34,8% è rappresentato da medici specialisti in oftalmologia, ginecologia e ostetricia, otorinolaringoiatria, malattie dell'apparato cardiovascolare e dermatologia.

In sintesi il numero dei medici specialisti (dipendenti, convenzionati, universitari) del SSN rilevati nel 2021 è pari a 124.224 unità. Per quanto riguarda i medici di medicina generale sono 39.366 e i pediatri di libera scelta 6.962 che si ripartiscono nel modo seguente: il 41,9% al Nord, circa il 21,8% al Centro, il 24,2% al Sud e il 12,1% nelle Isole.

**PERSONALE AREA INFERMIERISTICA:** il personale dipendente a tempo indeterminato e tempo determinato del SSN (ASL, aziende Ospedaliere ed Universitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, ARES ed ESTAR, ISPO e Aziende Regionali del Veneto e Liguria) corrispondente alle figure professionali di infermiere, infermiere pediatrico ed ostetrica/o ammonta complessivamente a 304.115 unità.

Si tratta rispettivamente di 286.065 infermieri, 5.563 infermieri pediatrici e 12.487 ostetriche.

L'età media di tale personale è pari a 46,9 anni con un'anzianità di servizio mediamente pari a 18,1 anni. Il rapporto rispetto alla popolazione residente è di 4,71 per mille che sale al 5,04 se si considerano anche gli ospedali equiparati al pubblico.

Complessivamente nel servizio sanitario italiano il rapporto tra personale infermieristico e medici è pari a 2,58 unità.

**PERSONALE AREA DELLA RIABILITAZIONE:** il personale dipendente a tempo indeterminato e tempo determinato addetto alla riabilitazione del SSN (ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, ARES ed ESTAR, ISPO e Aziende Regionali del Veneto e Liguria) pari a 21.226 unità è composto per circa il 59,5% da fisioterapisti, 16,7% da educatori professionali e 14,4% da logopedisti.

L'età media è pari a 48,0 anni con anzianità di servizio di 16,8 anni. Il rapporto tra personale dell'area di riabilitazione e popolazione residente è 0,35 per mille; con riferimento anche all'equiparato pubblico è pari a 0,39 per mille abitanti.

**PERSONALE AREA TECNICA E DELLA PREVENZIONE:** l'area tecnica sanitaria e della prevenzione del SSN è costituita dall'area assistenziale, dall'area diagnostica e dall'area della prevenzione.

Il personale dipendente a tempo indeterminato e tempo determinato dell'area diagnostica costituito in maggior numero da tecnici di laboratorio e di radiologia medica ammonta a 37.414 unità, quello dell'area assistenziale ammonta a 2.207 unità e quello dell'area della prevenzione ammonta a 10.127 unità con il 71,4% di tecnici della prevenzione.

L'età media del personale dell'area tecnica è di 46,6 anni e l'anzianità di servizio pari a 16,7 anni di servizio. Il rapporto tra tale personale e la popolazione residente oscilla tra 0,61 e 0,67 per mille abitanti a seconda che ci si riferisca o meno anche alle strutture equiparate al pubblico.

L'età media del personale dell'area della prevenzione (personale addetto alla vigilanza e all'ispezione) è di 48,5 anni e con riferimento anche all'equiparato pubblico il rapporto sulla popolazione residente è pari a 0,16 ogni 1.000 abitanti.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119896](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119896)



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

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

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

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

### **Rischio climatico**

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

*Analogamente, i Paesi esposti a caldo estremo e inondazioni possono subire danni economici significativi. Dagli anni Settanta, le perdite economiche dovute ai cambiamenti climatici sono state pari a 4.300 miliardi di dollari, di cui 1.700 miliardi negli Usa. Tuttavia, se si considerano le dimensioni delle diverse economie, gli effetti sono sproporzionati. I paesi sviluppati hanno subito perdite economiche equivalenti a meno dello 0,1% del Pil in oltre l'80% dei disastri, e nessuna perdita superiore al 3,5% del Pil. Di contro, nei paesi meno sviluppati, le perdite sono state pari a oltre il 5% del Pil, con disastri che hanno causato perdite fino quasi al 30% (Fonte: Organizzazione mondiale della meteorologia, 2023).*

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

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

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

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

### **Demografia**

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

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

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

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

### **Stabilità sociopolitica**

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

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

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

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

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

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

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



## **Veneto/ Contro i gettonisti Azienda zero apre alle prime candidature di medici "autonomi" in Pronto soccorso. In campo anche pensionati e specializzandi**

In Veneto Azienda Zero pubblica il primo avviso di procedura comparativa per la predisposizione di elenchi di medici idonei a prestare attività presso le strutture di pronto soccorso, mirata a ridurre e in prospettiva a eliminare il fenomeno dei 'gettonisti'.

L'avviso resterà aperto per 20 giorni; potranno candidarsi in primis medici specialisti in emergenza-urgenza, specialisti in altre discipline equipollenti e affini o idonei all'emergenza sanitaria territoriale ma possono presentare domanda anche altri specialisti, medici in formazione specialistica e laureati e non specializzati da impiegare negli ambulatori per i codici minori.

Il bando è aperto anche a medici in pensione.

Le tariffe orarie massime per gli incarichi di lavoro autonomo, che potranno essere conferiti dalle aziende sanitarie sono 80 euro per i medici specialisti in emergenza-urgenza o specializzazioni equipollenti; 60 euro per i medici con altre specializzazioni e 40 euro per gli specializzandi.

Le aziende sanitarie potranno incrementare le tariffe del 30% per attività svolte in ospedali di base e strutture riabilitative in presenza di servizi di emergenza-urgenza.

«Cominciamo subito ad attuare alla delibera con cui la Giunta regionale ha fornito alle aziende sanitarie strumenti per dare maggiore sicurezza, stabilità e competenza alle attività di Pronto soccorso ed emergenza/urgenza riducendo progressivamente il ricorso ai medici a gettone - dichiara l'assessore Manuela Lanzarin -. Confido che siano numerosi i medici disponibili ad assumere incarichi di lavoro autonomo, che consente un rapporto diretto con l'azienda sanitaria, offre maggiori garanzie in termini di continuità assistenziale consentendo peraltro di ridurre i costi rispetto agli affidamenti esterni. Ribadisco che il nostro primo obiettivo rimane quello delle assunzioni a tempo indeterminato e per rendere più attrattivo il lavoro dipendente anche con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria al tavolo di confronto regionale, per migliorare le condizioni di lavoro, in particolare proprio presso le strutture di pronto soccorso ed emergenza-urgenza».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-02-19/veneto-contro-gettonisti-azienda-zero-apre-prime-candidature-medici-autonomi-pronto-soccorso-campo-anche-pensionati-e-specializzandi-110201.php?uuid=AF4VM3IC&cmpid=nlqf>



## **Il mercato dei servizi di consulenza sanitaria a oltre 28 mld \$ e a 50 mld al 2028 (+13,9%)**

di Radiocor Plus

Il mercato globale dei servizi di consulenza in ambito sanitario nel 2024 supererà i 28 miliardi di dollari di valore, dai 25 miliardi del 2023, per arrivare poi a sfiorare, entro il 2028, i 50 miliardi di dollari con un tasso di crescita annuale aggregato del 13,9%.

Lo rivela un rapporto stilato dal The Business Research Center, secondo cui tra le regioni è il Nord America l'area guida a livello mondiale mentre le stime vedono nell'Asia-Pacifico la regione più promettente in termini di crescita nel periodo di previsione oggetto dell'indagine di mercato (2024-2033). Secondo il rapporto la forza trainante di questa crescita è rappresentata, in primis, dall'impatto trasformativo della digitalizzazione sui servizi di consulenza sanitaria.

L'impiego e l'utilizzo del digitale e delle sue applicazioni, infatti, è in grado di trasformare i modelli di business, contribuendo a generare valore e favorendo la scoperta di preziose informazioni su gestione e monitoraggio delle patologie.

La digitalizzazione ha applicazioni dirette anche sulla rapida espansione del mercato globale dei programmi di supporto al paziente (psp) che, secondo quanto riportato da un'analisi svolta da InsightAce Analytic, raggiungerà i 64,36 miliardi di dollari di valore entro il 2031 con un tasso annuo di crescita del +16,62%.

I psp sono molto richiesti all'interno dell'industria farmaceutica in quanto l'assistenza sanitaria è sempre più incentrata sul paziente che ora non vuole più solo farmaci ma anche ricevere informazioni, supporto, risorse e strumenti per poter gestire efficacemente i problemi di salute

Questi strumenti sono molto utilizzati nel trattamento di malattie croniche come il diabete, il cancro e i disturbi autoimmuni in quanto possono migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti, i risultati complessivi in termini di salute e l'esperienza sanitaria, diventando così sempre più una parte importante della moderna assistenza sanitaria.

In Europa è la Germania il principale mercato europeo dei servizi di consulenza sanitaria, che arriverà a toccare i 4 miliardi di dollari di valore entro il 2030 con un tasso di crescita annuale del 10,6%, di poco inferiore a quello registrato da Regno Unito (10,9%) e Francia (12,7%) nel medesimo periodo. In Italia, invece, il settore della consulenza in ambito sanitario non ha ancora espresso le sue piene potenzialità e ha importanti margini di miglioramento.

[https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/imprese-e-mercato/2024-02-15/il-mercato-servizi-consulenza-sanitaria-oltre-28-mld-\\$-e-50-mld-2028-139percento-120732.php?uuid=AFFhwNjC&cmpid=nlqf](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/imprese-e-mercato/2024-02-15/il-mercato-servizi-consulenza-sanitaria-oltre-28-mld-$-e-50-mld-2028-139percento-120732.php?uuid=AFFhwNjC&cmpid=nlqf)

## **Livelli essenziali di assistenza/ Confimi Sanità con Nomisma per la revisione del Nomenclatore tariffario**

di Radiocor Plus

Confimi Industria Sanità ha presentato al ministero della Salute e alla politica una proposta di revisione totale del Nomenclatore Tariffario.

Un progetto e un documento redatto in circa due anni, frutto del dialogo quotidiano degli imprenditori che costituiscono l'associazione con clinici e pazienti e che "tiene conto di tutte le indicazioni emerse in occasione dei tavoli di lavoro e di confronto con le istituzioni e gli altri stakeholder".

Da Confimi Industria Sanità sottolineano che "non si tratta di un esercizio di stile, quanto di una reale necessità di tutto il Ssn in vista dell'entrata in vigore dei Nuovi Lea il prossimo 1° aprile che, ancora una volta, unitamente al nomenclatore tariffario, si presentano incompleti e a tratti obsoleti rispetto alle esigenze dei pazienti".

La proposta presentata da Confimi Sanità vuole dichiaratamente "rispondere in primis a un'esigenza immediata, ovvero il buco lasciato dall'attuale revisione in merito ad ausili e protesi.

In pratica - spiegano dall'associazione - gli articoli prodotti per bisogni molto complessi, fino ad oggi realizzati su misura per il singolo paziente (o in serie, ma con specifici adattamenti da parte di un tecnico specialista), sono stati inseriti nella lista dei dispositivi acquistabili con gara pubblica e quindi in gran numero, senza nessuna personalizzazione per il paziente e indicazioni chiare sulle modalità di manutenzione continua che attualmente sono realizzate dai laboratori ortopedici sul territorio e in prossimità dei pazienti. In definitiva - è il commento - una scelta dannosa e non remunerativa.

Per certificare il modello presentato e comprendere i possibili impatti su pazienti e sistema delle Pmi, Confimi Industria Sanità ha chiesto la collaborazione di Nomisma, società fondata a Bologna nel 1981 che offre studi settoriali e territoriali, ricerche economiche, strumenti di supporto decisionale, advisory strategico e servizi di consulenza.

### **Il modus operandi.**

Per avviare il progetto è stata svolta un'analisi completa dello stato dell'arte, partendo dall'intero sistema regionale in cui è difficile comprendere quale sia attualmente il documento da applicare - il dualismo è la conseguenza principalmente osservata, poiché per alcuni dispositivi di serie alcune Regioni hanno applicato i Lea 2017, mentre per i dispositivi su misura si fa riferimento al Dm 322/99 - , per proseguire con un parallelismo tra il Nomenclatore in vigore e quello proposto, in termini di inclusione di dispositivi che tengano conto delle nuove malattie riconosciute dal Ssn, dei risultati della Ricerca&Sviluppo che ha portato in più di 20 anni ad una importante innovazione e alla facilità di ottenimento dell'ausilio da parte del paziente.

Lo studio contiene anche un'analisi dell'impatto sociale del nuovo Nomenclatore tramite interviste approfondite con esperti del settore - dirigenti regionali, società scientifiche, associazioni di imprese. Ancora: un'approfondita comparazione con gli altri sistemi internazionali, un focus sulle modalità di accesso alle gare in prospettiva nazionale ed europea e alcuni esempi pratici della revisione.

«I Lea 2017 per i dispositivi complessi che ora sono soggetti a gara portano a un mancato diritto alla scelta da parte del paziente, le conseguenze di una mancata personalizzazione impattano sulla salute e sul benessere della persona, portando a potenziali complicazioni mediche e necessità di ospedalizzazione, con conseguente aumento dei costi per il Ssn e complicazioni psicologiche per il paziente per il rifiuto del dispositivo.

Il sistema di Pmi, spesso costituito da micro imprese, viene messo a dura prova da un sistema di gare su dispositivi complessi. Il rischio è che l'eccessiva attenzione posta alla componente economica possa compromettere la qualità complessiva offerta al paziente» dichiara Roberta Gabrielli, Head of Marketing and Business Processes di Nomisma.

La proposta di Confimi Sanità mira a consentire al cittadino-paziente «di ricevere le cure più adeguate e alle PMI di rispondere alle più regolari dinamiche aziendali, consentendo loro di continuare a investire in ricerca e sviluppo, a tutela della salute di tutto il made in Italy» ha concluso Massimo Pulin, presidente di Confimi Industria Sanità.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/impres-e-mercato/2024-02-13/livelli-essenziali-assistenza-confimi-sanita-nomisma-la-revisione-nomenclatore-tariffario-125834.php?uuid=AF9qsphC&cmpid=nlqf>

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

## Effetti stimati sulla salute derivanti dall'uso domestico di combustibili gassosi per cucinare e riscaldare nei paesi ad alto, medio e basso reddito: una revisione sistematica e meta-analisi

Elisa Puzzolo, PhD • Nigel Fleeman, MPH • Federico Lorenzetti, Msc • Fernando Rubinstein, medico • Yaojie Li, Master • Ran Xing, Master • et al. [Mostra tutti gli autori](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 01 febbraio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00427-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00427-7)

### Riepilogo

#### Sfondo

L'esposizione all'inquinamento atmosferico domestico dovuto ai combustibili domestici inquinanti (combustibili solidi e cherosene) rappresenta un notevole onere per la salute pubblica globale e vi è un urgente bisogno di una rapida transizione verso combustibili domestici puliti. Il gas utilizzato per cucinare e riscaldare potrebbe avere effetti sull'asma, sul respiro sibilante e sulla salute respiratoria dei bambini. Lo scopo di questa revisione era quello di sintetizzare le prove sugli effetti sulla salute dei combustibili gassosi per informare le politiche per un'energia domestica pulita e scalabile.

#### Metodi

In questa revisione sistematica e meta-analisi, abbiamo riassunto gli effetti sulla salute derivanti dalla cottura o dal riscaldamento con il gas rispetto ai combustibili inquinanti (ad esempio, legna o carbone) e all'energia pulita (ad esempio, elettricità ed energia solare). Abbiamo cercato in PubMed, Scopus, Web of Science, MEDLINE, Cochrane Library (CENTRAL), Environment Complete, GreenFile, Google Scholar, Wanfang DATA e CNKI gli articoli pubblicati tra il 16 dicembre 2020 e il 6 febbraio 2021. Studi idonei all'inclusione hanno dovuto confrontare il gas per cucinare o riscaldarsi con combustibili inquinanti (ad esempio, legna o carbone) o energia pulita (ad esempio, elettricità o energia solare) e presentare dati sui risultati sanitari nella popolazione generale. Sono stati esclusi gli studi che riportavano esiti sanitari che rappresentavano esacerbazioni di condizioni sottostanti esistenti. Molti dei nostri revisori sono stati coinvolti in studi di screening, estrazione di dati e valutazione della qualità (incluso il rischio di bias) degli studi inclusi; il 20% degli studi è stato selezionato, estratto e valutato in modo indipendente dalla qualità da un altro revisore. I disaccordi sono stati riconciliati attraverso la discussione con il gruppo di revisione più ampio. Gli studi inclusi sono stati valutati in termini di qualità utilizzando gli strumenti di valutazione della qualità Liverpool. I principali risultati sanitari sono stati raggruppati per una meta-analisi e analizzati utilizzando il software RevMan di Cochrane. Gli esiti primari erano gli effetti sulla salute (ad esempio, infezioni acute delle vie respiratorie inferiori) e gli esiti secondari erano i sintomi di salute (ad esempio, sintomi respiratori come respiro sibilante, tosse o mancanza di respiro). Questo studio è registrato presso PROSPERO, CRD42021227092.

#### Risultati

116 studi sono stati inclusi nella meta-analisi (due [2%] studi randomizzati e controllati, 13 [11%] studi caso-controllo, 23 [20%] studi di coorte e 78 [67%] studi trasversali), contribuendo 215 stime degli effetti per cinque risultati sanitari raggruppati. Rispetto ai combustibili inquinanti, l'uso del gas ha ridotto significativamente il rischio di polmonite (OR 0,54, IC 95% 0,38–0,77;  $p=0,00080$ ), respiro sibilante (OR 0,42, 0,30–0,59;  $p<0,0001$ ),

tosse (OR 0.44, 0.32–0.62;  $p < 0.0001$ ), dispnea (OR 0.40, 0.21–0.76;  $p = 0.0052$ ), malattia polmonare cronica ostruttiva (OR 0.37, 0.23–0.60;  $p < 0.0001$ ), bronchite (OR 0.60, 0.43–0.82;  $p = 0.0015$ ), deficit della funzionalità polmonare (OR 0.27, 0.17–0.44;  $p < 0.0001$ ), grave malattia respiratoria o morte (OR 0.27, 0.11–0.63;  $p = 0.0024$ ), nascita pretermine (OR 0.66, 0.45–0.97;  $p = 0.033$ ) e basso peso alla nascita (OR 0.70, 0.53–0.93;  $p = 0.015$ ). Sono stati osservati effetti non statisticamente significativi per l'asma nei bambini (OR 1.04, 0.70–1.55;  $p = 0.84$ ), per l'asma negli adulti (OR 0.65, 0.43–1.00;  $p = 0.052$ ) e piccolo per l'età gestazionale (OR 1.04, 0.89–1.21;  $p = 0.62$ ). Rispetto all'elettricità, l'uso del gas aumenta significativamente il rischio di polmonite (OR 1.26, 1.03–1.53;  $p = 0.025$ ) e di malattia polmonare ostruttiva cronica (OR 1.15, 1.06–1.25;  $p = 0.0011$ ), sebbene siano stati osservati effetti minori non significativi per studi di qualità superiore. Inoltre, un lieve aumento del rischio di asma nei bambini non era significativo (OR 1.09, 0.99–1.19;  $p = 0.071$ ) e non è stata trovata alcuna associazione significativa per asma, respiro sibilante, tosse e dispnea negli adulti. ( $p > 0.05$ ). È stata osservata una significativa diminuzione del rischio di bronchite (OR 0.87, 0.81–0.93;  $p < 0.0001$ ).

### **Interpretazione**

*Il passaggio dai combustibili inquinanti ai combustibili domestici gassosi potrebbe ridurre i rischi per la salute e la morbilità e mortalità ad essi associate nei paesi poveri di risorse dove la dipendenza dai combustibili inquinanti è maggiore. Sebbene l'uso del gas sia associato a un rischio leggermente più elevato per alcuni esiti sanitari rispetto all'elettricità, il gas rappresenta un'importante opzione transitoria per la salute nei paesi in cui l'accesso a una fornitura elettrica affidabile per cucinare o riscaldarsi non è fattibile nel breve termine.*

### **Ricerca nel contesto**

#### **Prove prima di questo studio**

*Un ampio insieme di prove ha dimostrato che l'uso di alcuni combustibili per il fabbisogno energetico domestico (ad esempio, biomassa, carbone e cherosene) è dannoso per la salute, causando un notevole carico di malattie. Il gas naturale (metano) è ampiamente utilizzato nei paesi ad alto reddito per cucinare e riscaldarsi. Il gas di petrolio liquefatto (una miscela di propano o butano immagazzinato in bombole pressurizzate) viene promosso come un'alternativa energetica pulita e scalabile nelle economie in via di sviluppo. Il biogas è un mix di gas (principalmente metano) derivato da materie prime rinnovabili ed è principalmente promosso come combustibile per cucinare tra le famiglie rurali che hanno accesso a materiali organici come rifiuti animali e residui agricoli. Per questa revisione e meta-analisi, abbiamo condotto ricerche approfondite su PubMed, Scopus, Web of Science, MEDLINE, Cochrane Library (CENTRAL), Environment Complete, GreenFile, Google Scholar, Wanfang DATA e CNKI. Ci siamo concentrati su articoli pubblicati tra il 1980 e il 2021. La nostra ricerca ha preso di mira in modo specifico i combustibili domestici liquidi e gassosi utilizzati per cucinare o riscaldare, confrontandoli con un gruppo di riferimento chiaramente definito (combustibili inquinanti o puliti), con rilevanza per gli effetti sulla salute o sintomi nella popolazione generale.*

#### **Valore aggiunto di questo studio**

*A nostra conoscenza, questo studio è la prima revisione sistematica con meta-analisi che ha valutato in modo completo gli effetti sulla salute dell'uso di combustibili gassosi (gas naturale, gas di petrolio liquefatto e biogas) per la cucina e il riscaldamento domestico su scala globale. Precedenti revisioni sistematiche hanno esaminato singoli esiti sanitari (ad es., esiti avversi della gravidanza, malattie acute delle vie respiratorie inferiori come infezioni acute delle vie respiratorie inferiori o asma) o si sono concentrate su usi energetici specifici (ad es., solo cottura a gas), e non hanno considerato entrambi gli inquinanti (combustibili solidi e cherosene) e opzioni di riferimento pulite (elettricità). Riassumendo i potenziali effetti positivi e negativi sulla salute derivanti dall'uso domestico di combustibili gassosi o alcolici, questa sintesi fornisce importanti prove contemporanee per informare le politiche nazionali di energia pulita necessarie per affrontare il carico di malattie derivanti dall'inquinamento atmosferico domestico nelle persone a basso e medio reddito. paesi (LMIC).*

#### **Implicazioni di tutte le prove disponibili**

*Questo studio mostra un rischio inferiore per i principali risultati sanitari quando si passa dai combustibili solidi inquinanti e dal cherosene all'uso di combustibili gassosi puliti per cucinare o riscaldarsi. Il nostro studio identifica anche un modesto aumento del rischio derivante dall'uso di combustibili gassosi rispetto all'elettricità per alcuni risultati sanitari, tra cui infezioni acute delle vie respiratorie inferiori e malattia*

polmonare cronica ostruttiva (sebbene non statisticamente significativo quando ci si concentra su prove provenienti da studi di qualità superiore). Per i paesi a basso e medio reddito che dipendono dai combustibili solidi inquinanti e dal cherosene, il passaggio ai combustibili gassosi per cucinare o riscaldarsi può potenzialmente produrre sostanziali benefici per la salute. Tuttavia, laddove la transizione verso l'energia pulita come l'elettricità rappresenta un'opzione realistica (cioè scalabile e accessibile a breve termine) è probabile un'ulteriore protezione della salute.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00427-7/fulltext?dqcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00427-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)



## L'Italia è il secondo Paese meno vivibile in Europa | Lo studio

Nonostante il calo dell'inflazione e dei costi energetici rispetto ai massimi storici registrati nello scorso biennio, il costo degli affitti e dell'energia elettrica continuano a essere motivo di preoccupazione in Italia come nel resto d'Europa.

Lo studio della banca online N26 sull'Indice di vivibilità, mirato ad individuare quali sono i Paesi europei che offrono una migliore qualità della vita, ha esaminato i dati sulle spese relative all'affitto e all'elettricità di ciascun Paese, confrontando gli aumenti salariali e considerando sia la densità di popolazione che il senso generale di felicità dei residenti, andando a creare **la seguente classifica dei Paesi europei più vivibili**:

Classifica Paesi Più Vivibili in Europa	
Paese	Punteggio
1. Danimarca	38,5
2. Svizzera	35,2
3. Belgio	34,8
4. Austria	34
5. Francia	31.6
6. Svezia	30.3
7. Spagna	29.4
8. Grecia	24.9
9. Germania	24.8
10. Paesi Bassi	20.4
10. Italia	20.4
11. Regno Unito	19.7

**Sul podio della classifica di N26, la Danimarca si posiziona come il miglior Paese in Europa in cui vivere.** Seguono al secondo e al terzo posto la Svizzera e il Belgio, Paesi in cui la percentuale di salario destinata agli affitti è rispettivamente del 21% e del 18% (le percentuali più basse tra i paesi

analizzati), indice di una situazione più favorevole per quanto riguarda la proporzione tra reddito e costi abitativi.

**L'Italia si classifica, invece, al penultimo posto dell'indice di vivibilità seguita solo dal Regno Unito.** Come riporta la tabella qui sotto, che analizza nello specifico il peso del costo degli affitti sugli stipendi degli europei, **oltre il 52% dello stipendio degli italiani è destinato all'affitto, percentuale più elevata tra i Paesi considerati.** Da questo dato si evince come il nostro Paese si trovi di fronte a sfide significative per quanto riguarda il costo della vita.

#### Analisi impatto degli affitti sugli stipendi in Europa

Paese	% Stipendio speso in affitto	Prezzo medio affitto mensile	Stipendio annuo medio
1. Italia	52%	1.377,58 €	31.530,00 €
2. Spagna	45%	1.102,96 €	29.113,00 €
3. Paesi Bassi	37%	1.620,00 €	52.277,00 €
3. Regno Unito	37%	1.461,00 €	46.992,31 €
4. Grecia	35%	472,00 €	16.174,00 €
5. Svezia	32%	1.109,00 €	41.317,29 €
6. Francia	31%	1.109,73 €	41.706,00 €
7. Germania	23%	890,67 €	45.457,00 €
8. Austria	22%	941,10 €	49.199,00 €
9. Danimarca	21%	1.159,00 €	64.217,27 €
9. Svizzera	21%	1.733,87 €	96.450,09 €
10. Belgio	18%	800,00 €	52.035,00 €

\*Questi dati mettono in evidenza il rapporto tra l'affitto medio mensile per un bilocale e il reddito medio mensile, mostrando la percentuale di stipendio medio mensile impegnata per l'affitto nei diversi Paesi nel 2023.

#### **La top 3 delle città Italiane con gli affitti medi più alti**

**La media nazionale del costo degli affitti per un bilocale in Italia si attesta sui 1.377,58 euro.** Tuttavia, un'analisi più dettagliata delle città italiane rivela discrepanze significative: **Firenze, la città italiana con gli affitti in media più costosi, registra una media mensile di 1.806 euro,** con picchi di 2.200 euro mensili per il centro storico. Le punte più elevate sono però a **Milano, in cui la media degli affitti è di 1674 euro ma dove si raggiunge una media di 2.838 euro per gli affitti di bilocali nel centro storico.** A Roma, invece, terza in classifica, il costo medio degli affitti per un bilocale è sotto la media nazionale con un prezzo medio di 1200 euro.

**Il costo annuo dell'elettricità in Italia è il terzo più alto in Europa, dietro solo a Belgio e Germania, che hanno però a disposizione stipendi molto più elevati.**

**Il costo annuo medio dell'elettricità<sup>3</sup> in Italia è di 691,29 euro, il terzo più alto in Europa dietro a Germania (757,97 euro) e Belgio (761,81 euro).** Tuttavia, questo costo incide in modo più

significativo sullo stipendio degli italiani (oltre il 2%) rispetto a questi Paesi a causa della disparità dei salari medi – 31.530 euro in Italia contro 45.457 euro in Germania e 52.035 euro in Belgio.

**Tra tutti i Paesi analizzati, solo in Grecia il costo dell'elettricità incide maggiormente sullo stipendio rispetto a quanto avviene in Italia**, dato particolarmente interessante se si considera che il costo dell'energia elettrica è decisamente inferiore (414,20 euro) a quello della maggior parte degli altri Paesi analizzati. Questo è dovuto ai livelli di salari più bassi tra tutti i Paesi analizzati, pari a 16.174,00 euro all'anno in media.

### Metodologia

L'Indice di vivibilità di N26 si focalizza su 12 paesi europei selezionati in base al loro richiamo per la ricollocazione, alla dimensione della popolazione e alla stabilità economica. Le classifiche sono state determinate analizzando le spese medie per l'energia nel 2023, gli aumenti salariali medi dal 2022 al 2023, la densità di popolazione al 16 luglio 2023 e i livelli di felicità medi negli anni 2020-2022. Classifiche più alte riflettono spese per l'energia più basse, aumenti salariali più elevati rispetto all'inflazione, densità di popolazione più bassa e livelli di felicità più alti, con l'intento di evidenziare i paesi più favorevoli per la ricollocazione o la residenza in base al punteggio complessivo.

[https://www.ripartelitalia.it/litalia-e-il-secondo-paese-meno-vivibile-in-europa-lo-studio/?utm\\_source=mailpoet](https://www.ripartelitalia.it/litalia-e-il-secondo-paese-meno-vivibile-in-europa-lo-studio/?utm_source=mailpoet)

## Science

### Disidratare la stratosfera per frenare il riscaldamento globale? Gli scienziati escogitano una nuova rischiosa strategia

L'inseminazione di nubi sopra il Pacifico occidentale impedirebbe al vapore acqueo, un gas serra, di raggiungere il tetto dell'atmosfera

Paul Voosen

Dato l'allarme sull'aumento dei livelli di anidride carbonica e metano, è facile dimenticare che anche il semplice vapore acqueo è un importante gas serra. Può rimanere per anni nella stratosfera, ad esempio, assorbendo calore dalla superficie e riemettendolo verso il basso. Secondo uno studio, un possibile aumento dell'acqua stratosferica nel corso degli anni '90 [potrebbe aver aumentato](#) il riscaldamento globale fino al 30% in quel periodo. Ma cosa accadrebbe se potessimo impedire all'acqua di arrivare fin lì?

Questa è l'idea alla base di una nuova tecnica di geoingegneria, [proposta](#) oggi su Science Advances .

Prendendo di mira l'aria umida che sale e inseminandola con particelle che formano nuvole subito prima che raggiunga la stratosfera, i geoingegneri potrebbero raffreddare il mondo con un intervento molto più delicato di altri schemi. Per essiccare la stratosfera potrebbero essere necessari appena 2 chilogrammi di materiale a settimana, afferma Shuka Schwarz, autore principale dello studio e fisico ricercatore presso il Laboratorio di scienze chimiche della National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA). "Si tratta di una quantità di materiale che aiuta ad aprire la mente per immaginare un sacco di possibilità."

La "disidratazione stratosferica intenzionale", come viene chiamata, potrebbe raffreddare il clima solo moderatamente, compensando circa l'1,4% del riscaldamento causato dall'aumento di anidride carbonica negli ultimi centinaia di anni. Ma per i geoingegneri che hanno parlato di raffreddare il pianeta caricando la

stratosfera con migliaia di tonnellate di particelle riflettenti, "si tratta chiaramente di un'idea nuova", afferma Ulrike Lohmann, fisica dell'atmosfera presso l'ETH di Zurigo. "Questo è qualcosa che potrebbe funzionare." Lo schema si basa su un fatto chiave: solo pochi [posti al mondo](#) sono abbastanza caldi da generare le potenti correnti ascensionali necessarie per sollevare l'aria nella stratosfera, che inizia tra 9 e 17 chilometri sopra la superficie, a seconda della latitudine. Il più importante di questi portali si trova sopra l'Oceano Pacifico equatoriale occidentale, in una regione grande all'incirca quanto l'Australia.

Durante il suo viaggio verso l'alto, gran parte dell'acqua si condensa in nuvole e piove dall'aria. Ma negli ultimi dieci anni, la NASA ha utilizzato un drone ad alta quota, alimentato da un jet, per [studiare gli strati freddi](#) appena sotto la stratosfera e ha trovato molte masse d'aria abbastanza umide da formare nuvole, ma prive di particelle che avrebbero permesso all'umidità di condensarsi nel ghiaccio, cristalli e infine pioggia. "È una questione di fortuna, se arrivano nel punto più freddo del loro viaggio e se ci sono abbastanza nuclei di nubi rimasti per fare qualsiasi cosa", dice Schwarz. Gli studi della NASA hanno anche scoperto che questa umidità era concentrata: solo l'1% delle particelle d'aria esplorate rappresentava la metà dell'acqua che potrebbe finire nella stratosfera.

In un modello semplice, il team ha simulato l'iniezione di triioduro di bismuto, un composto non tossico utilizzato negli studi di laboratorio sulla nucleazione del ghiaccio, nelle aree dell'1% più mature per la raccolta dell'acqua. In uno scenario ottimistico, solo 2 chilogrammi a settimana di semi di 10 nanometri di diametro sarebbero sufficienti per convertire quelle particelle di aria umida in nuvole, hanno scoperto. Una tale quantità potrebbe essere spruzzata da palloncini o droni, senza bisogno di aerei.

Daniel Cziczo, chimico dell'atmosfera alla Purdue University, afferma che l'idea è interessante ma potrebbe comportare dei rischi. Se i semi non riuscissero a formare nuvole nel posto giusto e si diffondessero altrove, potrebbero accelerare la formazione del tipo sbagliato di nuvole: cirri sottili e sottili, che riflettono poca luce solare ma assorbono il calore infrarosso dalla superficie, dice Cziczo. "Fondamentalmente stai esplorando una tecnica che potrebbe avere un effetto di riscaldamento e non di raffreddamento."

Mark Schoeberl, uno scienziato atmosferico della Science and Technology Corporation che [in precedenza aveva identificato](#) la porta stratosferica nel Pacifico, concorda con la necessità di ulteriori studi. "Vuoi evitare conseguenze indesiderate e fare una valutazione lucida dei costi di implementazione." La tecnica probabilmente non sarà efficace tutto l'anno, aggiunge, perché la maggior parte dell'acqua raggiunge la stratosfera durante le stagioni dei monsoni asiatici. E non è ancora chiaro quanto una riduzione dell'acqua stratosferica raffredderebbe la superficie, dice.

Schwarz è rimasto seduto sull'idea per un po', diffidente nei confronti della controversia che circonda tutte le proposte di armeggiare con il pianeta per compensare il riscaldamento causato dall'uomo. Ma ora che il Congresso degli Stati Uniti ha incaricato la [NOAA di studiare la geoingegneria solare](#), "lo stigma intorno al considerare l'intervento sul clima si sta un po' attenuando", dice. "Due anni fa, io per primo avrei davvero esitato a considerare queste possibilità."

L'apertura si sta diffondendo. Ad esempio, l'Unione Europea sta ora [sostenendo la ricerca](#) sulla governance della geoingegneria. La settimana scorsa la Svizzera [ha invitato](#) le Nazioni Unite a sostenere la ricerca in questo settore. E il gruppo di Lohmann la scorsa settimana ha vinto un finanziamento dalla [Simons Foundation](#) per studiare un altro intervento: assottigliare [le nubi che intrappolano il calore sopra le regioni polari](#) per mitigare il riscaldamento.

"Le cose sono cambiate nell'agenda scientifica", afferma Lohmann. Dice che gli scienziati del clima hanno delle riserve sull'esplorazione di questi progetti, ma ritengono che non ci sia scelta. I tagli alle emissioni semplicemente non sono avvenuti abbastanza velocemente e l'anidride carbonica non può ancora essere risucchiata dall'aria a basso costo. "È chiaro che stiamo cercando qualcos'altro", dice. "Evitare tutto questo è il nostro fallimento come esseri umani".

doi: [10.1126/science.zrzpmoz](https://doi.org/10.1126/science.zrzpmoz)

[https://www.science.org/content/article/dehydrate-stratosphere-curb-global-warming-scientists-float-risky-new-strategy?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLatEstNews&et rid=691092258&et cid=5120119](https://www.science.org/content/article/dehydrate-stratosphere-curb-global-warming-scientists-float-risky-new-strategy?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatEstNews&et rid=691092258&et cid=5120119)

## Oms avverte: “L’arrivo di una nuova pandemia è solo una questione di quando, non di se. E dobbiamo prepararci, ancora oggi non lo siamo”

*"Ci sarà una prossima volta. La storia ci insegna che la prossima pandemia sarà una questione di quando, non se. Potrebbe essere causata da un virus influenzale, o da un nuovo coronavirus, oppure potrebbe essere causata da un nuovo agente patogeno che ancora non conosciamo, quella che chiamiamo Malattia X. Siamo pronti adesso? Non ancora. Ecco perché l'accordo sulla pandemia è fondamentale per l'umanità", ha spiegato il direttore Oms al summit dei governi mondiali.*

**20 FEB -**

*Gli anni del Covid, i milioni di morti e i danni all'economia dei Paesi sono serviti a qualcosa? Dopo questa pandemia il mondo è pronto ad affrontare una possibile nuova minaccia per la salute? La risposta è no. Anche se sono stati fatti passi in avanti, ancora oggi il mondo sarebbe impreparato. Ne è convinto il direttore dell'Oms **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, che ha affrontato questo tema al summit dei governi mondiali lo scorso 12 febbraio.*

*"Sei anni fa sono salito su questo palco e ho detto che il mondo non era preparato per una pandemia, e ho espresso la mia preoccupazione sul fatto che una pandemia potesse verificarsi in qualsiasi momento. Come ricorderete, meno di due anni dopo, nel dicembre 2019, colpì la pandemia di Covid e, in effetti, il mondo non era preparato. Oggi sono davanti a voi, all'indomani del Covid, con milioni di persone morte, shock sociali, economici e politici che si riverberano fino ad oggi e, sebbene siano stati compiuti alcuni progressi, il mondo non è ancora preparato per una pandemia", ha spiegato.*

*"Le dolorose lezioni che abbiamo imparato rischiano di essere dimenticate mentre l'attenzione si rivolge alle molte altre crisi che il nostro mondo si trova ad affrontare. Ma se non riusciamo a imparare queste lezioni, la prossima volta la pagheremo cara. E ci sarà una prossima volta. La storia ci insegna che la prossima pandemia sarà una questione di quando, non se. Potrebbe essere causata da un virus influenzale, o da un nuovo coronavirus, oppure potrebbe essere causata da un nuovo agente patogeno che ancora non conosciamo, quella che chiamiamo Malattia X. Recentemente c'è stata molta attenzione sulla Malattia X, ma in realtà non è una cosa nuova. Abbiamo usato per la prima volta il termine Malattia X nel 2018 – nello stesso periodo in cui ho parlato qui al Summit dei Governi Mondiali – per una malattia di cui ancora non siamo nemmeno a conoscenza, ma per la quale possiamo comunque prepararci. Il Covid era una Malattia X: un nuovo agente patogeno che causava una nuova malattia".*

**"Ma ci sarà un'altra malattia X, o una malattia Y o una malattia Z - ha aggiunto -. E allo stato attuale delle cose, il mondo rimane impreparato per la prossima malattia X e la prossima pandemia.**

*Se accadesse domani, ci troveremmo ad affrontare molti degli stessi problemi che abbiamo dovuto affrontare con il Covid. È per questo motivo che nel dicembre 2021 gli Stati membri dell'Oms si sono incontrati a Ginevra e hanno concordato di sviluppare un accordo internazionale sulla preparazione e risposta alla pandemia: un patto giuridicamente vincolante per lavorare insieme per mantenere se stessi e gli altri al sicuro. I paesi si sono fissati una scadenza per completare l'accordo in tempo per l'adozione da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio di quest'anno. Mancano ormai solo 15 settimane".*

*"Tuttavia - ha proseguito Ghebreyesus - attualmente esistono due ostacoli principali al rispetto di tale scadenza. Il primo è un gruppo di questioni su cui i paesi non hanno ancora raggiunto un consenso. Stanno facendo progressi, ma ci sono ancora aree di differenza che necessitano di ulteriori negoziati tra i paesi. Nessuno di loro è insormontabile.*

*Se i paesi ascoltano le rispettive preoccupazioni, sono fiducioso che possano trovare un terreno comune e un approccio comune.*

*Il secondo grande ostacolo è la litania di bugie e teorie cospirative sull'accordo: che si tratta di una presa di potere da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; che cederà la sovranità all'Oms; che darà all'Oms il potere di imporre blocchi o obblighi di vaccinazione ai paesi; che è un 'attacco alla libertà'; che l'Oms non permetterà alle persone di viaggiare; e che l'Oms vuole controllare la vita delle persone.*

*Queste sono alcune delle bugie che vengono diffuse. Se non fossero così pericolose, queste bugie sarebbero divertenti. Ma mettono a rischio la salute della popolazione mondiale. E non è una cosa da ridere".*

*"Queste affermazioni sono assolutamente, completamente, categoricamente false - ha sottolineato -. L'accordo sulla pandemia non conferirà all'Oms alcun potere su nessuno stato o individuo, del resto.*

Chiunque dica che lo farà o è disinformato o mente. Ma non credermi sulla parola. La bozza di accordo è disponibile sul sito dell'Oms per chiunque voglia leggerla. E chiunque lo faccia non troverà una sola frase o una sola parola che conferisca all'Oms alcun potere sugli stati sovrani. I paesi manterranno la loro sovranità. Questo perché sono gli stessi Stati sovrani a scrivere l'accordo. Perché dovrebbero accettare di cedere la sovranità all'Oms? Non possiamo permettere che questo accordo storico, questa pietra miliare nella salute globale, venga sabotato da coloro che diffondono bugie, deliberatamente o inconsapevolmente. Sia chiaro: l'Oms non ha imposto nulla a nessuno durante la pandemia di Covid. Non i blocchi, non gli obblighi sulle mascherine, non gli obblighi sui vaccini. Non abbiamo il potere per farlo, non lo vogliamo e non stiamo cercando di ottenerlo. Il nostro compito è supportare i governi con orientamenti, consigli e, quando necessario, forniture basate sull'evidenza, per aiutarli a proteggere la loro popolazione. Ma le decisioni sono loro. E lo stesso vale per l'accordo sulla pandemia".

"Di fatto, l'Oms non sarà nemmeno parte dell'accordo. I partiti sono governi e solo governi. Lungi dal cedere la sovranità, l'accordo in realtà afferma la sovranità nazionale e la responsabilità nazionale nei suoi principi fondamentali. In effetti, l'accordo è esso stesso un esercizio di sovranità. Riguarda gli impegni che i paesi stanno assumendo per mantenere se stessi e gli altri più al sicuro dalle pandemie. E riconosce che possono farlo solo lavorando insieme. È possibile, o addirittura probabile, che dovremo affrontare un'altra pandemia nel corso della nostra vita.

**Non possiamo sapere quanto lieve o grave potrebbe essere. Ma possiamo essere pronti. Siamo pronti adesso? Non ancora. Ecco perché l'accordo sulla pandemia è fondamentale per l'umanità"**

"È un patto con il futuro: non esporremo le generazioni che ci seguiranno alla stessa sofferenza che abbiamo sopportato noi. Se l'accordo fosse stato in vigore prima del Covid, non avremmo perso così tanto. Ora è il momento che la leadership dei più alti livelli di governo consegni l'accordo sulla pandemia all'Assemblea mondiale della sanità entro 15 settimane. Come generazione che ha vissuto il Covid, abbiamo la responsabilità collettiva di proteggere le generazioni future dalle sofferenze che abbiamo sopportato. Possa la storia registrare che siamo stati all'altezza di questa responsabilità e abbiamo reso il mondo un luogo più sano, più sicuro e più giusto", ha concluso il direttore Oms.

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=120308](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=120308)

## la Repubblica

### L'Ue rivede gli obiettivi di riduzione delle emissioni al 90% entro il 2040

Luca Fraioli

La Commissione pronta a rivedere i target di taglio dei gas serra per vari settori, dall'agricoltura ai trasporti, come raccomandato anche dal Comitato consultivo scientifico europeo sui cambiamenti climatici

Un'altra tappa verso la **decarbonizzazione** dell'Europa: taglio del 90% delle emissioni di gas serra entro il 2040. È questa la raccomandazione che la Commissione Ue rivolge oggi ai Paesi membri dell'Unione. Un obiettivo che, se raggiunto, confermerebbe il Vecchio Continente come leader, almeno sulla carta, nella lotta ai cambiamenti climatici.

Il documento, in realtà analizza tre possibili scenari di riduzione delle emissioni climalteranti: fino all'80%, tra l'85% e il 90% e infine tra il 90% e il 95%. Quest'ultimo è quello coerente con le indicazioni dello European Scientific Advisory Board on Climate Change della Commissione, il team di consulenti ufficiali della Ue per le scienze climatiche.

Dunque il -90% rispetto ai livelli del 1990 non è un capriccio dei commissari, ma il minimo indispensabile secondo la scienza. E, tutto sommato, un passaggio intermedio prevedibile, se di ricorda che l'obiettivo per il 2030, tra appena sei anni, è un taglio del 55% e che entro il 2050 si dovrà centrare il bersaglio di "emissioni nette zero".

Molto è stato fatto: la Ue ha infatti ridotto le proprie emissioni di gas serra del 33% nel 2022, rispetto ai livelli del 1990. Ma il cammino è ancora lungo e impegnativo, considerando soprattutto le resistenze che la decarbonizzazione e la elettrificazione incontrano in ampi settori produttivi (dall'agricoltura ai trasporti) e

della società. Ma la vera incognita è politica: un cambio di maggioranza nel Parlamento europeo dopo l'imminente voto di giugno, con una sterzata a destra, potrebbe rimettere in discussione tutte le politiche green di Bruxelles.

L'obiettivo del -90% raccomandato oggi dalla Commissione trasformerebbe il mix energetico dell'Europa, con l'eliminazione graduale dell'energia da carbone e la riduzione complessiva dell'uso di combustibili fossili dell'80%, sostituiti con energia rinnovabile e nucleare.

A chi protesta per i costi della transizione, la Commissione ricorda, nel documento di oggi, quale prezzo pagheremmo nel caso di mancata lotta al cambiamento climatico, sotto forma di condizioni meteorologiche estreme più distruttive: i costi aggiuntivi potrebbero toccare i 2,4 trilioni di euro entro il 2050 se il riscaldamento globale non fosse limitato a 1,5 gradi Celsius in più rispetto all'era pre-industriale.

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/02/06/news/ue\\_target\\_tagli\\_emissioni-422069048/](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/02/06/news/ue_target_tagli_emissioni-422069048/)

## la Repubblica

### Idrogeno bianco, la nuova corsa ai giacimenti dall'Africa all'Italia

Federico Turrisi

*La recente scoperta di un potenziale deposito in Francia ha riaperto i riflettori sull'idrogeno naturale che si forma nel sottosuolo attraverso reazioni chimiche tra l'acqua e minerali ricchi di ferro. Una risorsa pronta all'uso che si potrebbe rivelare un'alternativa più pulita ed economica rispetto agli altri metodi di produzione*

*Per il suo ruolo strategico nel processo di transizione verso un'economia a zero emissioni, l'idrogeno viene spesso definito "il combustibile del futuro". E il motivo è presto detto. L'idrogeno è in grado di immagazzinare e fornire grandi quantità di energia senza produrre emissioni di CO<sub>2</sub>. Il suo prodotto di scarto è semplicemente acqua.*

*L'idrogeno può costituire un elemento chiave per la [decarbonizzazione](#) di un settore particolarmente inquinante, come quello dei [trasporti](#), responsabile attualmente di circa un quarto delle emissioni totali di gas a effetto serra dell'Ue.*

*Ma può anche diventare un protagonista di primo piano nei settori hard to abate, ovvero quei settori ad alta intensità energetica per cui non esistono opzioni di elettrificazione scalabili, come l'industria dell'acciaio e del cemento.*

#### **I colori dell'idrogeno**

*L'Unione europea ha deciso di puntare soprattutto sull'idrogeno verde.*

*Uno degli obiettivi del piano REPowerEU, presentato dalla Commissione nel maggio 2022 dopo l'invasione russa dell'Ucraina con lo scopo di assicurare sicurezza ed indipendenza energetica all'Europa, è infatti quello di produrre internamente 10 milioni di tonnellate di idrogeno verde e importarne altre 10 milioni di tonnellate entro il 2030.*

*Questa tipologia di idrogeno si ricava attraverso l'elettrolisi dell'acqua, ovvero il processo di scomposizione della molecola H<sub>2</sub>O in ossigeno e idrogeno gassoso. Si tratta di un processo particolarmente energivoro: nel caso dell'idrogeno verde viene impiegata energia elettrica proveniente da fonti rinnovabili.*

*"L'idrogeno può avere un ruolo molto importante se associato allo sviluppo delle energie rinnovabili", spiega Chiara Boschi, ricercatrice dell'Istituto di Geoscienze e Georisorse del CNR.*

*"Il surplus di energia prodotta, che non si può immettere nella rete elettrica, può essere utilizzato per la produzione di idrogeno verde. Quest'ultimo, una volta stoccato, può essere impiegato come vettore energetico nei momenti di maggiore domanda.*

*L'idrogeno insomma può controbilanciare il carattere non programmabile di [energie rinnovabili](#) come il fotovoltaico e l'eolico". Il problema principale dell'idrogeno verde al momento è il costo, che secondo Bloomberg NEF si aggira tra 4,50 e 12 dollari per chilogrammo.*

*Attualmente a livello globale la tipologia più diffusa di produzione dell'idrogeno è invece quella che sfrutta il processo di steam reforming del metano. Un processo che rilascia CO<sub>2</sub>, contribuendo ad aggravare gli effetti del riscaldamento globale.*

*Questo è il cosiddetto idrogeno grigio, che costa tra i 0,98 e i 2,93 dollari al kg. C'è poi l'idrogeno blu, più costoso di quello grigio (da 1,80 a 4,70 dollari al kg) ma meno inquinante: la produzione di idrogeno avviene sempre tramite steam reforming del metano, ma viene associata a sistemi di cattura e stoccaggio dell'anidride carbonica (CCS).*



### **Dove si trova l'idrogeno in natura**

In questa classificazione a colori troviamo anche l'idrogeno bianco, che altro non è che l'idrogeno naturale. Pur essendo l'elemento più abbondante dell'universo, sulla superficie del nostro pianeta l'idrogeno si trova in minor proporzione allo stato elementare, ovvero sotto forma di molecola biatomica  $H_2$ . È invece comunemente legato ad altri elementi, come l'ossigeno (per formare l'acqua) o il carbonio (per formare gli idrocarburi).

In realtà, l'idrogeno naturale è presente in determinati contesti geologici. Per esempio, nelle dorsali oceaniche i minerali delle rocce del mantello che affiorano sui fondali, in particolare l'olivina, si alterano a contatto con l'acqua e ossidando il ferro rilasciano idrogeno sotto forma di molecola  $H_2$ . È quello che si chiama processo di serpentinizzazione.

"Inoltre, la Terra produce idrogeno attraverso altre reazioni chimiche legate sempre all'ossidazione di rocce ricche di minerali di ferro, oppure grazie alla radiolisi dell'acqua (la scissione della molecola d'acqua in idrogeno e ossigeno causata dalla radioattività naturale, ndr) e alla maturazione della materia organica, per esempio in depositi di carbone", prosegue Boschi.

Se volessimo indicare simbolicamente una data di nascita dell'idrogeno bianco, questa è il 1987: nel villaggio di Bourakebougou, in Mali, durante delle attività di perforazione alla ricerca di acqua, a un centinaio di metri di profondità viene scoperto in maniera del tutto accidentale un giacimento di idrogeno naturale intrappolato nelle rocce del sottosuolo.

Ad oggi quello di Bourakebougou è l'unico giacimento di idrogeno nativo sfruttato nel mondo: da poco più di un decennio ne produce circa 5 tonnellate all'anno, con una purezza del 98%, fornendo energia pulita ai villaggi della regione.

Lo scorso anno si è verificata un'altra scoperta fortuita, questa volta in Europa e precisamente nella regione francese della Lorena.

I ricercatori del laboratorio GeoRessources dell'Università della Lorena e del CNRS (il Centro Nazionale di Ricerca Scientifica francese) stavano effettuando delle analisi in dei vecchi bacini carboniferi per valutare la possibilità di estrarre metano in loco e scendendo in profondità hanno rilevato percentuali sempre più elevate di idrogeno naturale.

La stima degli esperti francesi (ancora da verificare) è che il giacimento lorenese possa contenere fino a 46 milioni di tonnellate di  $H_2$ , pari a quasi la metà dell'attuale produzione mondiale di idrogeno in un anno

### **Una nuova "corsa all'oro"?**

L'interesse per l'idrogeno bianco è in forte crescita. "La vera rivoluzione è che non si tratta di un vettore energetico come gli altri tipi di idrogeno a colori, ma di una risorsa pronta all'uso, una vera e propria fonte energetica a basso costo e a zero emissioni di carbonio", sottolinea la ricercatrice del CNR. Nel mondo è dunque partita la caccia al tesoro e di conseguenza aumentano i player del settore, attirando investimenti sempre più consistenti.

La startup NH2E è stata la prima ad avviare un progetto pilota per l'esplorazione di idrogeno naturale negli Stati Uniti, più precisamente in Nebraska. Lo scorso luglio la start-up Koloma, con base a Denver, ha annunciato di aver ottenuto un finanziamento di 91 milioni di dollari per la ricerca di possibili giacimenti sempre negli Stati Uniti. Tra gli investitori c'è anche Breakthrough Energy Ventures, il fondo climatico lanciato da Bill Gates.

Tra le altre realtà attive ci sono le australiane HyTerra e Gold Hydrogen, la britannica Earth Source Hydrogen e Hydroma, società con base a Montreal guidata dall'imprenditore africano Aliou Diallo, che sta sfruttando il già citato giacimento di Bourakebougou.

Guardando all'Europa, l'azienda più intraprendente è la spagnola Helios Aragon, che è intenzionata a sviluppare il primo progetto di produzione di idrogeno naturale nel sito di Monzon (in Aragona): le trivellazioni esplorative potrebbero partire già entro la fine di quest'anno.

Tuttavia, i punti interrogativi sono ancora numerosi.

A differenza del giacimento scoperto in Mali, in cui l'idrogeno è quasi puro, nella maggior parte dei casi l'idrogeno naturale si trova combinato a una miscela di altri gas. Per estrarlo occorrerebbero quindi appositi sistemi di purificazione, che potrebbero far aumentare i costi e complicare lo sfruttamento industriale di un eventuale giacimento.

Resta ancora da capire, inoltre, il meccanismo di formazione dei serbatoi di idrogeno naturale e la velocità con cui si rigenerano. O ancora, i ricercatori si stanno chiedendo se sia possibile sfruttare un giacimento a lungo termine e migliorarne artificialmente la produzione.

Domande a cui è necessario dare una risposta, se si vuole dare all'idrogeno naturale lo statuto di fonte energetica rinnovabile in grado di supportare la [transizione ecologica](#).

### **Uno sguardo all'Italia: il progetto NHEAT**

Anche l'Italia partecipa alla corsa per l'idrogeno. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza riserva complessivamente 3,64 miliardi di euro per promuovere l'industria dell'idrogeno nel nostro Paese. Finanziato con i fondi PRIN-PNRR è il progetto NHEAT (Natural Hydrogen for Energy trAnsiTion), che ha preso il via alla fine del 2023 e vede coinvolti per i prossimi due anni ricercatrici e ricercatori dell'Istituto di Geoscienze e Georisorse e dell'Istituto di Geologia ambientale e Geoingegneria del CNR, in collaborazione

con il Dipartimento di Scienze della Terra dell'Università La Sapienza di Roma e con la sezione INGV di Palermo.

"In Italia - in particolare nell'area tirrenica - ci sono tutti gli ingredienti per la formazione di idrogeno naturale, soprattutto tramite l'ossidazione di minerali di ferro; ma la ricetta è ancora mancante", spiega Boschi.

Il progetto NHEAT prevede lo studio dell'esplorazione di idrogeno bianco in due aree, in Liguria e nel Lazio, caratterizzate da rocce serpentinitiche e rocce basaltiche molto ricche di minerali di ferro. "Utilizzeremo come "sentinelle" le zone di faglia perché sono aree preferenziali di fuoriuscita di gas e fluidi, al fine di individuare emissioni passate o presenti di H<sub>2</sub> che ci riconducano a processi di formazione di idrogeno naturale in profondità.

Lo scopo finale del progetto è proprio quello di migliorare la nostra conoscenza su tali processi". La ricerca di nuovi serbatoi sfruttabili di idrogeno bianco è solo agli inizi, in Italia e nel mondo. Ma c'è da scommettere che ne sentiremo parlare molto nei prossimi anni.

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/02/20/news/idrogeno\\_bianco\\_cose\\_giacimenti\\_italia\\_mondo-422121038/](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/02/20/news/idrogeno_bianco_cose_giacimenti_italia_mondo-422121038/)

## CORRIERE DELLA SERA

### Amazzonia, la previsione (choc) di Nature: «Nel 2050 il punto di non ritorno e collasso dell'ecosistema»

Paolo Virtuani

*L'allarmante studio pubblicato dalla rivista scientifica: dal 10 al 47% della foresta potrebbe raggiungere un punto critico a causa di scarsità di acqua, deforestazione e cambiamenti climatici*

Scarsità di acqua, deforestazione e cambiamenti climatici. Il combinato di questi tre elementi potrebbe portare nel 2050 al collasso della [foresta dell'Amazzonia](#), il polmone verde del pianeta. Lo indica uno [studio internazionale, pubblicato su Nature](#), guidato dall'Università brasiliana federale di Santa Caterina, secondo il quale dal 10% al 47% dell'ecosistema rischia di raggiungere il cosiddetto «[punto di non ritorno](#)», oltrepassato il quale è molto difficile — se non impossibile per un lungo periodo — invertire la rotta e tornare alle condizioni originali.

#### Il precedente studio

Un precedente [studio del 2018 su Science Advances aveva indicato che il punto critico era la deforestazione del 40% della superficie](#): in questo caso l'Amazzonia centrale, orientale e meridionale avrà una stagione delle piogge diminuita e una stagione secca più lunga, mentre la vegetazione delle aree meridionali e orientali diventerà più simile a una savana.

#### Deforestazione

La foresta amazzonica ospita il 10% della biodiversità terrestre, immagazzina carbonio per una quantità pari alle emissioni globali di 15-20 anni e contribuisce in modo decisivo a stabilizzare il clima della Terra. Ora siamo al 20-25% di deforestazione.

#### I 9 punti di non ritorno

Nel 2013 Tim Lenton dell'Università di Exeter aveva indicato [nove punti critici](#) oltrepassati i quali avviene il tracollo degli ecosistemi terrestri:

- 1 - scioglimento del ghiaccio marino artico
- 2 - scioglimento della calotta della Groenlandia
- 3 - diminuzione delle foreste boreali
- 4 - scioglimento del permafrost
- 5 - diminuzione e arresto di Amoc-Atlantic Meridional Overturning Circulation, di cui fa parte la Corrente del Golfo
- 6 - distruzione della foresta pluviale amazzonica

- 7 - moria dei coralli di acque tropicali
- 8 - crollo della calotta antartica occidentale
- 9 - crollo di parte della calotta antartica orientale

Lo scorso autunno a Cop28 a Dubai il rapporto [Global Tipping Point](#), realizzato da oltre 200 ricercatori di 26 Paesi, ha segnalato che è ormai prossimo il superamento di cinque punti critici: 1, 4, 5, 7 e 8.

<https://www.corriere.it/cronache/24-febbraio-14/amazzonia-previsione-choc-nature-nel-2050-punto-non-ritorno-collasso-dell-ecosistema-2f0f46d0-cb49-11ee-9708-e0c8616c74ac.shtml>

## la Repubblica

### **Il 47% della Foresta amazzonica è a rischio: entro il 2050 il punto di non ritorno**

**Luca Fraioli**

*Uno studio del Potsdam Institute for Climate Impact Research rivela le condizioni drammatiche del più grande polmone verde della Terra: "Se non lo salviamo, ci sarà un collasso su larga scala di tutto il sistema climatico"*

*Quasi la metà della Foresta amazzonica è gravemente minacciata dal cambiamento climatico e dallo sfruttamento del suolo. E se si dovesse superare il punto di non ritorno, potremmo assistere a un collasso su larga scala di tutto il sistema climatico.*

*È questo l'allarmante contenuto di uno [studio scientifico](#) appena pubblicato sulla rivista Nature da un team internazionale che include anche i ricercatori del Potsdam Institute for Climate Impact research, diretto da Johan Rockstrom, tra i massimi esperti mondiali di scenari climatici.*

*La ricerca rivela che fino al 47% della Foresta amazzonica è minacciata. E individua le "soglie" climatiche e di utilizzo del territorio che non andrebbero oltrepassate per mantenere l'Amazzonia resiliente. "L'Amazzonia sud-orientale immagazzinava carbonio, ora invece è diventata una fonte, emette CO<sub>2</sub>", spiega Boris Sakschewski, uno degli autori. "Questo significa che l'attuale livello di pressione umana è troppo elevato perché la regione possa mantenere il suo status di foresta pluviale a lungo termine". Ma non è solo questo il problema. "Poiché le foreste pluviali arricchiscono l'aria con molta umidità, che costituisce la base delle precipitazioni nell'ovest e nel sud del continente", continua Sakschewski, "la perdita di foreste in un luogo può portare alla perdita di foreste in un altro".*

*Secondo lo studio pubblicato su Nature, l'aumento delle temperature, la siccità, la deforestazione e gli incendi stanno indebolendo i meccanismi naturali di resilienza dell'Amazzonia, spingendola verso una soglia critica: entro il 2050, tra il 10 e il 47% della Foreste amazzonica sarà minacciato da crescenti anomalie, rischiando di superare un punto di non ritorno.*

*Gli autori della ricerca suggeriscono dunque limiti sicuri da rispettare in modo da mantenere l'Amazzonia resiliente, per ciascuno dei cinque fattori critici: il riscaldamento globale, la quantità annuale di precipitazioni, l'intensità della stagionalità delle precipitazioni, la durata della stagione secca e la deforestazione.*

*"Abbiamo scoperto, ad esempio, che per precipitazioni medie annue inferiori a 1000 millimetri all'anno, la foresta amazzonica non può esistere", dice Da Nian, altro autore dello studio e membro dell'Istituto di Potsdam. "Tuttavia, già al di sotto dei 1800 millimetri all'anno, diventano possibili brusche transizioni dalla foresta pluviale a una vegetazione simile alla savana. Ciò può essere innescato da singoli periodi di siccità o da incendi boschivi, che negli ultimi anni sono diventati più frequenti e più gravi".*

*L'Amazzonia, nel suo complesso, immagazzina carbonio equivalente a 15-20 anni delle attuali emissioni di CO<sub>2</sub> umane. La perdita di foresta amazzonica quindi aggrava ulteriormente il riscaldamento globale e ne intensifica le conseguenze.*

*Il deterioramento della foresta pluviale è ormai irreversibile? Lo studio prova a rispondere elaborando delle simulazioni: in certe condizioni, la foresta potrebbe riprendersi in futuro, ma rimanere comunque intrappolata in uno stato degradato, dominato da piante opportunistiche, come le liane o i bambù. In altri scenari, la foresta non si riprende più e rimane intrappolata in uno stato vulnerabile agli incendi. L'espansione di ecosistemi aperti e infiammabili è particolarmente preoccupante, perché possono diffondere gli incendi alle foreste adiacenti.*

"Per mantenere la foresta amazzonica entro confini sicuri, è necessario combinare gli sforzi locali e globali", conclude il coautore Niklas Boers. "La deforestazione e il degrado forestale devono finire e il ripristino deve espandersi. Inoltre, occorre fare molto di più per fermare le emissioni di gas serra in tutto il mondo".

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/02/14/news/foresta\\_amazzonica\\_punto\\_di\\_non\\_ritorno-422128119/](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/02/14/news/foresta_amazzonica_punto_di_non_ritorno-422128119/)

**quotidianosanita.it**

## **A Bruxelles la conferenza “Prospettive di Ricerca sugli Impatti sulla Salute del Cambiamento Climatico”: la salute deve essere uno dei motori dell’azione climatica globale**

**Flavia Riccardo**

*Referente nazionale per le malattie emergenti e trasmesse da vettori presso il Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, Dipartimento Malattie Infettive. Istituto superiore di sanità*

**Luca Lucentini**

*Direttore del Centro nazionale per la sicurezza delle acque. Istituto superiore di sanità*

*La conferenza riunisce i principali settori del mondo della scienza e della finanza, insieme a responsabili politici chiamati a riflettere sulle sfide attuali e sulle priorità della ricerca nell’ambito del cambiamento climatico e della salute. Obiettivo della conferenza è anche supportare il lancio di un’agenda strategica di ricerca e innovazione che identificherà temi prioritari per gli anni a venire sulla ricerca in tema di cambiamento climatico e la salute.*

**19 FEB -**

*In una iniziativa senza precedenti, oltre 200 tra le principali riviste scientifiche di ambito medico, tra cui The Lancet e British Medical Journal hanno di recente pubblicato in contemporanea un editoriale per lanciare una richiesta di azione urgente, rivolta in particolare ai decisori politici, perché vengano prese misure efficaci per contrastare l'emergenza climatica<sup>[1]</sup>. Il cambiamento climatico è riconosciuto come una sfida esistenziale e globale che ha introdotto pressioni senza precedenti sul pianeta che stanno producendo conseguenze significative per la salute umana.*

*Il tema è anche al centro della Conferenza di vertice su “Prospettive di Ricerca sugli Impatti sulla Salute del Cambiamento Climatico” che si tiene a Bruxelles il 19 e 20 febbraio 2024. In questa sede si approfondirà come la ricerca e l'innovazione possano avere un ruolo fondamentale per migliorare la comprensione, identificare le opportunità di prevenzione e identificare strategie per ridurre l'impatto sulla salute di minacce emergenti. Allo stesso tempo è una opportunità per identificare quali lacune di conoscenza devono essere colmate e per definire opportunità di innovazione ad oggi inesprese.*

*La conferenza riunisce i principali settori del mondo della scienza e della finanza, insieme a responsabili politici chiamati a riflettere sulle sfide attuali e sulle priorità della ricerca nell’ambito del cambiamento climatico e della salute. Obiettivo della conferenza è anche supportare il lancio di un’agenda strategica di ricerca e innovazione che identificherà temi prioritari per gli anni a venire sulla ricerca in tema di cambiamento climatico e la salute.*

*L’evento mira a potenziare e rendere più visibile il ruolo della salute, che finora non ha giocato un ruolo significativo nelle politiche, come uno dei motori dell’azione climatica globale in un quadro One Health . In particolare, la conferenza presenterà sessioni organizzate sotto diversi temi: Tema 1: Impatti a breve e lungo termine del cambiamento climatico; Tema 2: Cambiamento climatico nel contesto di altri fattori di stress ambientali; Tema 3: Cambiamento climatico e il settore della salute; Tema 4: Un’agenda di ricerca globale sul cambiamento climatico e la salute*

*A cura dell’Istituto Superiore di Sanità è previsto un contributo nella seconda sessione tematica dedicata a cambiamento climatico e malattie infettive in cui verrà affrontato l’impatto del cambiamento climatico sul rischio di diffusione in Europa delle malattie trasmesse da artropodi vettori (come ad esempio le zanzare, le zecche o i flebotomi) e di come la ricerca e l’innovazione possano supportare la prevenzione, la preparazione e la risposta della sanità pubblica. Questo è un tema particolarmente rilevante a livello nazionale. Infatti in Italia negli ultimi anni sono stati documentati i primi, limitati, focolai epidemici causati da patogeni precedentemente considerati un rischio unicamente associato a viaggi internazionali, come ad esempio il virus dengue ed il virus chikungunya, trasmessi localmente dalla zanzara Ae. Albopictus (nota anche come la “zanzara tigre”) diffusa stabilmente sul territorio nazionale.*

Un intervento specifico degli esperti ISS si colloca anche nella sessione incentrata sul ruolo delle pressioni correlate al clima e altri importanti fattori ambientali come la sicurezza delle acque. Vengono qui condivise le esperienze nazionali sui nuovi approcci olistici inquadrati nell'approccio "one water", focalizzati sull'analisi del rischio disegnata su modelli evidence-based, ad advocacy sanitaria mediante interventi sinergici a carattere multidisciplinare e multisettoriale, in particolare i piani di sicurezza dell'acqua e dei servizi igienico-sanitari. È quindi enfatizzata la necessità indifferibile di colmare le lacune tra la ricerca e i processi decisionali, in particolare nel contesto dei cambiamenti climatici e ambientali globali che influenzano l'accesso all'acqua potabile e direttamente e indirettamente la salute umana. Ogni notizia sulla Conferenza e la possibilità di seguire i lavori al link: [https://research-and-innovation.ec.europa.eu/events/upcoming-events/research-perspectives-health-impacts-climate-change-2024-02-19\\_en](https://research-and-innovation.ec.europa.eu/events/upcoming-events/research-perspectives-health-impacts-climate-change-2024-02-19_en)

[1] <https://www.bmi.com/content/374/bmi.n2177>  
[https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=120287](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=120287)

**quotidianosanita.it**

## Da clima a salute digitale, Oms Europa e Commissione Europea rafforzano la cooperazione

Si sono incontrati pochi giorni fa la commissaria europea per la salute e la sicurezza alimentare **Stella Kyriakides**, il direttore generale per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione europea **Sandra Gallina** e il direttore regionale dell'Oms per l'Europa **Hans Henri P. Kluge**.

**07 FEB** - Si rafforza la partnership di lunga data fra Oms e Commissione europea su questioni come il cambiamento climatico, la salute digitale, la resistenza antimicrobica e il personale sanitario e assistenziale, il tutto saldamente basato su obiettivi comuni di miglioramento della salute pubblica in Europa.

È di pochi giorni fa l'incontro fra la commissaria europea per la salute e la sicurezza alimentare **Stella Kyriakides**, il direttore generale per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione europea **Sandra Gallina** e il direttore regionale dell'Oms per l'Europa **Hans Henri P. Kluge**: insieme - riporta una nota dell'Oms - hanno riflettuto sull'ulteriore rafforzamento della loro collaborazione strategica alla luce delle attuali questioni chiave della sanità pubblica.

L'incontro ha visto stringere accordi su un partenariato più stretto in aree prioritarie di interesse condiviso, tra cui la sicurezza contro le emergenze e le minacce sanitarie; sistemi sanitari accessibili, resilienti e innovativi; una risposta globale alle malattie non trasmissibili con un focus particolare sul cancro; la cooperazione con i paesi non appartenenti all'Unione Europea (UE) nella Regione europea dell'Oms, compresi gli Stati membri che intendono aderire all'UE, che l'Oms può assistere nell'allineamento della legislazione nazionale e nell'avanzamento delle riforme sanitarie. “

Nel nostro attuale contesto geopolitico complesso, è ancora più importante contare su una solida governance sanitaria multilaterale. L'Oms/Europa è un importante partner strategico per la Commissione europea e, insieme, stiamo affrontando questioni di interesse regionale e globale per migliorare la vita dei cittadini”, ha affermato il commissario **Kyriakides**.

La pandemia di Covid ha portato a una cooperazione ancora più stretta poiché i sistemi sanitari degli Stati membri europei dell'Oms – 27 dei quali sono anche Stati membri dell'UE – sono stati messi alla prova in termini di preparazione e risposta alle emergenze. Già nel 2020, quando il virus Sars-CoV-2 stava causando un caos sociale, economico e culturale senza precedenti nella regione, la Commissione Europea e l'Oms/Europa hanno rilasciato una dichiarazione congiunta per rafforzare la loro partnership nel contesto pandemico, ricorda la nota.

Oggi, la cooperazione tra le organizzazioni comporta allineamenti politici, standard e norme comuni, sostegno nei forum multilaterali come il G20/G7 e altre iniziative globali sulla salute, eventi congiunti globali e regionali, sostegno a progetti che promuovono la copertura sanitaria universale e il rafforzamento dei sistemi sanitari. e assistenza tecnica e servizi nei paesi.

Infine, la collaborazione tra Oms/Europa e UE non è solo politica e tecnica, ma si è tradotta anche in una crescente cooperazione finanziaria, con l'UE e i suoi Stati membri che contribuiscono maggiormente all'Oms/Europa.

La Commissione europea è il nostro partner principale”, ha spiegato **Kluge**. “Più importanti del sostegno finanziario sono i valori condivisi che guidano la nostra collaborazione. Questo dialogo strategico è una grande opportunità per fare il punto sul nostro lavoro congiunto su tutti questi fronti, per discutere i risultati

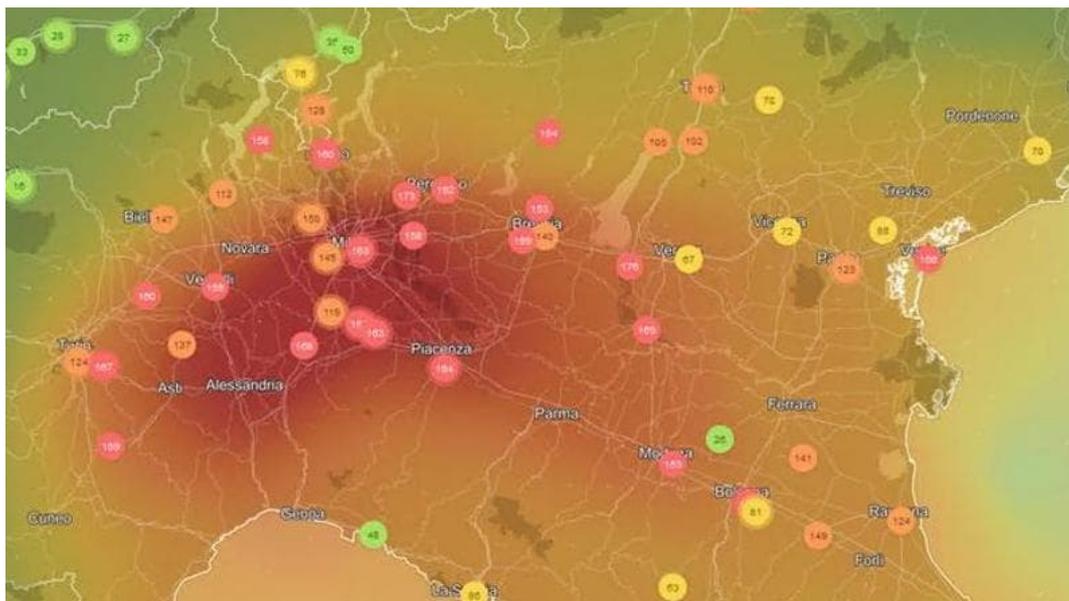
chiave del nostro partenariato, ma anche per concordare aree e direzioni in cui dobbiamo accelerare o ampliare la nostra cooperazione”.

[https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=120017](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=120017)

## la Repubblica

### "Milano paragonata a Delhi per l'inquinamento atmosferico: la crisi del clima non aiuta a respirare"

Giacomo Talignani



Il Fisico del Clima del Cnr Antonello Pasini spiega cosa sta accadendo in Pianura Padana. "L'unica soluzione per limitare l'impatto dello smog? Fermare le emissioni"

Da una parte classifiche di aziende private, come quelle di IQAir, che osservando i valori di **polveri sottili** paragonano per smog **Milano a città come Delhi o Dacca**, tra le più inquinate al mondo. Dall'altra le cifre respinte dal sindaco del capoluogo lombardo Giuseppe Sala, che parla di "notizie da social" e racconta come al contrario si stia lavorando per migliorare la qualità dell'aria in Pianura Padana. Dati e indicazioni diverse, chiaribili forse soltanto affidandosi alla scienza, "perché per la morfologia della Pianura, per come sono cambiati gli inquinanti e le temperature, per migliorare la qualità dell'aria c'è ben poco che si possa fare se non diminuire drasticamente le emissioni", spiega il Fisico del Clima del Cnr Antonello Pasini.

Come è cambiata negli anni la qualità dell'aria della Pianura Padana? Migliorata o peggiorata? Quali sono i fattori che incidono di più sull'inquinamento?

"Ovviamente rispetto ai periodi del passato più inquinati, e mi riferisco agli anni Sessanta e Settanta per esempio, la situazione è cambiata. Direi che la qualità dell'aria è in generale migliorata, ma ci sono aspetti critici legati all'innalzamento delle temperature e non solo.

Ci sono due fattori fondamentali rispetto a cinquant'anni fa: il cambiamento climatico che porta a un aumento importante delle temperature da una parte e dall'altra la diminuzione di un inquinamento di tipo particolare, come quello legato ai riscaldamenti a carbone di una volta.

Quando si brucia il carbone vengono fuori particelle che fanno molto da nuclei di condensazione, per esempio raccolgono le goccioline d'acqua, dando vita a quei nebbioni di un tempo che oggi sono meno presenti. Senza questo tipo di nuclei, e in generale gli effetti legati al riscaldamento a carbone, l'inquinamento di Pm, come le Pm10, è sicuramente diminuito negli ultimi decenni, così come la nebbia.

Dunque la qualità dell'aria è migliorata a Milano negli ultimi anni, ma certi valori ci appaiono più alti perché contemporaneamente sono diminuiti i limiti europei di particolato e, essendo aumentate le temperature, si verificano determinati periodi in cui il fenomeno smog appare più intenso".

In pochi giorni i valori possono avere grandi variazioni.

Da cosa dipende?

"Il problema è che nel momento in cui arriva un anticiclone molto forte, persistente, il bacino padano avendo una morfologia particolare va in sofferenza.

Di notte arrivano le inversioni termiche e quello che viene messo al suolo non riesce a disperdersi in atmosfera: quando viene messo un inquinante al suolo questo infatti sale, ma salendo si raffredda, e a un certo punto diventa più freddo - che vuol dire più pesante - dell'aria circostante, e ricade al suolo.

Di conseguenza tutto rimane confinato in questa camera con soffitto che non fa disperdere inquinanti al di sopra e si crea la cosiddetta cappa. Di giorno invece la luce del Sole va a riscaldare la terra e solitamente aiuta a migliorare la situazione, ma talvolta - come di recente - c'è una nebbia così densa che il Sole non riesce a forarla e lo strato di inquinamento permane anche di giorno, magari a lungo. Notte, giorno, temperature e ovviamente pioggia, sono tutti fattori che possono peggiorare o migliorare le condizioni". Nonostante le politiche locali, migliorare le condizioni dell'aria è decisamente complesso. Ci sono soluzioni che possono davvero aiutare a far respirare meglio in Pianura Padana?

"Come detto, la Pianura Padana in determinati casi diventa una camera di reazione chimica, tutto rimane lì e c'è poco da fare per cambiare le cose, se non una: diminuire le emissioni inquinanti. S e non emetti o emetti di meno mandi meno inquinanti in atmosfera e la concentrazione non aumenta. Sembra banale dirlo, eppure lo abbiamo visto anche con il lockdown come dopo 15 giorni l'aria di certe città era più pulita, perché gli inquinanti legati al traffico veicolare hanno un tempo di vita di una decina di giorni e quindi con un blocco continuato solitamente le condizioni migliorano. Però non c'è solo il traffico, pensiamo ad esempio alle emissioni e agli impatti degli impianti di riscaldamento, oppure le emissioni industriali". Nel breve termine invece quando potrebbero abbassarsi i valori pericolosi di questi giorni? Cosa porterà la primavera?

"Con la primavera dovrebbe aumentare ulteriormente la temperatura ma l'aria potrebbe muoversi di più, il che è un bene. A livello di anticicloni africani è difficile sapere ora cosa accadrà e se e quando ci saranno: di fatto la loro presenza è sempre più costante, aumenta, e con loro aumenta l'aria stagnante. Se torneranno a farsi sentire, allora la situazione sarà complessa, ma in generale la primavera porta più variabilità: già da giovedì e venerdì per esempio una perturbazione forte è attesa in Pianura Padana e la pioggia aiuterà a lavare l'atmosfera. Dunque le condizioni dovrebbero migliorare".

Milano paragonata all'India, oppure alle inquinate città cinesi. Le fa impressione?

"Certo, è un paragone che colpisce. Ma bisogna ricordarsi che Milano, come le altre città della Pianura Padana, è in una situazione morfologica particolare: una sorta di catino contornato da Alpi ed Appennini con uno sbocco sul mare solo in Adriatico. In Italia di norma abbiamo correnti che solitamente arrivano da ovest o sud-ovest, talvolta da nord, ma la Pianura Padana è poco interessata perché sempre sempre protetta. Senza queste correnti possiamo sperare nella pioggia, che è sempre meno, oppure in un aiuto dal Foehn, che spazza via le precedenti condizioni stagnanti, ma in questo momento purtroppo non è previsto. Dunque in generale, se siamo alla ricerca di reali soluzioni, c'è poco da fare, se non ridurre le emissioni".

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/02/19/news/inquinamento\\_smog\\_milano\\_crisi\\_climatica-422164160/?ref=RHLF-BG-P2-S2-T1](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/02/19/news/inquinamento_smog_milano_crisi_climatica-422164160/?ref=RHLF-BG-P2-S2-T1)

## Sanità pubblica e privata



### Aiop presenta il 3° Bilancio Sociale e apre il dibattito sulle fake news in sanità

Aiop, l'Associazione Italiana delle aziende sanitarie e territoriali e delle aziende socio-sanitarie residenziali e territoriali di diritto privato, ha presentato a Roma, nel corso dell'evento "Le fake news in Sanità", il 3° Bilancio Sociale, nel quale si dà conto del contributo dell'Associazione e delle strutture ospedaliere alla sanità pubblica e dell'impatto, diretto e indiretto, che l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie genera sulla comunità di riferimento.

La terza edizione del Bilancio Sociale AIOP è stata anche l'occasione per riflettere sulla disinformazione in sanità e sugli effetti che una comunicazione distortiva produce nella lettura del sistema salute e quindi nelle scelte politiche che lo governano.

*Il contributo di AIOP al SSN*

Quando si parla di Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si fa riferimento alla sua componente di diritto pubblico e a quella di diritto privato, poste entrambe al servizio della funzione pubblica di tutela della salute: la parte accreditata oggi assicura più di 1/4 dei ricoveri nazionali, impiegando circa 1/10 della spesa complessiva.

Come certificato dal 3° Bilancio Sociale, il valore aggiunto economico del settore privato si traduce nella capacità di creare ricchezza a vantaggio dei diversi stakeholder e della comunità di riferimento: il 92% di tutto il valore economico generato dalla componente di diritto privato del SSN viene ridistribuito al territorio, sotto forma di indotto per la filiera di produzione (96mila fornitori diretti nelle sole strutture del campione), di coinvolgimento di professionisti (per un totale di oltre 73mila unità), di gettito fiscale e di contributo al Terzo Settore. Nell'8% che viene trattenuto, inoltre, occorre considerare tutti gli investimenti in Ricerca&Sviluppo e in ammodernamento degli ambienti e delle tecnologie.

### **Sanità e fake news**

*Perché si continua a parlare di sanità privata (la sanità a pagamento) per fare riferimento alle strutture di diritto privato della sanità pubblica (finanziata attraverso la fiscalità generale, con un meccanismo di contribuzione progressiva)?*

*Perché si continua a dire che le strutture private accreditate selezionano le prestazioni meno complesse più remunerative quando le evidenze dicono il contrario?*

*Perché si persevera con un approccio ideologico e con la sterile e dannosa contrapposizione pubblico-privato accreditato quando le criticità - iniquità di accesso alle cure per liste d'attesa non governate, rinuncia alle cure, ricorso alla sanità a pagamento, mobilità passiva non fisiologica, inefficienze e sprechi - dovrebbero indurre a potenziare la sinergia tra le due componenti del sistema?*

Secondo **Barbara Cittadini**, presidente nazionale AIOP "la scelta di coniugare la presentazione del 3° Bilancio Sociale AIOP al tema delle fake news in sanità nasce dal desiderio di raccontarci per il valore che creiamo e che possiamo, ulteriormente, creare per promuovere una sanità pubblica, efficiente, solidale ed equa, in un contesto nel quale aumenta la nostra attenzione al tema della qualità di vita nel nostro Paese, oltre che al tema ambientale, generazionale e di genere. Parlare di componente di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale - ha precisato Cittadini - vuol dire ancorare la natura delle strutture private accreditate e ogni intervento al corretto perimetro di riferimento, quello della Sanità pubblica. Quante volte sentiamo parlare impropriamente di "privatizzazione" della sanità? Quante volte leggiamo articoli nei quali si confonde il "privato" inteso come natura giuridica di una parte delle strutture del SSN e "privato" quale forma di fuoriuscita dallo schema universalistico e solidale di Sanità. È successo, ancora una volta, la scorsa settimana nell'ambito di un question time alla Camera dei Deputati, a commento della modifica - introdotta nell'ultima manovra di Bilancio - del tetto di spesa all'acquisto di prestazioni da erogatori di diritto privato, congelato al 2011. Questo intervento invece permetterà di prendere in carico più pazienti, curare di più, ridurre le liste d'attesa, continuando ad assicurare prestazioni complesse e di provata efficacia clinica" ha concluso la presidente di AIOP.

**Francesco Zaffini**, presidente della 10<sup>a</sup> Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, Senato della Repubblica, ha spiegato che "per il contrasto alle fake news in sanità dovremmo prevedere provvedimenti specifici, ma qui lavoriamo su un terreno scivoloso, perché da un lato si deve garantire libertà di espressione e di stampa e, dall'altro, bisognerebbe evitare, in un momento di difficoltà della nostra sanità nazionale, di dare addosso a questo nostro SSN, che invece è veramente glorioso e rappresenta un'eccellenza nel panorama europeo e internazionale, soprattutto grazie a chi ci lavora dentro".

**Sandra Zampa**, segretario gruppo PD, componente della 10<sup>a</sup> Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, Senato della Repubblica, ha osservato: "La politica fa molte promesse che spesso vengono disattese. La sanità è un tema che chiama in causa le nostre coscienze ed è certamente uno dei punti dolenti nell'opinione pubblica. I cittadini si aspettano qualcosa di più considerati gli impegni presi durante l'esperienza pandemica. Allarmano la riduzione delle risorse e la difficoltà delle Regioni nel far fronte al problema delle liste d'attesa e della tutela del personale".

Secondo **Ylenia Lucaselli**, capogruppo FdI, V Commissione Bilancio, Tesoro e Programmazione, Camera dei Deputati "oggi, quando si parla di sanità lo si fa in maniera troppo approssimativa e divulgando notizie non veritiere, a partire da quella sul personale medico: si dice che in Italia ci siano pochi investimenti per la loro assunzione e questo non è vero. In realtà, la componente di diritto pubblico non ha utilizzato fondi stanziati per 3 miliardi di euro. Il tema vero riguarda la formazione e l'assenza di competenze. Quindi, questa è già una fake news così come quella secondo la quale la sanità privata sarebbe un contraltare di quella

pubblica, quando noi sappiamo benissimo che è un supporto fondamentale, un asse centrale per il mantenimento degli standard qualitativi”.

Per **Tonino Aceti**, presidente Salutequità “le fake news sono un fenomeno rischioso per il diritto alla salute e per la sanità pubblica. Tutte le scelte di policy rispetto al Servizio Sanitario Nazionale devono essere guidate innanzitutto dalle evidenze, che devono indirizzare l’agire anche di tutti gli stakeholder. Noi, ad oggi, abbiamo utilizzato solo in piccola parte il privato accreditato, e molte Regioni in modo residuale, per recuperare le liste d’attesa. Le Regioni che hanno colto meno questa opportunità sono anche quelle che hanno “recuperato” meno prestazioni e non hanno utilizzato molte risorse che lo Stato aveva stanziato proprio in questo senso. Tale evidenza non è mai stata al centro del dibattito lasciando spazio alle fake news e questo è un danno per i cittadini e per il SSN”.

Per **Luca Del Vecchio**, direttore Area Politiche per il Digitale e Filiere, Scienze della Vita e Ricerca, Confindustria, “le politiche della salute si intrecciano con molte altre politiche pubbliche. Si tratta, tuttavia, di un terreno sul quale si acuiscono gli scontri. Il presunto conflitto tra privato e pubblico è una delle tante fake news in circolazione. Le politiche pubbliche iniziano ad essere fondate su misure oggettive elaborate da soggetti tecnici come Agenas. Questo ha determinato un mutamento di cognizione e l’assunzione di iniziative coerenti da parte della maggioranza. Pensiamo al superamento del tetto di spesa”.

**Anna Maria Bencini**, Farindustria, ha rilevato che “le fake news sono un problema ricorrente, che in questo momento non affligge solamente la sanità. Nell’ambito sanitario, le notizie false rappresentano un grande pericolo perché possono creare mancanza di fiducia nella scienza e anche problemi di salute pubblica. Il ruolo di Farindustria, in questo senso, è fondamentale perché l’industria farmaceutica è importante per la comunicazione sanitaria ed è infatti regolata da un codice di condotta molto rigoroso. Le informazioni che ci arrivano sono sempre verificate in ogni loro aspetto”.

**Andrea Mandelli**, presidente FOFI, ha dichiarato: “In un mondo sempre più globale e virtuale, i cittadini sono bombardati da informazioni sui temi di salute e la rete è diventata un veicolo privilegiato di disinformazione. Cercare di rimuovere le asimmetrie informative è un impegno che coinvolge in prima persona i farmacisti in virtù del rapporto di fiducia e di vicinanza con la cittadinanza. L’informazione e l’educazione dei pazienti, il contrasto alle fake news veicolate da ‘Dottor Google’ e dai Social, sono parte integrante della nostra attività quotidiana, che perseguiamo attraverso l’ascolto e il dialogo costanti, la rassicurazione dei cittadini e l’invito a rivolgersi sempre a fonti autorevoli per la ricerca di informazioni in tema di salute e di terapie”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-01-31/aiop-presenta-3-bilancio-sociale-e-apre-dibattito-fake-news-sanita-152502.php?uuid=AFenmBYC&cmpid=nlqf>

**PS PANORAMA DELLA SANITÀ**  
INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

## **Pubblico e privato**

Feb 23, 2024 | Editoriali, Evidenza

*Anche padre Virginio Bebber, presidente dell’Aris, l’associazione delle strutture sanitarie di ispirazione religiosa, lamenta la riduzione delle tariffe delle prestazioni ambulatoriali che, con l’annoso blocco dei budget, rischia di minare l’efficienza del settore*

**Giovanni Monchiero**, Editorialista Panorama della Sanità

*La protesta segue quella dell’Aiop, il privato laico, che al tema aveva, nelle scorse settimane, dedicato anche un convegno.*

*Nel momento di massima crisi della capacità del Ssn di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie riconosciute dai Lea, penalizzare la componente privata convenzionata appare misura clamorosamente contraddittoria. Certo, ci sono conti da quadrare, ma la riduzione di tariffe ritenute poco remunerative non gioverà né al numero delle visite né alla loro accuratezza.*

*Senza entrare nei dettagli delle modifiche apportate al nomenclatore, l’episodio evidenzia ancora una volta come i rapporti fra Servizio sanitario nazionale, aziende erogatrici, pubbliche e private, ed opinione pubblica*

sia viziato da incomprensioni di fondo, legate all'uso multiforme del termine "privato", aggettivo e sostantivo, sul piano lessicale contrapposto a "pubblico".

Cominciamo col ricordare che l'aggettivo "privata" collegato al sostantivo "spesa" non sta ad indicare il finanziamento delle cliniche di proprietà di soggetti non pubblici, bensì quella quota di risorse, in costante crescita, che ogni cittadino trae di tasca propria per acquisire prestazioni assistenziali o sanitarie da strutture private come da aziende pubbliche. Il finanziamento della libera professione "intramoenia" dei dipendenti pubblici è tutto "spesa privata".

Il vertiginoso aumento dei poliambulatori non convenzionati che offrono, a pagamento, visite specialistiche e diagnostica per immagini che nel settore pubblico è quasi impossibile ottenere in tempi accettabili, è, a sua volta, alimentato dalla "spesa privata".

Di "settore pubblico" (appena citato) si parla molto poco.

Eppure, è noto a tutti che l'assistenza garantita dal Ssn è erogata da aziende sanitarie pubbliche e da cliniche private convenzionate.

La presenza di queste ultime è considerata da molti una minaccia: quante volte abbiamo sentito dire da politici, sindacalisti, medici e amici al bar che ogni euro dato ai "privati" è sottratto alla sanità pubblica? Quasi un luogo comune.

Ad una lettura frettolosa l'affermazione sembra vera, ma ha il torto di confondere l'erogatore con la funzione. Il privato convenzionato dà al cittadino assistito le prestazioni previste dai Lea alle medesime condizioni (gratis o con eventuale ticket) di qualsiasi ospedale pubblico.

Occorre ricordare a tutti – specie a chi come noi ne è irriducibile difensore – che l'essenza del Ssn non sta nel gestire gli ospedali ma nel garantire ai cittadini l'effettivo esercizio del diritto alla tutela della salute.

Corollario a margine, meritevole di attenzione. Il privato convenzionato non sguazza nell'oro. Sopravvive con tariffe che alle aziende ospedaliere pubbliche consentono di coprire due terzi dei costi, più o meno, e qualcuna non arriva alla metà.

Per tutta una serie di ragioni, difficili da rimuovere, l'organizzazione degli enti pubblici coltiva sacche di inefficienza che variano, naturalmente, da regione a regione, da distretto a distretto, da ospedale ad ospedale, ma resistono ad ogni sforzo di cambiamento.

Non colpevolizzo nessuno. So quanto sia complessa la vita dei manager di Asl e Aso, stretti fra politica, sindacati, bilanci, norme superate, cattive abitudini. Uno sguardo onesto, senza pregiudizi e senza sconti, al privato che collabora con noi può aiutarci a migliorare.

A chi mi dicesse che ogni euro dato al Gemelli viene sottratto all'Umberto I°, mi verrebbe da rispondere: meno male! Di quest'ultima cattiveria mi pento immediatamente.

Ma, come ogni forzatura, contiene una parte di verità. Molto spesso, da questa rivista, si sono espressi timori per la sorte del nostro Servizio Sanitario.

Più passa il tempo e più la situazione si aggrava. Non credo che la collaborazione con il privato basterà a salvarlo: occorrerebbe una radicale riforma.

Ma, intanto, una mano ce la dà. Ed è giusto riconoscerlo.

<https://panoramadellasanita.it/site/pubblico-e-privato/>

**quotidianosanita.it**

## **Ospedalità privata. Presentato il Bilancio Sociale. Cittadini (Aiop): "Produciamo salute al fianco della componente di diritto pubblico"**

La terza edizione del Bilancio Sociale è stata anche l'occasione per fare chiarezza sui misunderstanding che gravano sulla componente di diritto privato del Ssn. "Una comunicazione distorsiva che alimenta luoghi comuni e stigmi difficili da scalfire" sulla quale Aiop ha puntato i riflettori ribattendo punto per punto.

**31 GEN -**

Più di 1/4 dei ricoveri nazionali assicurati con l'impiego di circa 1/10 della spesa sanitaria complessiva. Fornite annualmente cure a un milione di degenti, per un totale di 8 milioni di giornate di ricovero

(corrispondenti al 13% del totale Ssn, garantito con il solo il 6,2% della spesa ospedaliera pubblica), attraverso il contributo di oltre 73 mila professionisti. 57,9 milioni di prestazioni ambulatoriali erogate per utenti esterni, di cui il 73% per conto del Ssn.

Questi i numeri delle 350 strutture sanitarie associate Aiop, che rappresentano il 70% circa dei posti letto privati accreditati utilizzati per l'attività di ricovero. Cifre, snocciolate in occasione della presentazione della **terza edizione del Bilancio Sociale aggregato Aiop**, che delineano il contributo al sistema salute della componente di diritto privato del Ssn.

Un sistema "misto", sottolinea l'Associazione che rivendica un riconoscimento della componente privata accanto a quella pubblica, scevro da pregiudizi, luoghi comuni e stigmi difficili da scalfire. Due anime ormai inscindibili del Ssn.

"Questo documento – ha scritto **Barbara Cittadini** presidente Aiop nella prefazione al Bilancio Sociale – è l'invito che rivolgiamo ai nostri stakeholder di riferimento (la collettività, i media, le Istituzioni) a comprendere, davvero, la portata dell'impatto positivo della componente di diritto privato del Ssn. Ecco la ragione alla base della nostra scelta. In un contesto sempre più aperto e complesso, nel quale voci e opinioni si rincorrono e affastellano, si fa fatica a scardinare stereotipi e credenze granitiche alla base dei quali c'è un assunto: il profitto in sanità è ontologicamente antitetico all'interesse pubblico di tutela della salute. Se l'erogazione di prestazioni sanitarie, recuperando concetti aristotelici, è l'atto, la sua potenza è il suo valore sociale: la ricerca e l'innovazione, l'investimento e la sostenibilità, la cultura e la formazione. Nel fondamentale passaggio tra potenza e atto, grazie al quale diamo forma alla realtà, generiamo salute. Detto in altro modo, "produciamo", al fianco della componente di diritto pubblico, il bene più prezioso di tutti".

Nel Bilancio Sociale, oltre all'indotto diretto e indiretto a favore del territorio e della comunità di riferimento, vengono descritti, puntualmente, i servizi garantiti dalle realtà associate. Ma, soprattutto, aggiunge la Presidente Cittadini, "quello che Aiop è e realizza oggi suggerisce quello che l'Associazione può essere e potrà costruire domani".

"Siamo determinanti – conclude – e possiamo esserlo sempre di più, nel contenimento dei tempi d'attesa, perché eroghiamo quote significative di prestazioni salva-vita in tempi brevi, ed abbiamo un potenziale inespresso di erogazione a causa della politica dei tetti di spesa. Siamo determinanti perché promuoviamo la qualità delle prestazioni sanitarie e la cultura della valutazione delle performance. Siamo determinanti per l'efficientamento del Ssn perché promuoviamo un sistema trasparente di rendicontazione della gestione economico-finanziaria e una efficace allocazione delle risorse".

**La presentazione del Bilancio Sociale è stata anche l'occasione per riflettere su come il ruolo della componente di diritto privato del Ssn viene descritto nei media.**

"Sempre più spesso – sottolinea Aiop – si assiste alla produzione di una comunicazione distorsiva che alimenta luoghi comuni e stigmi difficili da scalfire, i quali creano falsi problemi e distolgono l'attenzione dalle criticità macroscopiche reali, deprimendo anche il dibattito pubblico. La disinformazione non riguarda solo temi complessi, di difficile comprensione e traduzione, ma l'Abc del Ssn, la trasposizione elementare della sua configurazione e dei suoi numeri più basilari. È da qui che vogliamo partire".

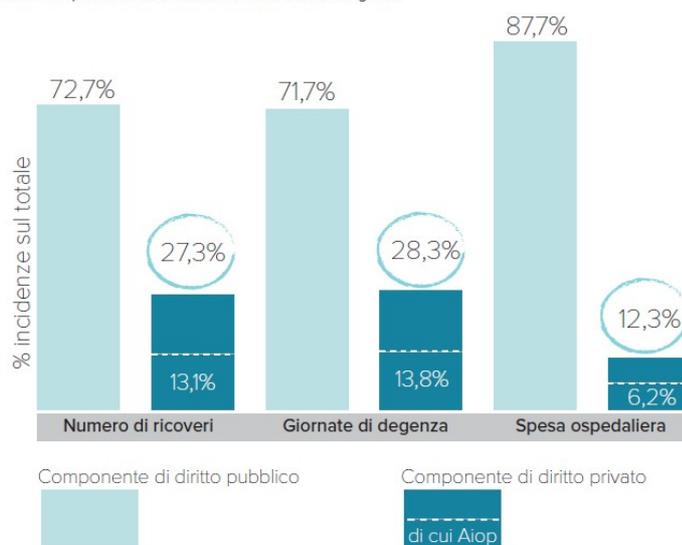
**Vediamo alcuni dei [contributi del privato accreditato e di Aiop e i misunderstanding ad essi legati](#) Il contributo della componente di diritto privato (e di Aiop) al Ssn.** Quando si parla di Servizio sanitario nazionale, sottolinea Aiop, si fa riferimento alla sua componente di diritto pubblico e alla sua componente di diritto privato, poste entrambe al servizio della funzione pubblica di tutela della salute, con la parte accreditata che assicura, oggi, più di 1/4 dei ricoveri nazionali, impiegando circa 1/10 della spesa complessiva.

**Eppure si continua a parlare di Sanità privata (la sanità a pagamento) per fare riferimento alle strutture di diritto privato della Sanità pubblica (finanziata attraverso la fiscalità generale, con un meccanismo di contribuzione progressiva).**

Da ultimo, questo misunderstanding si è verificato in occasione dell'aggiornamento del tetto di spesa del DI 95/2012, grazie al quale le Regioni potranno acquistare un volume maggiore di prestazioni dalle strutture accreditate: esso è stato da più parti presentato come un regalo alla sanità a pagamento e motivo di divaricazione tra cittadini di serie A e cittadini di serie B nell'accesso alle cure.

## ATTIVITÀ DI RICOVERO DEL SSN: IL CONTRIBUTO DI AIOP

Fonte: elaborazione Aiop su dati SDO Ministero della Salute e Agenas



**La complessità delle prestazioni erogate** Il peso medio è una misura del livello di complessità della casistica trattata dagli ospedali.

### LA COMPLESSITÀ DELLE PRESTAZIONI

	2018	2019	2020	2021
Strutture pubbliche	1,26	1,27	1,35	
Strutture private accreditate Aiop	1,37	1,43	1,42	1,47

Confrontando la complessità trattata dagli ospedali di diritto pubblico con quella trattata dalle strutture accreditate Aiop, possiamo vedere come essa sia maggiore in queste ultime.

**Eppure si legge che le strutture private accreditate selezionano le prestazioni meno complesse.**

**Le prestazioni erogate dalla componente di diritto privato** Le prestazioni che vengono erogate sono quelle che, entro i limiti definiti dalla Programmazione regionale, sono richieste dalle esigenze di salute degli individui, a fronte di specifica prescrizione medica. Pertanto, nessuna struttura, né di diritto pubblico né di diritto privato, può scegliere gli interventi e i trattamenti da erogare.

Per quanto riguarda le prestazioni di chirurgia oncologica, la quota garantita da strutture private accreditate varia – a seconda della sede della neoplasia – dal 39% al 25,1%, una proporzione importante di prestazioni salva-vita.

Si tratta di interventi oggi remunerati sulla base di tariffe datate, ferme al 2012, che – non tenendo conto delle innovazioni intervenute nella pratica clinica, degli sviluppi tecnologici (pensiamo alla robotica), degli aumentati costi energetici e delle materie prime e del costo del rinnovo contrattuale – sono, paradossalmente, le meno “convenienti” per le strutture che le erogano.

**Eppure si legge che le strutture private accreditate selezionano le prestazioni più remunerative.**

**Il contributo del privato accreditato al contenimento delle liste d’attesa.**

L’esistenza di liste e tempi d’attesa per le prestazioni sanitarie contraddistingue ogni sistema pubblico organizzato su base universalistica e rappresenta uno strumento di razionamento reale implicito della domanda di salute. Quando, però, i tempi di attesa diventano incongruenti rispetto alla natura della prestazione e al livello di urgenza che essa riveste in considerazione della complessità/gravità si determina un bias, una distorsione nella capacità di risposta del sistema.

#### % di interventi erogati nei tempi massimi di attesa



Considerando sempre l'area della chirurgia oncologica, nel 2022, la componente di diritto pubblico del SSN ha rispettato i tempi massimi di attesa nel 72% dei casi, mentre la componente di diritto privato ha erogato il 79% delle prestazioni nella tempistica prevista (Portale statistico Agenas).

**Eppure si continua a impostare la riflessione politica sulla contrapposizione pubblico-privato accreditato, tutta imperniata su un approccio ideologico alquanto velleitario in un contesto di prestazioni mancate e procrastinate e di rinuncia alle cure dovuta agli ostacoli all'accesso al SSN.**

Il contributo della componente di diritto privato è determinante (e può esserlo sempre di più) nel contenimento dei tempi d'attesa: eroga quote significative di prestazioni salva-vita; eroga prestazioni salva-vita in tempi più brevi della componente di diritto pubblico; ha un potenziale inespresso di erogazione a causa della politica dei tetti di spesa.

#### Il contributo del privato accreditato alla qualità del Ssn

Mettere il paziente al centro significa innanzitutto considerare il suo interesse, che è, inevitabilmente, quello di ricevere le cure migliori, in condizioni di tempestività, sicurezza e gratuità.

Certamente al paziente non interessa la natura giuridica della struttura ospedaliera alla quale si rivolge. Su sei delle sette aree cliniche valutate la componente di diritto privato del SSN riporta un livello di qualità non diverso o migliore di quella di diritto pubblico (Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici, Agenas-Aiop), ma in entrambi i comparti si rileva un'eterogeneità negli esiti dei trattamenti/interventi difficilmente giustificabile in un sistema universalistico.



**Eppure si continua a impostare la discussione pubblica sulla contrapposizione pubblico-privato accreditato, tutta imperniata su un approccio ideologico alquanto velleitario in un contesto di iniquità di accesso a prestazioni di provata efficacia clinica.**

Il contributo della componente di diritto privato è determinante (e può esserlo sempre di più) per la qualità delle prestazioni garantite ai pazienti: garantisce una più alta efficacia, sicurezza ed appropriatezza delle cure; garantisce esiti migliori, nonostante i volumi di attività condizionati dalla politica dei tetti di spesa; garantisce prestazioni di maggiore complessità assistenziale.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119856](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119856)

CORRISPONDENZA | PRIMA IN LINEA

### Evoluzione del carico del virus respiratorio sinciziale nei bambini piccoli a seguito della pandemia COVID-19: influenza dei cambiamenti concomitanti nelle pratiche di test

Inès Fafi • Zein Assad • Léa Lenglard • Zaba Valtuille • Naim Ouldali

Publicato: 15 febbraio 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00081-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00081-1)

L'epidemiologia delle infezioni acute delle vie respiratorie inferiori (ALRI) è stata fortemente influenzata dagli interventi non farmaceutici (NPI) correlati al COVID-19 implementati in tutto il mondo.

Approfondendo di un'analisi sistematica, Bingbing Cong e colleghi hanno fatto luce sulla notevole riduzione degli ALRI correlati al virus respiratorio sinciziale (RSV) nei bambini di età inferiore ai 5 anni durante il primo anno della pandemia di COVID-19.

Hanno inoltre mostrato un'importante ripresa degli ALRI legati all'RSV in seguito alla revoca dell'NPI, soprattutto nei paesi ad alto reddito.

Questa scoperta includeva rapporti provenienti da diversi paesi che descrivevano importanti epidemie di ALRI RSV-positivo nei bambini, superando ampiamente le tendenze pre-pandemia.

Poiché l'analisi di Cong e colleghi era limitata agli ALRI positivi all'RSV, la loro analisi dipendeva direttamente dalle pratiche di test dell'RSV, che potrebbero essere cambiate nel contesto della pandemia di COVID-19 per documentare meglio la causa dell'ALRI.

Per studiare i cambiamenti nelle pratiche di test dell'RSV e le loro conseguenze nell'analizzare l'evoluzione degli ALRI correlati all'RSV, abbiamo condotto un'analisi di serie temporali interrotte basata su un esaustivo sistema di sorveglianza nazionale da gennaio 2015 a giugno 2022, per corrispondere a quello di Cong e colleghi periodo di studio.

Durante questo periodo di studio in Francia si sono verificati 748.579 ricoveri ospedalieri per ALRI in bambini di età inferiore a 18 anni. Utilizzando un modello di regressione quasi-Poisson destagionalizzato, abbiamo stimato che l'incidenza dei ricoveri per ALRI RSV-positivo è diminuita del 70,6% (IC 95% da 27,0 a 100,0) nel 2020. Quindi, l'incidenza di RSV- gli ALRI positivi hanno registrato una forte ripresa e fino a giugno 2022 hanno superato il trend pre-pandemico del 61,1% (da -26,1 a 148,4) ([figura](#)).

Questo risultato differiva dall'evoluzione dei ricoveri ALRI complessivi, che sono aumentati solo del 6,3% (da 2,5 a 10,2) nello stesso periodo. Inoltre, abbiamo riscontrato una notevole diminuzione nella proporzione di ALRI non documentati (-20,5% [da -39,3 a -1,7]) nello stesso periodo ([figura](#)), suggerendo un importante aumento nei test virali degli ALRI pediatrici.

I nostri risultati sono simili a quelli di altri paesi, indicando un aumento sostanziale dei test virali per gli ALRI pediatrici a seguito della pandemia di COVID-19.

Stabilire l'esatto effetto a medio termine degli NPI sugli ALRI nei bambini è di grande importanza per guidare il futuro processo decisionale. Limitare l'analisi agli ALRI positivi all'RSV potrebbe esporre a bias dovuti a cambiamenti nelle pratiche di test. In particolare, un aumento dei test per l'RSV dopo la pandemia di COVID-19 potrebbe portare a una sovrastima della ripresa degli ALRI correlati all'RSV. Un'analisi più ampia che consideri gli ALRI complessivi, indipendentemente dai patogeni identificati, o che distingua gli ALRI positivi

per l'RSV, quelli negativi per l'RSV e non testati, potrebbe essere un risultato più appropriato per valutare accuratamente l'effetto della pandemia di COVID-19 sugli ALRI pediatrici.

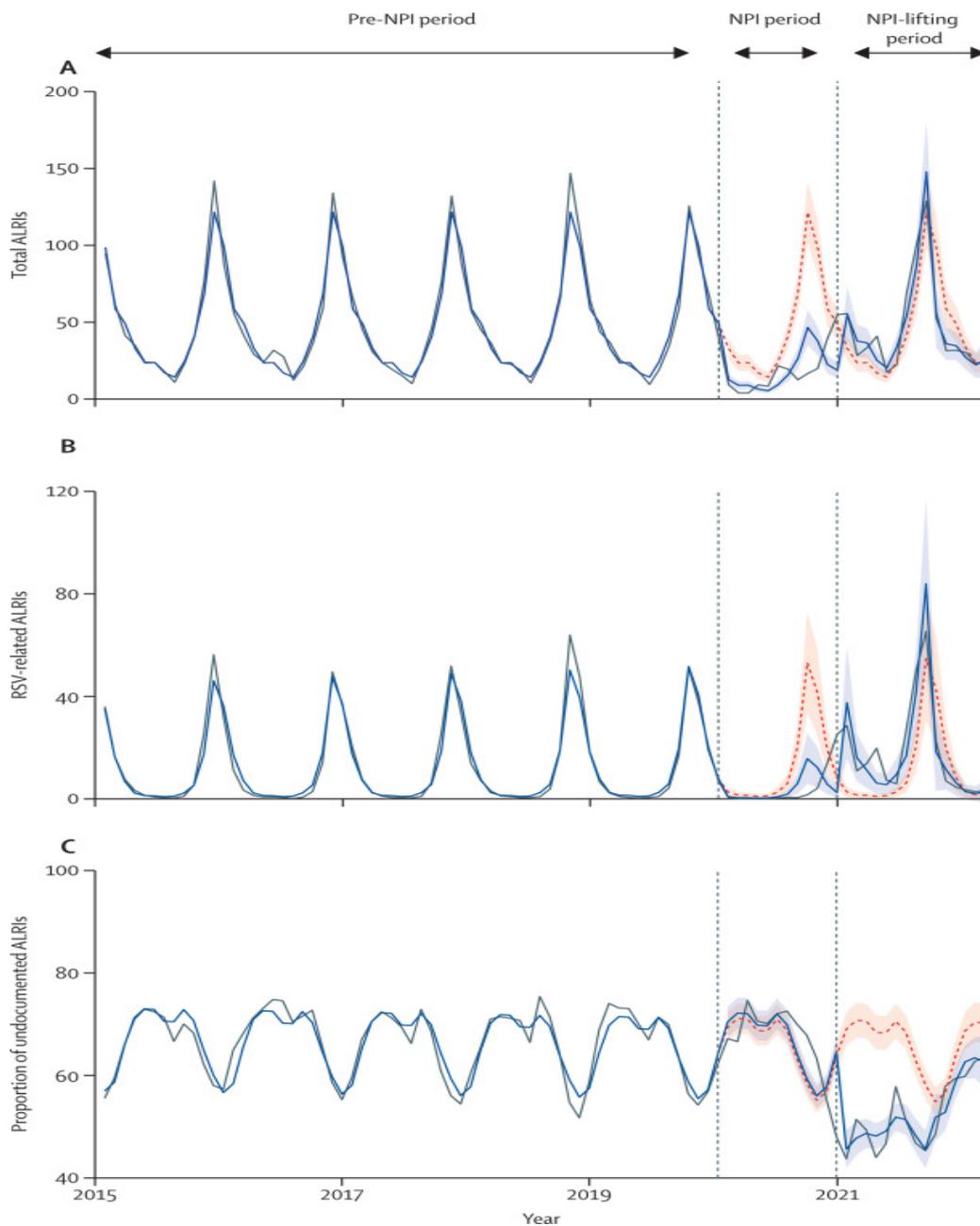


Figura Effetto degli interventi non farmaceutici sull'incidenza mensile dei ricoveri per ALRI

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00081-1/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00081-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

≡ **WIRED**

SCIENZA ECONOMIA CULTURA

## Perché sono cominciati i controlli alle frontiere per la dengue

Una grave epidemia di febbre dengue sta colpendo Brasile, Argentina, Bangladesh. L'Italia ha attivato una procedura di sorveglianza per una maggiore sicurezza sanitaria, ma non ci sono motivi di allarme

**L'epidemia di febbre dengue** che sta colpendo diversi **paesi nel mondo ha messo in allerta anche l'Europa**. Così anche **in Italia sono cominciati i controlli alle frontiere** per monitorare gli arrivi e prevenire la diffusione della dengue. Dall'inizio del 2024 il virus infettivo, trasmesso da alcune specie di zanzare, ha provocato 500mila contagi e 300 morti in **Brasile** e Rio de Janeiro ha istituito lo stato di emergenza a gennaio, mentre in **Argentina** il ministero della Salute ha dichiarato l'emergenza sanitaria a fine dicembre 2023. Gravissima situazione anche in Bangladesh, dove nel 2023 i morti da dengue sono stati più di 1.700. Sempre lo scorso anno, in **Italia** sono stati registrati 82 casi e in Francia 43. Numeri che hanno sollecitato le autorità sanitarie a maggiore attenzione.

**La febbre dengue è una malattia infettiva endemica** delle regioni tropicali, causata dal virus omonimo. I sintomi più comuni sono febbre, mal di testa, eruzioni cutanee simili al morbillo, dolori muscolari e articolari. **Se l'infezione peggiora però**, la dengue può causare **emorragie e perdite di piastrine nel sangue** che possono evolvere in **shock circolatori e causare la morte**. La sua trasmissione dipende quasi totalmente dalla zanzara **Aedes aegypti** e gli esseri umani sono gli ospiti primari del virus.

A giugno 2023 l'**Oms** ha lanciato l'allarme per una possibile diffusione pandemica del virus, a seguito dei primi casi mai registrati in Sudan, un aumento dei contagi in **Europa** rispetto alla norma (ma comunque sotto controllo) e lo stato di emergenza sanitaria dichiarato in Perù. **Negli ultimi anni la dengue si è diffusa a livelli record**, raggiungendo il picco massimo nel 2019, con 5,2 milioni di casi rispetto ai 500mila rilevati per la prima volta nel 2000. Nel 2022 sono stati 4,2 milioni e nel 2023 sono tornati a essere quasi 5 milioni.

**La crescita dei contagi dipende principalmente dal clima sempre più caldo e umido**, che aiuta le uova a schiudersi più velocemente, aumentando quindi la popolazione complessiva di zanzare. Il caso argentino è una dimostrazione di questo effetto, dato che, come segnala il quotidiano **La Nacion**, il 98% dei nuovi casi è avvenuto tra persone che non hanno visitato le zone tropicali dove la malattia è endemica, ma nelle zone cittadine dove dovrebbe essere sotto controllo.

### **I controlli in Italia**

Se una zanzara **Aedes aegypti** punge un asintomatico, questo può continuare a trasmettere la malattia per una settimana. Pertanto, il ministero della Salute ha diffuso una circolare, riportata da **Quotidiano Sanità**, per impedirne l'arrivo in Italia, dove non comunque è presente. La nota indica di **innalzare il livello di allerta e vigilanza** nei confronti dei mezzi e delle merci provenienti dai paesi in cui il rischio di contrarre la malattia è molto frequente. Tra questi ci sono proprio **l'Argentina, il Brasile, il Bangladesh** e molti altri stati del Sud America, dell'Africa, dell'Asia e delle isole del Pacifico, come **riporta** il Center for disease control and prevention degli Stati Uniti. L'allerta è una procedura dovuta, ma non implica che ci sia un aumento del pericolo in Italia.

In base a quanto prevede il regolamento sanitario internazionale, **le aree** "aeroportuali e portuali **e i 400 metri circostanti**" dovranno essere **"tenuti liberi da fonti di infezione e contaminazione, quindi anche da roditori e insetti"**. Per farlo, il ministero ha dato l'indicazione di **vigilare attentamente sulla "disinsettazione degli aeromobili e di valutare l'opportunità di emettere ordinanze per l'effettuazione di interventi straordinari di sorveglianza delle popolazioni di vettori ed altri infestanti e di disinfezione"**.

Inoltre, per i più prudenti, **a partire dal 19 febbraio 2024 sarà possibile vaccinarsi contro la febbre dengue presso l'Istituto Spallanzani di Roma**, il più importante centro di ricerca italiano sulle malattie infettive. Come riporta **Ansa**, sarà necessario prenotarsi attraverso il centro unico di prenotazioni dell'Istituto o tramite una email all'indirizzo [spallanzani@inmi.it](mailto:spallanzani@inmi.it).

<https://www.wired.it/article/dengue-controlli-frontiere-italia/>



**Antimicrobico resistenza: circa 1 miliardo il costo annuo legato alle infezioni. Da Cittadinanzattiva una Roadmap con 10 priorità**

Educare i cittadini a un uso consapevole degli antibiotici e formare i professionisti sanitari, sviluppare nuovi

antibiotici e nuove strategie, monitorare e controllare la resistenza agli antibiotici: sono queste alcune delle priorità identificate all'interno della Roadmap per l'Antimicrobico Resistenza, diffusa da Cittadinanzattiva con l'obiettivo di contribuire alle decisioni di politica sanitaria attraverso un'analisi delle principali problematiche ed elaborando considerazioni e proposte mirate.

Il [documento](#), fra i vari argomenti trattati, analizza e riassume le conoscenze attuali sull'antimicrobico resistenza (Amr) in Italia, il suo impatto economico, il coinvolgimento dei pazienti e la comunicazione sul tema, l'importanza dei test diagnostici rapidi, presentando infine 10 diverse strategie che possono essere adottate in forma di priorità per combattere l'antimicrobico resistenza.

A livello globale, le infezioni da batteri resistenti causano circa 1,5 milioni di morti all'anno, tale numero sale a quasi 5 milioni considerando i decessi indiretti legati all'Amr.

In Italia ci sono tra 10.000 e 15.000 morti ospedaliere annue dovute a infezioni da batteri multiresistenti, ma stime realistiche suggeriscono numeri ancora più elevati (considerando sia i decessi ospedalieri diretti che quelli indirettamente legati all'antimicrobico resistenza).

Per quanto concerne l'impatto economico delle infezioni sostenute da microrganismi multi-resistenti in generale e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (Ica), una recente analisi rivela un costo annuo di circa 800 milioni dovuto all'aumento dei ricoveri per acuti in regime ordinario conseguenti alle infezioni.

Inoltre, emerge anche la perdita di produttività dei pazienti, in particolare quelli in età lavorativa, con un impatto economico stimato di circa 200 milioni di euro dovuto alle giornate aggiuntive di ricovero.

La Roadmap per l'Antibiotico Resistenza è stata elaborata con la collaborazione di 14 esperti - rappresentanti del mondo scientifico, istituzionale e delle associazioni dei pazienti - e con l'obiettivo di individuare 10 priorità potenziali per affrontare il problema:

1. Utilizzare gli antibiotici in modo responsabile e completare il ciclo di trattamento;
2. Educare la cittadinanza e i professionisti sanitari;
3. Sviluppare nuovi antibiotici e nuove strategie, tramite finanziamenti diretti alla ricerca, sovvenzioni e agevolazioni fiscali, premi o incentivi economici per la commercializzazione di nuovi trattamenti efficaci;
4. Promuovere misure di prevenzione delle infezioni per la cittadinanza;
5. Promuovere l'igiene nelle strutture sanitarie attraverso rigorosi protocolli di controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria;
6. Coinvolgere attivamente i pazienti nelle ricerche cliniche e nelle strategie di trattamento, in particolare per malattie che richiedono trattamenti a lungo termine;
7. Implementare l'uso di test diagnostici rapidi per identificare i microrganismi responsabili di infezione e attuando di una terapia germe-orientata;
8. Implementare sistemi di sorveglianza per monitorare la diffusione della resistenza agli antibiotici;
9. Promuovere un nuovo paradigma di salute che comprenda l'educazione sanitaria, la gestione personalizzata delle terapie e una maggiore partecipazione dei pazienti e delle loro associazioni nei processi decisionali relativi alla loro salute;
10. Promuovere e finanziare la ricerca internazionale, secondo un approccio one health.

«Il fenomeno dell'antimicrobico resistenza rappresenta una emergenza per la sanità pubblica non solo per l'impatto epidemiologico, economico e sociale che ne deriva, ma in più perché è evidente il rischio determinato dalla rapida perdita di efficacia da parte di un numero sempre più elevato di antibiotici e dal ridotto sviluppo di nuove molecole antibiotiche nel corso dell'ultimo decennio.

Per questo è prioritario individuare una strategia condivisa ed unitaria per contrastarla, che veda forte la sinergia e la valorizzazione di tutti gli attori coinvolti, affidando ad ognuno responsabilità e impegni.

La nostra Roadmap nasce proprio per contribuire ad identificare le priorità d'azione che vanno dalla sensibilizzazione ed empowerment della cittadinanza, al coinvolgimento attivo dei pazienti nella ricerca clinica e nelle strategie di trattamento, al ruolo dei professionisti sanitari nell'uso appropriato degli antibiotici, per arrivare all'introduzione di politiche e incentivi volti a favorire la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici», dichiara Valeria Fava, responsabile coordinamento politiche della salute di Cittadinanzattiva.

La Roadmap per l'Antimicrobico Resistenza è realizzata con il contributo non condizionato di Shionogi. Hanno partecipato alla redazione della Roadmap per l'Antimicrobico Resistenza: Matteo Bassetti, Presidente della Società Italiana di Terapia Infettiva e Antibatterica (SITA); Pierangelo Clerici, Presidente dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI); Salvatore D'Antonio, Presidente Associazione Italiana Pazienti BPCO e altre patologie respiratorie ETS; Valeria Fava, Responsabile coordinamento delle politiche della salute, Cittadinanzattiva APS; Leonardo Loche, Direttivo Associazione Malati di Reni Onlus e referente Associazione Forum Trapiantati Italia Onlus; Claudio Mastroianni, Past President Società Italiana di Malattie Infettive e tropicali (Simit); Francesco Saverio Mennini – Professore di Economia Sanitaria presso la Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"; Tiziana Nicoletti, Responsabile Coordinamento Associazioni Malati cronici e rari (CnAMC), Cittadinanzattiva APS; Eugenio Paci, Coordinatore Toscana - Lega Italiana Lotta Tumori (LILT); Ignazio Parisi, Coordinatore Lazio Fand (Associazione Italiana Diabetici); Paola Maria Placanica, Ufficio 3 - Qualità, rischio clinico e programmazione ospedaliera, Ministero della Salute; Pier Raffaele Spena, Presidente Federazione

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-02-13/antimicrobico-resistenza-circa-1-miliardo-costo-annuo-legato-infezioni-cittadinanzattiva-roadmap-10-priorita-120204.php?uuid=AFwN8ohC&cmpid=nlqf>

## Science

### Le zanzare possono trasmettersi reciprocamente il virus del Nilo occidentale tramite le feci

La “trasmissione diagonale” può mantenere il virus nelle popolazioni di zanzare senza la necessità di ospiti a sangue caldo

13 Febbraio 2024  
Christie Wilcox

Il virus del Nilo occidentale, la malattia trasmessa dalle zanzare più comune negli Stati Uniti, infetta migliaia di persone ogni anno, uccidendone più di 2.750 da quando è apparso per la prima volta negli Stati Uniti nel 1999. Sta diventando sempre più preoccupante anche in Europa e in altre parti del mondo. Ora, gli scienziati affermano di aver trovato un nuovo modo in cui il virus può essere trasmesso, il che potrebbe aiutare a spiegare perché l'agente patogeno è così persistente.

In uno studio pubblicato sul server di pre stampa bioRxiv, i ricercatori riferiscono che le zanzare possono trasmettersi il Nilo occidentale tra loro attraverso le feci. Sapere di più su questa “trasmissione diagonale”, come la chiama il team – una modalità di trasferimento del virus precedentemente sconosciuta – potrebbe aiutare gli epidemiologi a prevedere meglio il comportamento e la diffusione del Nilo occidentale.

Lo studio, che non è stato sottoposto a revisione paritaria, è “davvero ben fatto”, afferma Rebecca Christofferson, esperta di virus emergenti zoonotici e trasmessi da vettori presso la Louisiana State University, non coinvolta nel lavoro. “Ecco un virus che studiamo da anni e anni e che può ancora sorprenderci”.

Il virologo Rodolphe Hamel e l'entomologo molecolare Julien Pompon hanno fatto la scoperta mentre cercavano di capire se potevano usare gli escrementi delle zanzare per rintracciare il Nilo occidentale in natura per migliorare il monitoraggio. I due, entrambi dell'Istituto nazionale francese di ricerca per lo sviluppo sostenibile, hanno nutrito le zanzare **Culex quinquefasciatus**, uno dei principali trasmettitori del Nilo occidentale, con sangue arricchito con il virus. La caccia delle zanzare è difficile da individuare, quindi i ricercatori hanno poi nutrito gli insetti con una soluzione di zucchero blu, che ha trasformato i loro escrementi in una bella tonalità cerulea.

Quando Hamel e Pompon misero la cacca in fiaschi con cellule di insetti e scimmie, le cellule furono infettate dal Nilo occidentale. Anche se gli scienziati avevano già individuato materiale genetico virale negli escrementi delle zanzare, non avevano pensato che fosse contagioso, dice Pompon. Quindi trovare virus vivi negli escrementi, dice, “è stata la sorpresa più grande dello studio”.

Le zanzare depongono le uova sopra o vicino all'acqua. Le larve che si schiudono crescono lì, e se ne vanno solo dopo lo stadio di pupa, quando emergono come insetti volanti e fastidiosi che amiamo odiare. Da adulte, sono soprattutto le femmine a frequentare questi habitat per deporre le uova e bere, spesso espellendo nell'acqua mentre sono lì.

Per scoprire se queste femmine potevano trasmettere il Nilo occidentale alle giovani zanzare, Hamel e Pompon hanno collocato le pupe di zanzara nell'acqua disseminata di cacca di zanzara contenente il Nilo occidentale. Il 17% delle zanzare adulte emerse alla fine contenevano il virus.

È una “pistola fumante” di questa modalità di trasmissione, afferma Anna Fagre, ecoepidemiologa veterinaria presso il Centro per le malattie infettive trasmesse da vettori della Colorado State University, non coinvolta nella ricerca.

I modelli matematici condotti da Hamel e Pompon suggeriscono che è improbabile che il trasferimento dalle feci alle zanzare del Nilo occidentale aumenti la sua trasmissione alle persone. Ma potrebbe aiutare a mantenere l'agente patogeno nelle popolazioni di zanzare quando gli ospiti a sangue caldo non sono presenti. Ciò

consentirebbe al virus di aggirarsi in aree in cui gli scienziati non si aspetterebbero, annullando le previsioni sull'epidemia. Gli escrementi infettivi possono anche facilitare la trasmissione del virus del Nilo occidentale e di altri virus tra specie di zanzare che si riproducono negli stessi habitat, affermano gli autori.

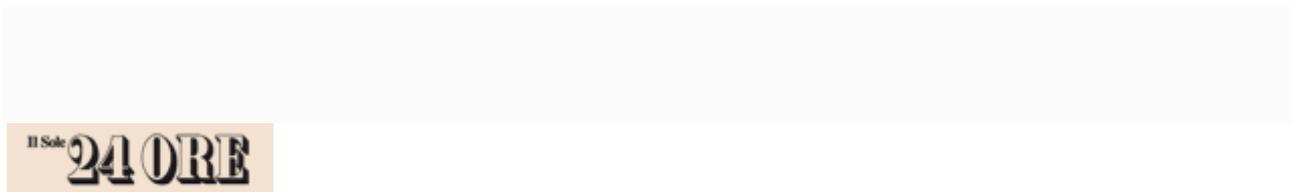
Tuttavia, sia Fagre che Christofferson sottolineano che i risultati devono essere confermati sul campo. Rimangono dubbi, ad esempio, sulla quantità di escrementi delle zanzare che finiscono nelle pozzanghere e negli stagni in natura. È possibile che la quantità semplicemente non sia sufficiente a causare la trasmissione diagonale.

Se dovesse verificarsi in natura, tuttavia, potrebbe aiutare gli epidemiologi a colmare alcune lacune nell'ecologia del virus, afferma Fagre. "[È] davvero emozionante."

I risultati potrebbero avere implicazioni anche per il controllo delle zanzare, afferma. Attualmente, i funzionari generalmente decidono quando impiegare metodi di controllo come l'irrorazione di tossine che uccidono le zanzare in base alla prevalenza del virus rilevato nelle zanzare in cerca di ospite. Ma se si verifica una trasmissione diagonale e le zanzare vengono infettate prima ancora che siano mature, ciò potrebbe "cambiare davvero il panorama", afferma Fagre; ad esempio, l'utilizzo di altri metodi di monitoraggio potrebbe consentire ai programmi di sorveglianza delle malattie di rilevare il virus prima o in modo più efficace. Inoltre, gli attuali metodi di controllo mirano generalmente alle larve o agli adulti, non alle pupe, una possibile "lacuna" che potrebbe essere colmata.

Anche prendere di mira l'acqua stagnante avrebbe senso, aggiunge Christofferson. Anche se in alcune aree si stanno compiendo sforzi per ridurre il potenziale habitat di riproduzione delle zanzare incoraggiando le persone a scaricare secchi e altri recipienti che si riempiono di acqua piovana, il lavoro potrebbe motivare ulteriori attività di sensibilizzazione e proseguimento. "Non fa male aggiungere un altro motivo per convincere le persone a impegnarsi in questo tipo di intervento guidato dalla comunità".

**doi: [10.1126/science.za7uxy2](https://doi.org/10.1126/science.za7uxy2)**



## **Le ricerche del Systems Biology Group Lab di Roma aprono la via per una nuova concezione di farmaci**

**Andrea Pensotti\***

*Per tumor reversion si intende il processo attraverso il quale il fenotipo maligno delle cellule tumorali si trasforma in benigno. Questa involuzione, che talvolta avviene spontaneamente, potrebbe essere indotta, e una strategia di cura in tal senso permetterebbe di superare i trattamenti oncologici mirati ad eliminare le cellule tumorali, o quantomeno ad integrarli, migliorando la qualità a l'aspettativa di vita dei pazienti.*

*Le evidenze sperimentali sulla possibilità di riprogrammare le cellule tumorali in cellule benigne sono numerose e importanti e un significativo contributo viene proprio dall'Italia, dove la tumor reversion è al centro dell'interesse del Systems Biology Group Lab, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università Sapienza di Roma, in collaborazione con l'Università Campus Bio-Medico.*

*Tale ambito di ricerca paradossalmente è sempre stato poco divulgato e poco finanziato. Eppure la reversione tumorale è un fenomeno solidamente documentato fin dall'inizio del secolo scorso, con oltre 350 lavori pubblicati.*

*Oggi non resta appunto che sviluppare un farmaco che induca la reversione nei pazienti o quantomeno favorisca una cronicizzazione o addormentamento (tumor dormancy) della malattia, in modo tale che non si creino metastasi.*

*Le prime evidenze scientifiche risalgono agli anni '60 del 1900. Fu il Nobel James Watson (scopritore della struttura del DNA) a mettere in luce il fenomeno.*

*Si era notato che linee cellulari tumorali a volte andavano incontro a reversione spontaneamente. Così Watson reclutò il giovane fisico e biologo Robert Pollack affidandogli il compito di strutturare un'unità di ricerca dedicata a studiare questi meccanismi.*

*Durante il mio dottorato all'Università Campus Bio-Medico di Roma, ebbi la possibilità di conoscere il prof. Pollack e di approfondire lo studio della Tumor Reversion.. Non esisteva però un testo o un articolo che presentasse in modo sistematico le ricerche fatte in materia, così, per necessità, mi sono dedicato a un'opera di sistematizzazione di tutti gli studi, a partire da fine 1800, recentemente pubblicata sulla rivista internazionale 'Oncology Reports'.*

*Il passaggio fondamentale di queste ricerche è stata una scoperta legata ai processi di embriogenesi: nelle prime fasi dello sviluppo embrionale, prima che le cellule staminali si differenzino ed organizzino in organi*

e apparati, sono attivi dei meccanismi in grado di proteggere gli embrioni dai tumori. Essi resistono sia a fronte di agenti cancerogeni esterni sia all'impianto di cellule tumorali e in laboratorio si è visto che sono i fattori che guidano la differenziazione e l'organizzazione delle cellule staminali embrionali ad agire anche sulle cellule tumorali cercando di rinormalizzarle ed integrarle nei tessuti sani.

Nel 1969, Robert McKinnell, della Tulane University, impiantò dei nuclei di cellule di tumore renale di rana all'interno di ovociti attivati ed osservò la nascita di girini completamente sani, senza alcuna presenza di cellule tumorali. Risultati analoghi furono ottenuti da Beatrice Mintz e Karl Illmensee all'Institute for Cancer Research di Filadelfia.

In questo caso l'esperimento fu condotto su topi.

Il primo a sistematizzare queste ricerche fu Barry Pierce della Colorado University, che nel 1983 pubblicò un articolo dal titolo *Cancer and Its Control by the Embryo*. Pierce introdusse l'ipotesi secondo cui ad esercitare un'azione di controllo sullo sviluppo dei tumori possano essere le sostanze del micro-ambiente dell'embrione quelle che in natura appunto guidano lo sviluppo della vita.

Negli anni '90, questi risultati furono confermati anche in Italia da Pier Mario Biava dell'IRCCS Multimedica e da Mariano Bizzarri, direttore del SBGLab, con esperimenti condotti con uova del pesce zebrafish.

Recentemente all'SBGLab, abbiamo realizzato un importante passo avanti verso lo sviluppo di un farmaco. E' stato isolato un pool di micro RNA da uova di pesce (trota e zebrafish) in grado di indurre i processi di reverzione tumorale. Somministrando questo estratto a diverse linee cellulari tumorali, si è osservato il dimezzamento del tasso di proliferazione tumorale e la riduzione della capacità di metastatizzare.

Si sono inoltre identificati alcuni dei meccanismi coinvolti nella tumor reverson. Per decenni, in campo oncologico, l'interesse della scienza si è concentrato sui geni, la maggior parte dei finanziamenti è stata indirizzata sullo studio del DNA e lo stesso cancro viene definito come una patologia genetica.

Per certi aspetti, invece, considerando che le cellule tumorali possono riacquisire un comportamento benigno, pur conservando le loro mutazioni, il fenomeno della tumor reverson ridimensiona il ruolo dei geni come causa primaria ed esclusiva dello sviluppo dei tumori.

La strada per sconfiggere una delle patologie con la più alta mortalità in Occidente, è ancora lunga, ma gli ormai solidi dati sperimentali hanno segnato il percorso: al fianco delle terapie che mirano a eliminare le cellule tumorali, un giorno potremo vedere rimedi in grado ridurre e riprogrammare le cellule con la speranza quantomeno di cronicizzare la malattia e migliorare il benessere dei pazienti.

\*Systems Biology Group Lab, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università Sapienza e Unità di Ricerca in Filosofia della Scienza e Sviluppo Umano, Università Campus Bio-Medico di Roma

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-02-15/le-ricerche-systems-biology-group-lab-roma-aprono-via-una-nuova-concezione-farmaci-153701.php?uuid=AF7U2SjC&cmpid=nlqf>

Science

## Una febbre alta

*A lungo trascurata, la febbre di Lassa è in aumento nell'Africa occidentale. I ricercatori vogliono sapere perché*

**Leslie Roberts**

*Irrua, Nigeria, e Kenema, Sierra Leone –*

*Seduto su una panchina fuori dall'Irrua Specialist Teaching Hospital (ISTH) nello stato di Edo, nel sud-ovest della Nigeria, nel settembre 2023, Muhammed Luqman Dagana ha raccontato il suo calvario all'inizio dell'anno con la febbre di Lassa, una malattia emorragica mortale malattia dell'Africa occidentale.*

*All'inizio il 33enne non si era allarmato: febbre, mal di testa, dolori muscolari e tosse erano abbastanza innocui.*

*Un medico della sua clinica locale gli ha prescritto antibiotici per la febbre tifoide e farmaci antimalarici. Ma i suoi sintomi persistevano, così ha provato in un'altra clinica. Ancora una volta la diagnosi fu malaria e tifo. Dagana continuava a peggiorare, la sua febbre oscillava selvaggiamente.*

*Quando una terza clinica lo ha indirizzato all'ospedale generale, riusciva a malapena a camminare e aveva difficoltà a respirare.*

Dieci giorni dopo l'inizio dei sintomi, gli è stata finalmente diagnosticata la febbre di Lassa e immediatamente trasferito nel reparto di isolamento ad alto contenimento dell'ospedale. A quel punto Dagana perdeva e perdeva conoscenza, con insufficienza renale acuta.

L'esperienza è stata "terribile, orribile", ha detto Dagana, che è sposata e ha un figlio piccolo. "Le persone soffrivano intorno a me. Li sentivo gridare". Un membro della sua comunità è stato portato privo di sensi; 20 minuti dopo era morto. "Ero così spaventato."

Ha trascorso più di 1 mese in ospedale ed è stato sottoposto a cinque cicli di dialisi. Nel settembre 2023, la sua funzione renale non era ancora tornata alla normalità. Eppure è uno dei fortunati. Sebbene circa l'80% delle infezioni da virus Lassa siano lievi o asintomatiche, dal 15% al 20% dei casi di malattia grave sono fatali, un numero che può raggiungere il 70% in alcuni luoghi e in alcune epidemie. "Questo è allo stesso livello dell'Ebola", afferma il virologo Robert Garry della Tulane University School of Medicine.

La febbre di Lassa uccide molte più persone dell'ebola: 10.000 o più all'anno, sospettano alcuni ricercatori, anche se nessuno lo sa con certezza. Ma, fatta eccezione per un piccolo gruppo di ricercatori dedicati, è stato ampiamente ignorato. Identificata solo mezzo secolo fa, la malattia trasmessa dai roditori, che più raramente può essere trasmessa tra le persone attraverso i fluidi corporei, colpisce i poveri delle zone rurali, che vivono lontano da qualsiasi centro sanitario. La maggior parte dei casi non viene diagnosticata né denunciata e molte persone muoiono nei loro villaggi.

"È la più trascurata delle malattie trascurate", afferma Sylvanus Okogbenin, un ostetrico che presiede un gruppo di lavoro presso l'Istituto di controllo e ricerca sugli agenti patogeni virali ed emergenti dell'ISTH.

Un'epidemia da record nel 2018 in Nigeria, il paese più colpito, ha messo la febbre di Lassa sulla mappa, spingendo sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che il governo nigeriano a dichiarare un'emergenza sanitaria pubblica. I casi confermati, che negli anni precedenti all'epidemia erano stati da 25 a 100, hanno raggiunto i 633 e sono morte 171 persone, tra cui 45 operatori sanitari.

Da allora i casi in Nigeria hanno continuato ad aumentare ogni anno. Le infezioni aumentano ancora nella stagione secca, che va da dicembre a maggio, ma dal 2018 si verificano tutto l'anno. La cosa più preoccupante è che i casi si stanno verificando al di fuori dei quattro paesi endemici conosciuti: Nigeria, Sierra Leone, Guinea e Liberia.

## Una regione a rischio

La febbre di Lassa è da tempo concentrata nelle aree endemiche di Nigeria, Guinea, Liberia e Sierra Leone. Ma negli ultimi anni, casi di questa malattia emorragica mortale sono emersi in altre parti dell'Africa occidentale. Con il cambiamento climatico e la crescita della popolazione, si prevede che il virus estenderà la sua portata.

Di conseguenza, la febbre di Lassa è entrata nell'agenda sanitaria globale, guadagnandosi un posto nell'elenco dell'OMS dei famigerati agenti patogeni che hanno un potenziale epidemico o pandemico e richiedono urgentemente contromisure. Diversi gruppi stanno lavorando su strumenti diagnostici e farmaci di cui c'è assoluto bisogno.

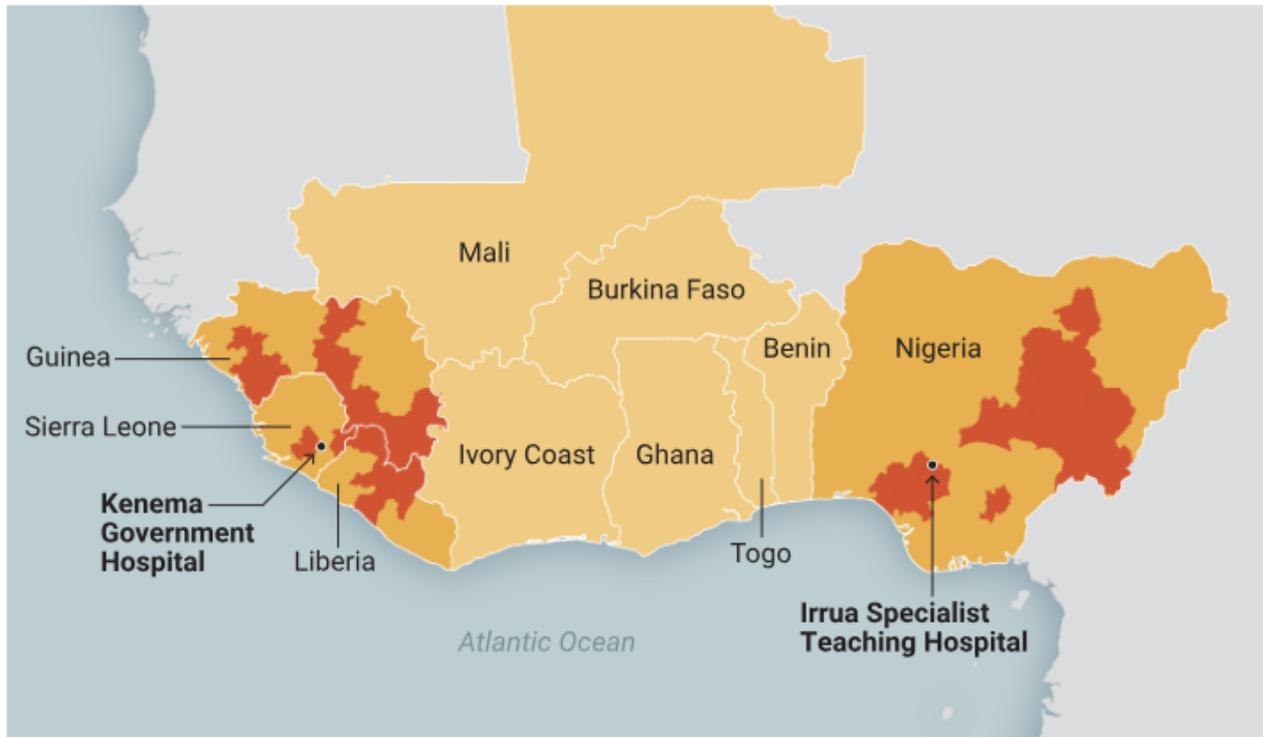
La Coalizione no-profit per l'innovazione nella preparazione alle epidemie (CEPI) ha nominato la febbre di Lassa una delle sue malattie prioritarie, investendo nello sviluppo di vaccini e finanziando il più grande studio mai realizzato sul vero impatto della malattia di Lassa.

E i ricercatori in Africa e all'estero si stanno affannando per capire perché è in marcia: a causa di una migliore sorveglianza, di qualche cambiamento nel virus o nei roditori che lo trasportano, di una popolazione in crescita o di un ambiente in cambiamento. "Con il cambiamento climatico, ciò che abbiamo visto 5 anni fa non è più valido", afferma Gabrielle Breugelmans, direttrice di epidemiologia e scienza dei dati al CEPI. "I punti caldi di oggi non sono i punti caldi di domani."

Nel 1969, due infermiere missionarie nel remoto villaggio di Lassa, nello stato di Borno, nel nord-est della Nigeria, furono colpite da una misteriosa malattia febbrile. Entrambi sono morti. Quando una terza infermiera che si prese cura del secondo caso, Penny Pinneo, si ammalò di febbre alta, brividi, gola ulcerata e profonda debolezza, fu evacuata al Presbyterian Hospital di New York. Dopo una malattia devastante e prolungata, si riprese lentamente.

Il virologo Jordi Casals-Ariet e il suo team presso l'Arbovirus Research Unit dell'Università di Yale hanno analizzato campioni di sangue degli infermieri alla ricerca di quello che sospettavano fosse un nuovo virus. Isolarono un virus a RNA a filamento singolo in quella che divenne nota come la famiglia degli Arenavirus e gli diedero il nome del villaggio in cui fu scoperto. Ma Casals-Ariet si infettò mentre maneggiava i campioni e rischiò di morire, salvato solo da una rischiosa trasfusione di anticorpi del sangue di Pinneo. Quando anche il tecnico di Casals-Ariet, Juan Roman, venne infettato e morì, Yale interruppe immediatamente il lavoro con il virus vivo e lo trasferì nel laboratorio "caldo" in quello che ora è il Centro statunitense per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) ad Atlanta.

● Endemic areas   ● Small, regular outbreaks   ● Isolated cases



(GRAFICA) D. AN-PHAM/ SCIENZA ; (DATI) ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Gli Stati Uniti ora classificano il virus Lassa come un patogeno di livello 4 di biosicurezza, così pericoloso che il virus vivo può essere studiato solo nei laboratori di massima sicurezza.

Nel 1972, durante un'epidemia di febbre di Lassa nella provincia orientale della Sierra Leone, Thomas Monath, allora cacciatore di virus presso il CDC, e i suoi colleghi iniziarono a trovare il serbatoio animale. Si sapeva che virus simili venivano diffusi da piccoli vertebrati, quindi intrappolarono 641 animali e rimossero campioni di tessuti e sangue.

Pipistrelli, toporagni, scimmie e una sola tartaruga non hanno trovato nulla. Ma Monath alla fine isolò il virus da 14 esemplari di topo multimammato, *Mastomys natalensis*, così chiamato per le sue lunghe file di capezzoli adatti all'allattamento di grandi cucciolate. Onnipresente in tutta l'Africa sub-sahariana, il *M. natalensis*, spesso definito il comune ratto africano, è un abitante di villaggi poveri, che corre dentro e fuori dalle case in cerca di cibo, specialmente durante la stagione secca, quando gli agricoltori bruciano i campi dopo il raccolto, guidando fuori i topi.

Il virus non avrebbe potuto scegliere un ospite migliore. Allevatori prolifici, le femmine partoriscono da 10 a 12 cuccioli ogni 45 giorni e una femmina infetta trasmette il virus alla sua prole. Non sono ammalati dal virus, ma si pensa che lo portino con sé e lo eliminino per il resto della loro vita. "Questa è la definizione di un buon serbatoio", afferma l'ecologa dei roditori Elisabeth Fichet-Calvet dell'Istituto Bernhard Nocht per la medicina tropicale (BNITM), che ha trascorso 2 decenni a studiare la complessa interazione tra il virus Lassa e il suo ospite.

Dal 2016, è stato dimostrato che diverse altre specie di roditori in Nigeria, Guinea, Ghana e Benin ospitano il virus. Ma *M. natalensis* rimane il principale motore di epidemie mortali. A differenza dell'Ebola, dove una diffusione dal pipistrello all'uomo può innescare una catena di trasmissione da uomo a uomo, il virus Lassa viene solitamente contratto tramite il contatto diretto con un roditore infetto. I ragazzi li cacciano e li mangiano, o la loro saliva, urina e escrementi. Ma il virus si diffonde anche da persona a persona, soprattutto quando ignari operatori sanitari senza dispositivi di protezione individuale (DPI) vengono esposti al sangue o ai fluidi corporei di una persona infetta. "Perdiamo molti operatori sanitari specializzati", afferma Ifedayo Adetifa, direttore del Centro nigeriano per il controllo e la prevenzione delle malattie (NCDC).

Si verificano anche cluster familiari. Nel 2022, ad esempio, un uomo è tornato nel Regno Unito da un viaggio in Mali ed è stato ricoverato in ospedale con quella che in seguito è stata confermata essere la febbre di Lassa. Ha trasmesso il virus a sua moglie e a suo figlio e il bambino è morto. Il virus infettivo può persistere nel corpo e nello sperma per mesi dopo la guarigione, ponendo un rischio di trasmissione a lungo termine.

Molto tempo dopo che la malattia fu identificata, essa rimase in gran parte non riconosciuta nell'Africa occidentale, anche se le comunità della Nigeria e di altri paesi endemici cominciarono a documentare epidemie di malattie febbrili acute. Nel gennaio 1987, il medico Felix Okogbo vide un'ondata di pazienti nella sua clinica di Ekpoma, in Nigeria, vicino a Irrua. I casi sono diminuiti a marzo, per poi ripresentarsi con violenza nel gennaio successivo. Così chiamò la malattia febbre di gennaio.

Poi, nel gennaio 1989, una donna a Ekpoma morì di quella che fu diagnosticata come malaria, e suo marito morì poco dopo. Dopo che i loro due figli tornarono a casa per seppellirli, entrambi morirono a causa della misteriosa malattia. Uno era già tornato a casa a Chicago, dove i medici furono sorpresi nel trovare gli antigeni del virus Lassa durante un'autopsia.

Lo stesso Okogbo si ammalò nel 1990, poi perse la moglie incinta a causa di una malattia emorragica l'anno successivo, durante un'epidemia che uccise anche 24 studenti dell'università dove insegnava.

I virologi sono venuti per indagare e uno ha inviato un campione del sangue di Okogbo al CDC, dove i test hanno rivelato anticorpi contro il virus Lassa. "È stato allora che ho collegato i punti", dice Okogbo, entrato a far parte dell'ISTH nel 1999. La gente incolpava la stregoneria per le morti, dice Okogbo. "Ho detto loro che non è stregoneria, è un virus."

[https://www.science.org/content/article/deadly-viral-illness-exploding-west-africa-researchers-are-scrambling-figure-out-why?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5113323](https://www.science.org/content/article/deadly-viral-illness-exploding-west-africa-researchers-are-scrambling-figure-out-why?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5113323)



## **Iss: in aumento le persone che vivono con un tumore in Europa, anche per effetto dell'invecchiamento**

Si stima che all'inizio del 2020 in Europa il 5% della popolazione aveva affrontato nel corso della vita una diagnosi di tumore, per un totale complessivo di 23.7 milioni di persone.

Lo afferma uno studio di un gruppo di ricerca internazionale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, che ha stimato la prevalenza al 2020 analizzando i dati dei registri tumori di 29 paesi Europei partecipanti al programma di ricerca EURO-CARE-6. I risultati principali dello studio sono stati pubblicati oggi dalla rivista *Lancet Oncology* e sono accessibili on-line sul sito dello European Cancer Information System (ECIS) della Commissione Europea.

Lo studio epidemiologico ha coinvolto 61 registri tumori europei e si è basato sui dati relativi a pazienti diagnosticati a partire dal 1978 e seguiti fino al 2013, per un totale di oltre 19 milioni di casi oncologici e 32 tipologie di tumore analizzate. Lo studio si è avvalso di un finanziamento dedicato al miglioramento del sistema informativo europeo sul cancro, previsto dalla Joint Action IPAAC (Innovative Partnership for Action Against Cancer), co-finanziata dalla Commissione Europea e da 24 Stati Membri.

Lo studio ha evidenziato che all'inizio del 2020 in Europa il 5% della popolazione aveva avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore, recente o lontana nel tempo, per un totale complessivo di 23.7 milioni di persone (12.8 milioni donne e 10.9 milioni uomini).

Tra questi, il 16% era al di sotto dei 55 anni di età (3.74 milioni, di cui 2.32 femmine e 1.42 maschi). Le stime si riferiscono a tutti i casi prevalenti, ovvero persone ancora in terapia, persone sotto sorveglianza per la prevenzione di eventuali recidive e persone guarite dal tumore che non necessitano di ulteriori cure o controlli.

Il 43% dei casi prevalenti femminili aveva avuto una precedente diagnosi di tumore della mammella (5.5 milioni) e il 37% di quelli maschili un tumore della prostata (4 milioni). I tumori colorettali sono risultati la seconda causa di diagnosi più comune tra i prevalenti di entrambi i sessi (3 milioni), con proporzioni più elevate negli uomini che nelle donne (691 contro 564 casi ogni 100,000 abitanti, rispettivamente).

Dalla ricerca è emerso che dal 2010 al 2020 il numero di casi prevalenti per tumore in Europa è aumentato in media del 3,5% l'anno e del 41% in totale (da 16.8 a 23.7 milioni), in parte per effetto dell'invecchiamento demografico.

L'incremento è stato più marcato per gli uomini (+46%, da 7.47 milioni nel 2010 a 10.9 milioni nel 2020) che per le donne (+37%, da 9.34 a 12.8 milioni) a causa della diversa composizione dei tumori che interessano i due sessi.

La stima dei sopravvissuti a lungo o lunghissimo termine è una caratteristica unica dello studio. È stata ricostruita, infatti, la prevalenza completa, che comprende sia i casi osservati dai registri tumori, sia la stima dei casi diagnosticati prima dell'avvio dei registri.

Nel 2020 il numero di casi prevalenti diagnosticati da meno di 5 anni (8.86 milioni) era di molto inferiore al numero dei lungo viventi oltre i 5 anni, stimati in 14.85 milioni in totale, rispettivamente 5.75 milioni tra 5 e 10 anni, 5.54 milioni tra 10 e 20 anni e 3.55 milioni viventi da più di 20 anni dalla diagnosi. Complessivamente il 38% di tutti i casi prevalenti in Europa al 2020 erano sopravvissuti da più di 10 anni dalla diagnosi (44% per le donne e 32% per gli uomini).

Lo studio ha anche evidenziato importanti differenze nei livelli di prevalenza tra i 29 paesi europei partecipanti (da 2 a 10 volte a seconda del tipo di tumore), molto più ampie di quelle che si osservano per l'incidenza.

Per il totale dei tumori maligni, i valori massimi tra i 29 paesi esaminati sono stati riscontrati in Germania, Italia, Belgio e Francia (proporzioni di prevalenza grezza tra 5,861 e 5,603 per 100,000 abitanti), mentre quelli minimi per Bulgaria, Polonia e Slovacchia (3,026-3,775 per 100,000).

Le differenze maggiori interessano i tumori ad alta variabilità geografica di incidenza, come il melanoma della pelle, per il quale la proporzione di prevalenti nella popolazione, era 8 volte più alta in Danimarca rispetto alla Bulgaria, per entrambi i sessi.

“I risultati dello studio – spiegano gli autori - indicano che una quota molto significativa della popolazione è o è stata interessata dall'esperienza del cancro.

Questa quota è destinata ad aumentare ed è ancora più grande se si considerano le famiglie e i caregiver.

L'aumento del carico oncologico, condizionato dall'invecchiamento demografico e in combinazione agli alti costi delle terapie innovative, ha delle serie implicazioni per la sostenibilità dei sistemi sanitari e socioassistenziali.

Questi dati confermano l'urgenza di rafforzare la prevenzione primaria e la diagnosi precoce.

La prevenzione resta la strada maestra, non solo per ridurre il numero di malati ma per migliorare le possibilità di guarigione e di buona qualità di vita dopo il cancro, come espresso con chiarezza negli obiettivi del Piano Oncologico Europeo 2021-2027 (Europe's Beating Cancer Plan, EBCP)”.  
Gli autori sottolineano che le stime di prevalenza “integrano gli studi sui guariti dal cancro e sulla qualità di vita dei pazienti oncologici e sono utili per sviluppare linee guida sul follow up, per prevenire secondi tumori o sequele tardive e migliorare l'assistenza lungo tutto il percorso della malattia”.

Inoltre “la prevalenza per durata di malattia consente di quantificare la platea interessata da politiche volte a mitigare le conseguenze socio-economiche della malattia, come la discriminazione lavorativa o finanziaria (legislazione sul diritto all'oblio dei pazienti guariti)”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-01-31/iss-aumento-persone-che-vivono-un-tumore-europa-anche-effetto-dell-invecchiamento-160805.php?uuid=AF4cPDYC&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

## **Covid. Gimbe: “In Italia clamoroso flop campagna vaccinale over 60. In Europa peggio di noi soltanto la Grecia ed i Paesi dell'Est”**

Nella fascia 60-69 anni, con una copertura nazionale del 5,7%, l'Italia si colloca al 14° posto. Nella fascia 70-79 anni, con una copertura nazionale dell'11%, l'Italia è 15a. Negli over 80, con una copertura nazionale del 14,4%, l'Italia si posiziona 14a. Cartabellotta: “L'analisi dei dati relativi alle coperture vaccinali in Italia per gli over 60 e i confronti con il resto dell'Europa documentano un clamoroso flop. Al fenomeno della 'stanchezza vaccinale' e alla continua disinformazione sull'efficacia e sicurezza dei vaccini, si sono aggiunti vari problemi logistico-organizzativi”.

**01 FEB -**

Il 26 gennaio 2024 l'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) ha pubblicato un [report](#) per valutare la copertura vaccinale anti-Covid degli over 60 nei paesi europei. Il periodo considerato è compreso tra il 1° settembre 2023 e il 15 gennaio 2024. 6 Paesi su 30 non hanno fornito i dati all'ECDC: Austria, Croazia, Germania, Italia, Lettonia e Svezia.

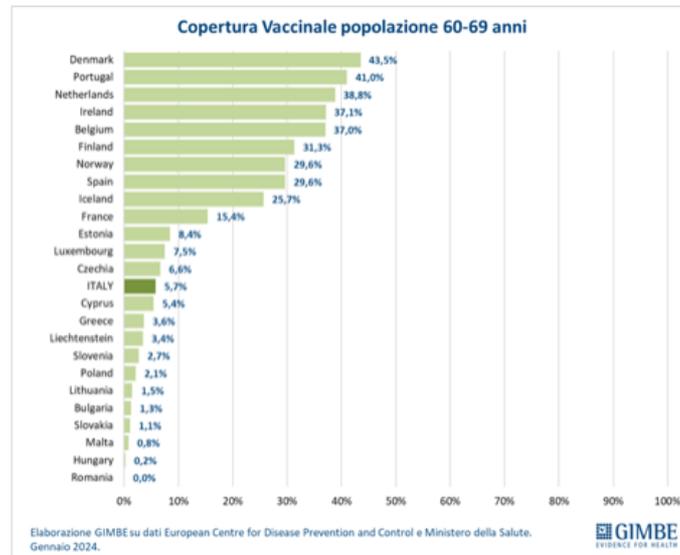
“Considerato che, inspiegabilmente, il nostro Paese non ha trasmesso i dati richiesti – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – abbiamo realizzato un'analisi indipendente utilizzando i dati nazionali ufficiali sulle coperture per valutare il posizionamento dell'Italia rispetto ai paesi europei inclusi nel report dell'Ecdc, oltre che per effettuare un confronto tra le Regioni italiane”.

I dati relativi all'Italia sono stati estratti dalla dashboard del Ministero della Salute che riporta le somministrazioni relative alla campagna vaccinale 2023-2024 effettuate a partire dal 26 settembre 2023,

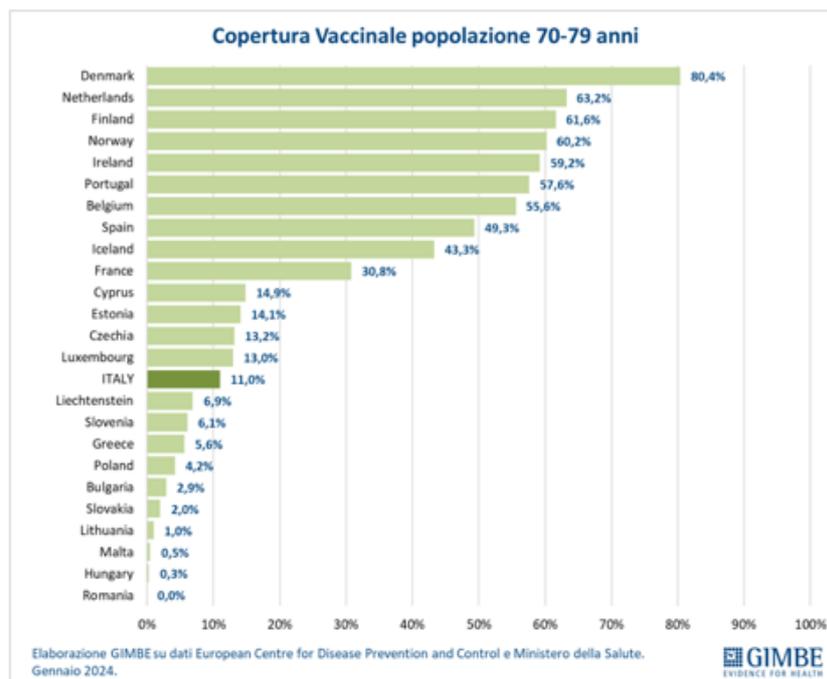
dopo l'introduzione dei nuovi vaccini adattati a Omicron XBB.1.5. L'ultimo aggiornamento della platea di riferimento è del 17 febbraio 2023.

### Coperture vaccinali: confronto tra i Paesi europei

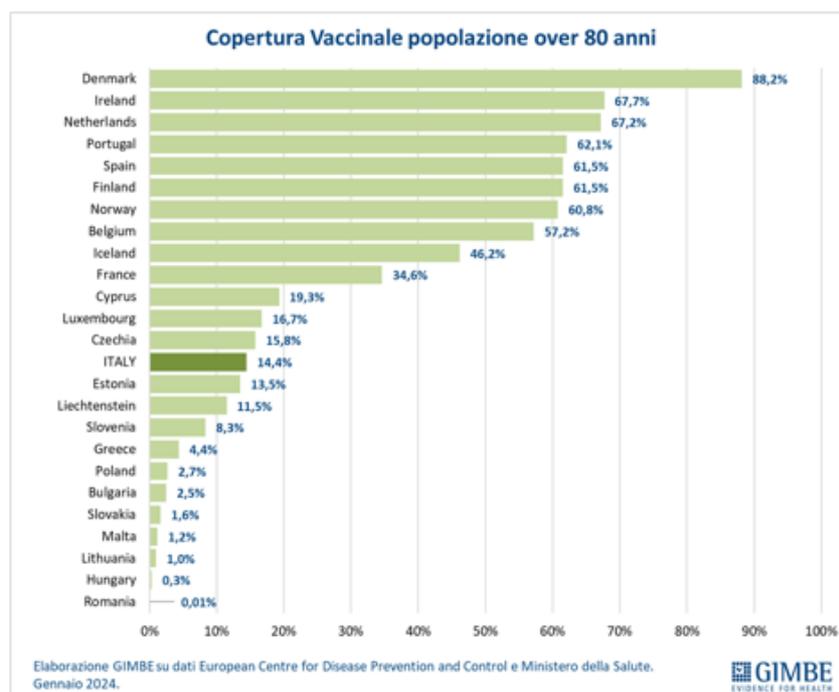
**60-69 anni.** Nella fascia 60-69 anni, con una copertura nazionale del 5,7%, l'Italia si colloca al 14° posto. 13 paesi hanno raggiunto coperture superiori a quelle dell'Italia: dal 6,6% della Repubblica Ceca al 43,5% della Danimarca. 11 paesi hanno raggiunto invece coperture inferiori alle nostre: dal 5,4% di Cipro allo 0% della Romania.



**70-79 anni.** Nella fascia 70-79 anni, con una copertura nazionale dell'11%, l'Italia è 15a. 14 paesi hanno raggiunto coperture superiori a quelle dell'Italia: dal 13% del Lussemburgo all'80,4% della Danimarca. 10 paesi hanno raggiunto invece coperture inferiori alle nostre: dal 6,9% del Liechtenstein allo 0% della Romania.



**Over-80.** Negli over 80, con una copertura nazionale del 14,4%, l'Italia si posiziona 14a. 13 paesi hanno raggiunto coperture superiori a quelle dell'Italia: dal 15,8% della Repubblica Ceca all'88,2% della Danimarca. 11 paesi hanno raggiunto invece coperture inferiori alle nostre: dal 13,5% dell'Estonia allo 0,01% della Romania.



"Le coperture vaccinali per le tre fasce di età nelle Regioni italiane – commenta Cartabellotta – ripropongono la 'frattura strutturale' Nord-Sud che caratterizza il nostro Servizio Sanitario Nazionale: le Regioni meridionali non solo si trovano al di sotto della media nazionale, ma sono tutte a fondo classifica con coperture vaccinali simili a quelle dei paesi dell'Europa orientale. Anche i risultati della Toscana, che raggiunge le percentuali più elevate di copertura vaccinale nelle tre fasce di età (rispettivamente 11%, 21,4% e 26,3%), rimangono molto lontani da quelli dei paesi del Nord Europa. Considerata l'efficacia dei vaccini nel prevenire la malattia grave e la mortalità negli anziani e nei fragili, è legittimo ipotizzare che una parte degli oltre 4.000 decessi riportati nel periodo considerato poteva essere evitato, in particolare tra gli over 80".

### **Coperture vaccinali: confronto tra le Regioni italiane**

- **60-69 anni.** A fronte di una copertura nazionale del 5,7%, 10 Regioni si collocano sopra la media nazionale: dal 5,9% del Piemonte all'11% della Toscana. 11 Regioni si trovano sotto la media: dal 5,6% dell'Umbria allo 0,9% della Sicilia.
- **70-79 anni.** A fronte di una copertura nazionale dell'11%, 9 Regioni si collocano sopra la media nazionale: dall'11,5 dell'Umbria al 21,4% della Toscana. 12 Regioni si trovano sotto la media: dal 10,6% del Veneto all'1,8% della Sicilia.
- **Over 80.** A fronte di una copertura nazionale del 14,4%, 9 Regioni si collocano sopra la media nazionale: dal 14,6% dell'Umbria al 26,3% della Toscana. 12 Regioni si trovano sotto la media: dal 14% di Veneto e Lazio, all'1,9% della Sicilia.

"L'analisi dei dati relativi alle coperture vaccinali in Italia per gli over 60 e i confronti con il resto dell'Europa – conclude Cartabellotta – documentano un clamoroso flop della campagna vaccinale anti-Covid nella stagione autunno-inverno 2023-2024, nonostante le raccomandazioni della Circolare del Ministero della Salute del 27 settembre 2023 che ha fatto seguito a quella preliminare del 14 agosto 2023. Purtroppo, al fenomeno della 'stanchezza vaccinale' e alla continua disinformazione sull'efficacia e sicurezza dei vaccini, si sono aggiunti vari problemi logistico-organizzativi: ritardo nella consegna e distribuzione capillare dei vaccini, insufficiente e tardivo coinvolgimento di farmacie e medici di famiglia, mancata chiamata attiva dei pazienti a rischio, criticità tecniche nei portali web di prenotazione.

E se da un lato è evidente che molti di questi problemi dipendono dalle Regioni, come documentato dal gap Nord-Sud, il confronto con i paesi europei inclusi nel report dell'Ecdc dimostra che anche le Regioni italiane con i tassi di copertura più elevati sono molto indietro rispetto ai paesi europei dove la campagna vaccinale ha funzionato. Segnale evidente che della campagna vaccinale anti-Covid le Istituzioni centrali hanno parlato poco e 'a bassa voce', peraltro disturbata dal rumore di fondo di quei politici che hanno alimentato la sfiducia nei vaccini per non perdere il consenso della frangia no-vax".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119903](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119903)

## Con l'aumento dei casi di COVID-19, ecco cosa sapere su JN.1, l'ultima "variante di interesse" di SARS-CoV-2

Rita Rubin, MA

JAMA. 2024;331(5):382-383. doi:10.1001/jama.2023.27841

*I genitori spesso si crogiolano nello splendore dei risultati ottenuti dai loro figli, quindi se le varianti SARS-CoV-2 fossero come le persone, BA.2.86 starebbe facendo impazzire proprio adesso.*

*La progenie di BA.2.86, JN.1, è diventata la variante dominante di SARS-CoV-2 negli Stati Uniti, uno status che la sua variante madre non ha mai raggiunto. Fortunatamente, anche se i casi di COVID-19 sono aumentati, i ricoveri e i decessi dovuti alla malattia sono ancora notevolmente inferiori rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.*

*Quando BA.2.86 si è unito alla famiglia Omicron SARS-CoV-2 la scorsa estate, ha attirato l'attenzione dei rilevatori di pandemie perché era così diverso dal suo progenitore, BA.2. Rispetto a BA.2, la proteina spike di BA.2.86 presenta [più di 30 mutazioni](#), suggerendo che potrebbe diffondersi più facilmente rispetto ai suoi predecessori.*

*Ma anche armato di queste nuove mutazioni, BA.2.86 non è riuscito a dominare le altre sottovarianti. Fino all'inizio di gennaio di quest'anno, BA.2.86 non ha mai superato una quota molto superiore al 3% di sottovarianti SARS-CoV-2 circolanti negli Stati Uniti, secondo le stime [Nowcast](#) dei Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC).*

*A livello globale, BA.2.86 rappresentava l'8,9% delle sequenze SARS-CoV-2 disponibili entro la prima settimana di novembre 2023, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che [ha classificato BA.2.86](#), comprese le sue sottolinee, come una variante di interesse su 20 novembre. (In un [articolo d'opinione](#) del 4 gennaio, Eric Topol, MD, professore di medicina molecolare presso lo Scripps Research Institute, ha sostenuto che BA.2.86 era così diverso dalle precedenti sottovarianti di Omicron che l'OMS avrebbe dovuto designarlo come una variante preoccupante e battezzato con una diversa lettera greca.)*

*Quattro settimane dopo aver etichettato l'intera crescente famiglia BA.2.86 come variante di interesse, l'OMS ha classificato come variante anche la sola [JN.1](#), a causa della sua diffusione in rapido aumento.*

*All'inizio di gennaio, la quota di varianti circolanti di JN.1 negli Stati Uniti era salita a una stima del 61,6%, rispetto al 38,8% di appena 2 settimane prima, secondo la stima Nowcast del CDC.*

### Che differenza fa una mutazione

*La proteina Spike di JN.1 ha solo 1 mutazione in più rispetto alla proteina Spike di BA.2.86.*

*Quella mutazione, chiamata L455S, migliora la capacità del virus di legarsi al recettore dell'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2), la porta d'ingresso della SARS-CoV-2 nelle cellule, Nicole Doria-Rose, PhD, capo dell'Humoral Immunology Core presso il National Center di ricerca sui vaccini dell'Istituto per le allergie e le malattie infettive, ha osservato in un'intervista con JAMA.*

*BA.2.86 "non è decollato finché non ha rilevato questa mutazione che lo ha reso JN.1", ha detto.*

*JN.1 sembra essere altamente contagioso, forse più di qualsiasi altro membro della famiglia Omicron, ha affermato in un'intervista William Schaffner, professore di malattie infettive e politica sanitaria della Vanderbilt University School of Medicine. "Ecco forse perché li sta superando adesso."*

*Man mano che JN.1 ha guadagnato terreno, gli indicatori dei livelli di infezione da SARS-CoV-2 sono aumentati. In un [rapporto](#) del 5 gennaio, il CDC ha stimato che, rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso, i livelli di attività virale nelle acque reflue erano più alti del 27% e la percentuale di test positivi per COVID-19 era più alta del 17%.*

*Le notizie non erano tutte negative, però. Nonostante i livelli di infezione apparentemente più elevati, gli indicatori di malattia da Covid-19 che richiedono cure mediche sono inferiori rispetto a un anno prima, ha affermato il CDC. Ad esempio, le visite al pronto soccorso per COVID-19 sono diminuite del 21%.*

*E la percentuale di tutti i decessi negli Stati Uniti attribuiti a COVID-19 è stata del 3,6% (839 decessi) per la settimana terminata il 30 dicembre 2023, rispetto al 5,2% (3658 decessi) per la settimana terminata il 31 dicembre 2022, secondo i dati [provvisori. Dati del CDC](#).*

*"Penso che JN.1 stia chiaramente guidando la trasmissione", ha detto a JAMA l'epidemiologo Michael Osterholm, PhD, MPH, direttore del Center for Infectious Disease Research and Policy presso l'Università del Minnesota. "Fortunatamente, non ci sono prove che stia producendo una malattia più grave."*

*Considerati gli elevati tassi di infezione da JN.1, le persone con sintomi respiratori dovrebbero presumere di avere il COVID-19, anche se potrebbero risultare negative per i primi giorni, ha affermato Osterholm.*

"Se hai qualche sintomo di malattia respiratoria, non partecipare a un evento pubblico o privato, soprattutto al chiuso."

Tassi più elevati di COVID-19 e altre infezioni respiratorie hanno spinto [gli ospedali di una manciata di stati](#) a ripristinare l'obbligo delle mascherine, secondo le notizie, almeno per il personale che interagisce direttamente con i pazienti nelle loro stanze o in altre aree di assistenza clinica.

Ad esempio, [il generale Brigham](#) ha implementato la politica il 2 gennaio e la rispetterà fino a quando i livelli di infezione non scenderanno più tardi, in inverno o in primavera.

### **L'ultimo vaccino è abbastanza buono**

I componenti del vaccino COVID-19 devono essere determinati con almeno qualche mese di anticipo per consentire il tempo necessario per la produzione e la distribuzione, quindi non sorprende che non corrispondano esattamente alle varianti attualmente circolanti.

Il vaccino COVID-19 più recente prende di mira l'XBB.1.5, una sottovariante di Omicron la cui prevalenza negli Stati Uniti si era già ridotta a meno del 3% quando le persone hanno iniziato a ricevere i nuovi vaccini lo scorso settembre.

Nel periodo di due settimane terminato il 6 gennaio, XBB.1.5, che è emerso da un ramo diverso dell'albero genealogico Omicron da BA.2.86 e JN.1, sembrava essere fuori circolazione negli Stati Uniti, secondo il CDC Nowcast.

Fortunatamente, le ricerche di laboratorio e i tassi di ricoveri e decessi per COVID-19 suggeriscono che il vaccino XBB.1.5 protegge ancora dalle malattie gravi nell'era JN.1.

"Il nostro laboratorio e altri hanno dimostrato che... JN.1 è da 3 a 5 volte meno suscettibile agli anticorpi neutralizzanti rispetto alla variante XBB.1.5 contenuta nel booster aggiornato", il virologo David Montefiori, PhD, direttore del Laboratorio per l'HIV e Ricerca e sviluppo del vaccino COVID-19 presso il Duke University Medical Center, spiegato in un'e-mail.

"La maggior parte degli scienziati non è molto preoccupata per questa ridotta sensibilità perché i titoli degli anticorpi neutralizzanti rimangono in un intervallo ritenuto efficace".

BA.2.86 e JN.1 portano più di 30 mutazioni nelle loro proteine spike rispetto a XBB, ha osservato una [lettera di ricerca](#) pubblicata il 3 gennaio dal virologo dell'Università di Tokyo Kei Sato, PhD, e colleghi, che ha concluso che JN.1 sembra essere uno delle varianti SARS-CoV-2 che più eludono il sistema immunitario fino ad oggi. Ad esempio, gli autori hanno scritto: "JN.1 mostra una solida resistenza ai sieri vaccinali monovalenti XBB.1.5 rispetto a BA.2.86".

Tuttavia, nonostante la rapida diffusione di JN.1 e la dissomiglianza con XBB.1.5, nessuno chiede che i vaccini COVID-19 vengano aggiornati per colpire la nuova variante.

"Data l'attuale evoluzione della SARS-CoV-2 e l'ampiezza delle risposte immunitarie dimostrate dai vaccini monovalenti XBB.1.5 contro le varianti circolanti", il gruppo consultivo tecnico dell'OMS sulla composizione del vaccino COVID-19 [ha raccomandato](#) di mantenere l'attuale composizione del vaccino a dicembre.

Anche se l'ultimo vaccino COVID-19 potrebbe non prevenire in modo coerente le infezioni causate da JN.1 o altre sottovarianti circolanti di Omicron, può comunque ridurre la gravità della malattia in coloro che si ammalano, ha scritto Sato in una e-mail a JAMA.

"Lo scopo della vaccinazione è diminuire la gravità delle malattie", ha sottolineato Sato.

"Molte persone pensano che lo scopo della vaccinazione sia prevenire l'infezione, ma questo è sbagliato".

Tuttavia, i vaccini sono efficaci solo se le persone li ricevono.

Come si è visto con il vaccino bivalente che lo ha preceduto, l'adozione dell'ultimo vaccino COVID-19 è stata bassa.

Sebbene tutti i soggetti di età pari o superiore a 6 mesi fossero idonei per il vaccino bivalente, disponibile a partire da settembre 2022, secondo il CDC [solo il 17% della popolazione statunitense](#) lo aveva ricevuto al 10 maggio 2023. (La dichiarazione federale sull'emergenza sanitaria pubblica COVID-19 è terminata l'11 maggio, così come l'aggiornamento di routine delle statistiche sulle vaccinazioni da parte del CDC.)

Secondo un [sondaggio Gallup](#) condotto la prima settimana di dicembre, circa il 29% degli adulti statunitensi ha dichiarato di aver ricevuto l'ultimo vaccino COVID-19, rispetto al 47% che ha affermato di aver ricevuto il vaccino antinfluenzale di questa stagione.

"Le persone che vediamo ricoverate in ospedale oggi sono generalmente persone appartenenti a categorie ad alto rischio che non hanno tratto vantaggio dal vaccino aggiornato", ha detto Schaffner.

### **Ritorno al futuro**

Inevitabilmente, JN.1 raggiungerà il picco, se non lo ha già fatto, poiché varianti più nuove e intelligenti di SARS-CoV-2 lo sostituiranno.

"Nei prossimi mesi, molte persone verranno infettate dal JN.1", ha spiegato Sato nella sua e-mail di inizio gennaio.

Man mano che acquisiscono l'immunità anti-JN.1, ha detto, SARS-CoV-2 si evolverà per eluderla.

“A questo punto, la maggior parte del pianeta è stata vaccinata o infettata o entrambe le cose”, ha osservato Doria-Rose.

“Il virus è sotto pressione per continuare a mutare in modo da poter eludere l’immunità e infettare meglio”.

Di conseguenza, ha detto, questo autunno porterà sicuramente un altro vaccino anti-COVID-19 aggiornato.

“Se questo non fosse così orribile, sarebbe assolutamente affascinante”, ha detto Doria-Rose di SARS-CoV-2. “Si tratta di un virus animale che continua ad evolversi per adattarsi al suo nuovo ospite, che sono le persone”.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2814112>

**quotidianosanita.it**

## **Dengue. Boom di casi in Sud America.**

### **Il Ministero alza l’allerta in porti e aeroporti**

*Il Ministero raccomanda “agli USMAF-SASN di vigilare attentamente sulla disinsettazione degli aeromobili e di valutare l’opportunità di emettere ordinanze per l’effettuazione di interventi straordinari di sorveglianza delle popolazioni di vettori ed altri infestanti e di disinfezione. In Brasile 512.353 i casi sospetti registrati nelle prime 6 settimane del 2024. In Argentina 39.544 casi registrati e 29 decessi correlati.*

**13 FEB -**

“A causa dell’aumento globale dei casi di dengue si invitano gli Uffici di Sanità Marittima Aerea e di Frontiera (USMAF-SASN) ad innalzare il livello di allerta e vigilanza nei confronti dei vettori provenienti e delle merci importate dai Paesi in cui è frequente e continuo il rischio di contrarre la malattia”.

È quanto prevede una circolare del Ministero della Salute.

“Si ricorda – si legge - che il Regolamento Sanitario Internazionale prevede che l’aera aeroportuale/portuale e i 400 metri circostanti siano tenuti liberi da fonti di infezione e contaminazione, quindi anche roditori e insetti”.

Per questo il Ministero raccomanda “agli USMAF-SASN di vigilare attentamente sulla disinsettazione degli aeromobili e di valutare l’opportunità di emettere ordinanze per l’effettuazione di interventi straordinari di sorveglianza delle popolazioni di vettori ed altri infestanti e di disinfezione”.

**L’emergenza in Sud America.** I casi di Dengue in Brasile hanno superato quota mezzo milione. Secondo gli ultimi dati diffusi dal ministero della Salute del Paese sudamericano, aggiornati al 12 febbraio, sono 512.353 i casi sospetti registrati nelle prime 6 settimane del 2024: quasi il quadruplo rispetto ai 128.842 dell’anno scorso.

I morti per Dengue confermati da inizio anno sono stati 75 e sono in corso indagini su altri 350.

Lo stato di Minas Gerais è il più colpito (circa 171mila casi sospetti), seguito da San Paolo (oltre 83.651), Distretto Federale (64.403), Paraná (55.532), Rio de Janeiro (39.315), Goiás (31.809), Espírito Santo (14.107) e Santa Catarina (12.470), riportano i media locali.

Contro l’infezione trasmessa dalle zanzare il Brasile ha lanciato venerdì scorso una campagna di vaccinazione di massa che partirà dai bambini di 10-11 anni

Non solo Brasile. L’allarme Dengue in Sudamerica si allarga all’Argentina, dove l’infezione trasmessa dalle zanzare è stata rilevata in oltre la metà delle province del Paese. Il ministero della Sanità ha parlato di 39.544 casi registrati e 29 decessi correlati.

Circa 14 delle 24 province argentine hanno riferito una circolazione virale nel loro territorio: tutte le province delle regioni centrali e nord-orientali e 5 province nel nord-ovest del Paese, ha precisato il ministero.

Secondo il Bollettino epidemiologico nazionale ministeriale, in Argentina all’inizio di febbraio sono stati registrati 36.765 casi di Dengue a trasmissione locale, 1.813 casi importanti e altri 966 su cui si sta indagando.

Da fine agosto 2023 a inizio febbraio 2024, il tasso di trasmissione è stato di 86 casi ogni 100mila abitanti a livello nazionale.

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=120170](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=120170)

## COVID-19 e sicurezza dei pazienti: lezioni da 2 sforzi per garantire la sicurezza delle persone

Robert M. Wachter, medico<sup>1</sup>

*JAMA Intern Med.* 2024;184(2):127-128. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.7527

Le somiglianze tra errori medici e SARS-CoV-2 potrebbero non essere evidenti. Nel primo, la minaccia emerge dalle azioni o inazioni del sistema sanitario e, nel secondo, dagli effetti di un nuovo virus; uno è stato apprezzato appieno per la prima volta 25 anni fa, l'altro è esploso sulla scena nel 2020; uno è limitato alle strutture sanitarie e l'altro può essere ovunque.

Tuttavia, entrambe sono minacce alla salute emerse (nel caso del COVID-19) o riconosciute (nel caso degli errori medici) relativamente di recente e che richiedono che laici, professionisti e istituzioni intraprendano azioni per prevenire i danni. Un esame dei loro punti in comune e delle differenze rivela lezioni applicabili alle sfide sanitarie attuali ed emergenti, come l'epidemia di oppiacei, la violenza armata, il cambiamento climatico e i futuri agenti patogeni.

### Creare una piattaforma di masterizzazione per il pubblico, i professionisti e i politici

Per raccogliere risorse per affrontare un problema complesso è necessario che le parti interessate comprendano la gravità del problema. Prima della fine degli anni '90, gli errori medici erano visti come un inevitabile sottoprodotto di cure mediche complesse. Per affrontarli, i leader dell'allora nascente campo della sicurezza dei pazienti riconobbero la necessità di superare quell'accettazione fatalistica. Sebbene la scelta di alcuni leader di minimizzare il Covid-19 all'inizio della pandemia sia stata guidata più dalla politica o dallo scetticismo che dal fatalismo, <sup>1</sup> anch'essi hanno minimizzato la portata del problema.

Qualunque sia la fonte della minimizzazione, nelle crisi sanitarie la creazione di una piattaforma bruciante per il cambiamento richiede che le statistiche siano facilmente identificabili. Sia nella sicurezza dei pazienti che nel COVID-19, ciò è stato ottenuto utilizzando le stesse strategie: analogie e storie umanizzanti. Gli autori del fondamentale rapporto dell'Institute of Medicine del 1999, *To Err Is Human*, hanno creato la loro piattaforma riproponendo i dati di uno studio decennale sugli eventi avversi per stimare il bilancio annuale delle vittime di errori medici negli Stati Uniti. <sup>2,3</sup> Hanno poi convertito questa stima della mortalità (44.000-98.000 all'anno) nell'analogia più potente nella storia della medicina moderna: "Il numero di persone che muoiono a causa di errori medici è l'equivalente di un jumbo jet che si schianta ogni giorno." <sup>2</sup> Agli albori del COVID-19, analogie simili (uno stadio di calcio che vale la pena di morire o un 11 settembre ogni giorno) hanno aiutato a superare l'incredulità e l'autocompiacimento e a generare la necessaria attenzione.

Enumerare un bilancio aggregato con statistiche sui danni e sulle morti è essenziale, ma i grandi numeri di mortalità possono essere schiacciati, persino paralizzanti. (Come disse Joseph Stalin: "Una singola morte è una tragedia, un milione di morti è una statistica.") Per combattere tale indifferenza, è fondamentale umanizzare il bilancio della minaccia attraverso storie personali. Per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti, le tragiche morti di Betsy Lehman, Josie King e Jessica Santillan danno nomi e volti alle conseguenze degli errori medici. <sup>4</sup> Allo stesso modo, all'inizio della pandemia di COVID-19, il *New York Times* ha pubblicato un articolo intitolato "Faces That Can't Be Forgotten", ideato "per trasmettere il bilancio umano del Covid-19 dando volti e nomi al crescente numero di i morti..." <sup>5</sup> In ogni caso, erano necessari sia dati che storie per stimolare una risposta adeguata alla minaccia: una lezione importante riguardo alla comunicazione pubblica e professionale in medicina.

### Creare modelli mentali appropriati per comprendere il problema

Comprendere problemi complessi spesso richiede un'architettura cognitiva nuova o riproposta. Per decenni, la convinzione dominante è stata che gli errori medici fossero il risultato di fallimenti umani individuali, meglio affrontati svergognando e facendo causa al medico ritenuto colpevole. <sup>2,4</sup> Il progresso nella sicurezza dei pazienti è dipeso dall'accettazione di un nuovo paradigma, tratto dal lavoro di esperti, in particolare lo psicologo britannico James Reason, che ha studiato gli errori in altri settori come l'aviazione e l'energia nucleare. <sup>6</sup> La tesi centrale di Reason, secondo cui gli "incidenti organizzativi" <sup>6</sup> erano per lo più manifestazioni di fallimenti del sistema piuttosto che individuali, divenne il messaggio centrale di *To Err Is Human*. La sua rappresentazione grafica di questo paradigma era l'ormai famoso modello del formaggio svizzero, in cui i cosiddetti incidenti organizzativi si verificano tipicamente quando strati di protezione imperfetti (fette di

formaggio svizzero) si allineano per consentire agli inevitabili errori umani di scivolare via e causare danni. Il pensiero sistemico e il modello del formaggio svizzero rimangono oggi i paradigmi dominanti per la sicurezza dei pazienti.

È interessante notare che, subito dopo l'arrivo del Covid-19, il modello del formaggio svizzero è stato applicato alla sicurezza pandemica, anche se con una modifica importante.<sup>7</sup> Nella rappresentazione del COVID-19, gli strati di formaggio svizzero sono diventati le varie pratiche (ad esempio mascheramento, test, vaccini e ventilazione) che riducono ciascuna le probabilità di contrarre una forma grave di COVID-19. Sebbene nessuno degli strati offra sicurezza garantita, la loro combinazione porta a una protezione solida. Questo concetto è diventato fondamentale per attività e politiche preventive efficaci contro il COVID-19 e sarà senza dubbio utile per affrontare le future minacce all'assistenza sanitaria.

### **Le sfide della valutazione del rischio e dell'implementazione coerente**

Una delle principali sfide da superare nella prevenzione dei danni derivanti da una minaccia per la salute è che gli esseri umani non possono sempre valutare accuratamente il rischio o far fronte all'imprevedibilità. Per gli errori medici e il COVID-19, così come per una miriade di altre minacce per la salute, i rischi associati sono spesso probabilistici e ritardati. Quando il rischio è imprevedibile e le strategie preventive non producono risultati evidenti e immediati, la volontà delle persone di impegnarsi costantemente in pratiche sicure ne risente.

Nella sicurezza del paziente, ad esempio, la mancata esecuzione costante dei time-out preoperatori e dell'igiene delle mani di solito non comporta danni e, quando ciò accade, il danno può manifestarsi ore o giorni dopo. Questa mancanza di un risultato negativo certo e immediato mette a dura prova gli sforzi volti a promuovere un'applicazione coerente di comportamenti di riduzione del rischio. A noi è consentito promuovere queste attività fornendo informazioni sul loro valore, facendo appello alla professionalità e adottando misure di responsabilità (ad esempio, audit, rendicontazione locale o pubblica, incentivi e sanzioni).

Allo stesso modo, poiché è diventato estremamente difficile stimare il rischio di COVID-19 derivante da una determinata attività e un'esposizione che porta a un caso di COVID-19 non si manifesterà per diversi giorni, lasciate a se stesse alcune persone sceglieranno di seguire la sicurezza linee guida e alcune no: una circostanza pericolosa in una pandemia. Sebbene i mandati possano sembrare la risposta appropriata, in una nazione come gli Stati Uniti con una forte tradizione di individualismo, l'imposizione di mandati genera inevitabilmente una vigorosa reazione. Una lezione importante del COVID-19 è che, nelle future crisi sanitarie, i leader dovranno fare un lavoro migliore comunicando l'entità della minaccia e il vantaggio delle attività preventive: un'impresa non da poco di fronte a una popolazione scettica che ha accesso ai servizi sanitari. fonti di informazione quasi illimitate.

### **Mantenere la vigilanza e prevenire le ricadute**

Anche quando riusciamo a implementare comportamenti sicuri per combattere una minaccia significativa, la difficoltà di convincere le persone e le organizzazioni a sostenere questi comportamenti cresce nel tempo. Affrontare questa tendenza alla deriva è diverso negli ambienti professionali e non, come illustrano la sicurezza dei pazienti e il COVID-19.

Poiché la maggior parte delle attività di sicurezza del paziente si concentrano sul comportamento dei professionisti e sulle politiche e sulle pratiche delle organizzazioni sanitarie, potrebbe essere fattibile integrare le attività di riduzione del rischio in comportamenti e pratiche standard. Eppure, anche in questi contesti relativamente controllati, negli ultimi anni si sono visti forti segni di arretramento, accompagnati da appelli a rivitalizzare il campo della sicurezza.<sup>8,9</sup> Tuttavia, mantenere l'aderenza alle attività di prevenzione è ancora più difficile quando, come nel caso del COVID-19, la popolazione target non sono i professionisti ma la popolazione generale. Com'era prevedibile, l'adesione alle pratiche di prevenzione del COVID-19 (come il mascheramento e le vaccinazioni) è diminuita. Tuttavia, a differenza degli errori medici, per i quali il rischio sottostante è relativamente stabile, nel caso del Covid-19 la regressione è stata accompagnata (e in parte spiegata) da una significativa riduzione del livello di minaccia. Ciò a sua volta ha portato la maggior parte delle persone ad accettare l'attuale livello di rischio, certamente più basso, favorito dalla minimizzazione del potenziale danno delle infezioni (il rischio di COVID lungo, ad esempio) e dalla diffusa disinformazione riguardo al valore delle attività preventive.

### **Conclusioni**

Gli esempi della sicurezza dei pazienti e del COVID-19 illustrano che motivare comportamenti e politiche orientati alla prevenzione richiede una continua diffusione di dati e storie, una leadership forte e coerente e una combinazione di bastone e carota. James Reason ha affermato: "Se la vigilanza eterna è il prezzo della libertà, allora il disagio cronico è il prezzo della sicurezza",<sup>6</sup> e questo si applica alla prevenzione di ogni tipo di danno, sia esso derivante da un virus o da un errore medico. Riflettere sui nostri successi e sulle nostre sfide nell'affrontare gli errori medici e il COVID-19 può aiutarci a fare meglio mentre affrontiamo le minacce future alla nostra salute collettiva.

[https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2813850?guestAccessKey=012af271-4bbd-4913-9577-5276b809343c&utm\\_source=silverchair&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=article\\_alert-jamainternalmedicine&utm\\_content=etoc&utm\\_term=020624&utm\\_adv=000004150199](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2813850?guestAccessKey=012af271-4bbd-4913-9577-5276b809343c&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=etoc&utm_term=020624&utm_adv=000004150199)

## Covid, la nuova variante BA.2.87.1 arriva dal Sudafrica

*Il grado di trasmissibilità e la patogenicità sono ancora sconosciute. Ciccozzi: "Da tenere sotto controllo"*

*Una nuova variante di Sars-Cov-2 fa la sua comparsa sulla scena internazionale. E' stata scoperta in Sudafrica dallo stesso gruppo di scienziati che per primi hanno rilevato Omicron, ed è già stata identificata con la sigla Ba.2.87.1. Si tratta di una variante ipermutata: presenta infatti oltre 100 mutazioni, di cui più di 30 nella proteina Spike, evidenziano gli esperti su X.*

### *Il nuovo lignaggio*

*"Sono stati depositati 8 genomi di un nuovo lignaggio di Sars-CoV-2, con più di 100 mutazioni, dal Sud Africa. Questo è probabilmente il lignaggio più divergente identificato quest'anno", spiega Tulio de Oliveira, direttore del Centro per la risposta alla epidemia e l'innovazione alla Stellenbosch University, che l'ha identificata.*

*Il ricercatore illustra alcune caratteristiche principali del nuovo lignaggio, originariamente etichettato come Ba.2X.*

*La variante è stata rilevata fra metà settembre e metà novembre 2023: "è geneticamente distinta dai lignaggi Omicron attualmente circolanti (in particolare BA.2.86 e JN.1) - scrive de Oliveira - e l'analisi iniziale suggerisce che probabilmente è emersa da Ba.2 o dal nodo basale di Omicron".*

*Com'è nata? "L'ipotesi più plausibile, come nel caso di Ba.2.86, sarebbe un'infezione cronica seguita dalla trasmissione nella popolazione, in cui ha circolato non rilevata. Tuttavia, non possiamo escludere anche l'ipotesi di un serbatoio animale", spiega l'esperto.*

### *In Sudafrica i contagi restano bassi*

*"Il grado di trasmissibilità e la patogenicità sono ancora sconosciute - prosegue de Oliveira -*

*Per determinare quanto sia diffuso questo nuovo lignaggio, il Sudafrica ha aumentato la sorveglianza genomica, e al momento ci sono pochissimi segnali che si stia diffondendo ampiamente e possa sostituire l'attuale variante dominante JN.1". Ba.2.87.1 per ora non preoccupa.*

*In Sudafrica, dove è stata scoperta e circola ormai da un pò, i contagi restano bassi. Inoltre, "analisi preliminari indicano che Ba.2.87.1 è meno immunoevasiva rispetto a Jn.1.*

*Deve produrre ulteriori mutazioni per restare competitiva", rileva Raj Rajnarayanan, ricercatore e professore associato al Nyitcom all'università dell'Arkansas.*

### *Una variante da tenere sotto controllo*

*Ma è sempre bene mantenere alto il livello di guardia. La nuova variante "fa sempre parte della famiglia Omicron e sembra derivi da Ba.2, è assolutamente da monitorare e tenere sotto controllo. Speriamo che non diventi prevalente", spiega l'epidemiologo Massimo Ciccozzi.*

*Il centro di De Oliveira, lo stesso che ha rilevato Omicron, è "un centro di sorveglianza genomica importantissimo in Sudafrica, forse il più importante al mondo", aggiunge Ciccozzi.*

*Secondo l'esperto, Ba.2.87.1 "è una variante interessante perché ha molte mutazioni, più di 100, ma quello che colpisce è che di questo centinaio almeno 32 sembrano essere sulla proteina Spike", la chiave che permette l'ingresso del virus nelle cellule.*

*"Non solo. Si tratta di mutazioni non sinonime - spiega Ciccozzi - cioè c'è la sostituzione di un amminoacido con un altro che è totalmente diverso. Questo indica un'evoluzione importante del virus. In più la variante presenta 7 delezioni, quindi mancano proprio dei pezzi del virus: 3 sono sulla proteina Spike e 2 di queste 3 hanno almeno una delezione di 10 amminoacidi importanti sul segmento che serve al riconoscimento anticorpale. Anche questo fa parte dell'evoluzione del virus, che sacrifica parte di se stesso pur di evadere il sistema immunitario. Le delezioni sono, dunque, estremamente più importanti di una mutazione anche non sinonima. Insomma, il nuovo lignaggio di Sars-Cov-2 va monitorato e tenuto sotto controllo".*

[https://www.repubblica.it/salute/2024/02/02/news/covid\\_nuova\\_variante\\_sudafrica\\_ba2871-422042979/?ref=RHLF-BG-P8-S1-T1](https://www.repubblica.it/salute/2024/02/02/news/covid_nuova_variante_sudafrica_ba2871-422042979/?ref=RHLF-BG-P8-S1-T1)

# nature

## ***Il più ampio sondaggio post-pandemia rileva che la fiducia negli scienziati è elevata***

***Uno studio condotto su oltre 70.000 persone suggerisce che i livelli di fiducia variano da paese a paese e sono legati all'orientamento politico.***

*L'indagine globale ha indicato che le persone hanno nel complesso livelli di fiducia moderatamente elevati negli scienziati. Credito: Michael Candelori/Pacific Press Via Zuma Wire/Shutterstock*

---

*Le persone in tutto il mondo hanno un alto livello di fiducia negli scienziati e la maggior parte desidera che i ricercatori siano maggiormente coinvolti nel processo decisionale, secondo quanto emerge da un sondaggio globale con oltre 70.000 partecipanti. Ma i livelli di fiducia sono influenzati dall'orientamento politico e differiscono da una nazione all'altra, secondo lo studio, descritto in un preprint pubblicato online il mese scorso [1](#).*

*"Il messaggio generale è positivo", afferma James Liu, psicologo della Massey University of New Zealand ad Auckland. "Anche sulla scia della pandemia di COVID-19, che avrebbe potuto polarizzare fortemente la fiducia delle persone negli scienziati, i livelli di fiducia sono piuttosto elevati in una vasta gamma di dati demografici".*

*"I ricercatori utilizzano una misura di fiducia più solida rispetto agli studi precedenti che si concentravano solo su una o due dimensioni", afferma Nan Li, che studia come il pubblico interagisce con la scienza presso l'Università del Wisconsin-Madison. "Ho davvero ammirato le ambizioni degli autori di fare questo tipo di studio, che comprende ricercatori provenienti da tutto il mondo."*

*La portata rende l'indagine uno dei più grandi studi sulla fiducia negli scienziati mai condotti dall'inizio della pandemia.*

### ***Atteggiamenti mondiali***

*La sociologa Viktoria Cologna dell'Università Leibniz di Hannover, in Germania, e i suoi colleghi hanno intervistato 71.417 persone in 67 paesi. Nella maggior parte dei luoghi, i ricercatori hanno reclutato partecipanti online attraverso società di marketing, ad eccezione della Repubblica Democratica del Congo, dove hanno utilizzato sondaggi di persona. Agli intervistati è stato chiesto di indicare quanto fossero d'accordo con una dozzina di affermazioni sull'integrità, competenza, benevolenza e apertura degli scienziati, su una scala da 1 a 5. Un punteggio più alto indicava una maggiore fiducia.*

*Tra tutti i partecipanti, il punteggio medio di fiducia era moderatamente alto, pari a 3,62. Su scala globale, i partecipanti percepivano gli scienziati come dotati di elevata competenza, moderata integrità e intenzioni benevole. La valutazione complessiva dell'apertura al feedback è stata inferiore: il 23% dei partecipanti ritiene che gli scienziati prestino solo poca o pochissima attenzione ad altri punti di vista. Tre quarti delle persone concordano sul fatto che i metodi scientifici sono il modo migliore per scoprire se qualcosa è vero.*

*I partecipanti provenienti dall'Egitto avevano la maggiore fiducia negli scienziati, seguiti da India e Nigeria; in Albania, Kazakistan e Bolivia la fiducia è stata minore. I partecipanti in paesi come Stati Uniti, Regno Unito, Australia e Cina avevano livelli di fiducia negli scienziati superiori alla media, mentre quelli in Germania, Hong Kong e Giappone avevano livelli di fiducia inferiori alla media.*

### ***Fiducia e politica***

*Lo studio ha inoltre esplorato i legami tra la fiducia dei partecipanti negli scienziati e le loro inclinazioni politiche. A livello globale, un orientamento politico di "sinistra" era legato a una maggiore fiducia. Il team ha osservato questa associazione a livello nazionale in Canada, Stati Uniti, Regno Unito, Norvegia e Cina. Ma dei 67 paesi esaminati, in 41 – tra cui Nuova Zelanda, Argentina e Messico – il team non ha trovato alcuna associazione significativa tra orientamento politico e fiducia. E in alcuni paesi, tra cui Georgia, Egitto, Filippine, Nigeria e Grecia, le opinioni di sinistra erano legate a una minore fiducia.*

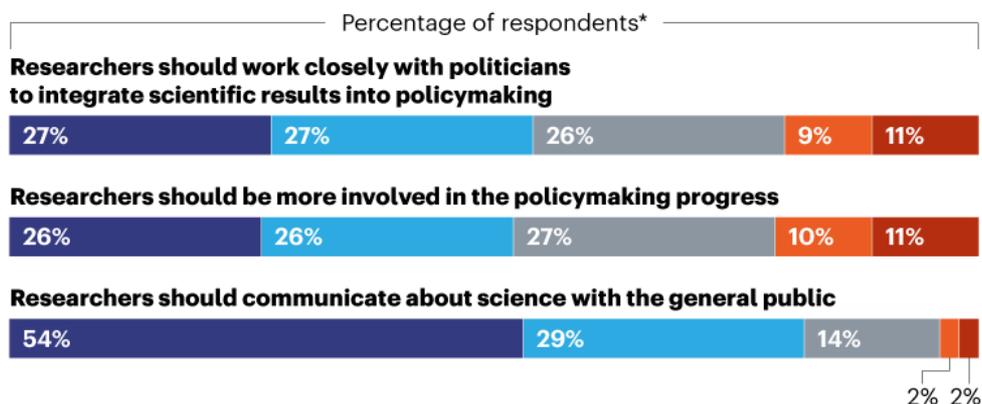
*"Questi risultati contrastanti possono essere spiegati dal fatto che in alcuni paesi i partiti di destra potrebbero aver coltivato riserve nei confronti degli scienziati tra i loro sostenitori, mentre in altri paesi i partiti di sinistra potrebbero averlo fatto", dicono i ricercatori nella pre stampa. Ad esempio, Nuova Democrazia, il partito di destra al governo greco, dal 2020 collabora costantemente con i ricercatori nell'attuazione di un'agenda di sanità pubblica, il che potrebbe spiegare perché in quel paese un orientamento politico di destra è legato a una maggiore fiducia negli scienziati.*

*"Riguarda la leadership dei partiti politici e il modo in cui trattano gli scienziati", afferma Liu. Il concetto di orientamento politico di destra o di sinistra può anche differire tra le persone di diversi paesi, rendendo difficile l'interpretazione dei risultati.*

## ENGAGING WITH POLICY

Many survey respondents think that scientists should communicate with the public about their work and participate in policymaking.

■ 5 — strongly agree ■ 4 ■ 3 ■ 2 ■ 1 — strongly disagree



©nature

\*Weighted by age, gender, level of education and country sample size. Percentages do not add up to 100 because of rounding.

Fonte: rif. 1 Fonte: Rif 1.

Più della metà degli intervistati ritiene che i ricercatori dovrebbero essere maggiormente coinvolti nella definizione delle politiche e dovrebbero lavorare a stretto contatto con i politici per integrare i risultati scientifici nella definizione delle politiche (vedi "Impegnarsi con la politica"). "Questi risultati sono intuitivi: se le persone si fidano degli scienziati, vorranno che siano coinvolti", afferma Liu.

"Ma entrare nell'arena delle politiche pubbliche come scienziato può rivelarsi una sorta di sport cruento", afferma. "Lo vediamo, ad esempio, nel fatto che gli scienziati del clima vengono ignorati e messi in dubbio da alcuni politici".

Liu ritiene che sia necessaria una maggiore formazione per gli scienziati che vogliono entrare nel processo decisionale e che molti ricercatori debbano migliorare le proprie capacità comunicative, "così siamo pronti per quell'arena turbolenta delle politiche pubbliche". Dallo studio è emerso che l'80% delle persone ritiene che i ricercatori dovrebbero comunicare sulla scienza con il grande pubblico.

Sebbene lo studio fornisca un'istantanea generale della fiducia nei ricercatori, anche i livelli di fiducia delle persone varieranno a seconda dei campi degli scienziati, afferma Li.

Il team prevede di rendere il set di dati globale liberamente accessibile online, per aiutare altri ricercatori a studiare l'argomento.

doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-024-00420-1>

quotidianosanita.it

**Carenze di farmaci. Nel 2023 la situazione è peggiorata ed ha riguardato ventisei Paesi europei. Il report dei farmacisti europei (Pgeu)**

Solo nei Paesi Bassi lo scorso anno sono state registrate 2.292 carenze, che colpiscono circa 5 milioni di persone. Nel 2023 ogni farmacia nell'UE ha dedicato in media quasi 10 ore settimanali a occuparsi di carenze di medicinali. Una stima che risulta triplicata negli ultimi 10 anni; tempo prezioso che potrebbe essere dedicato ad altri compiti utili come fornire consigli ai pazienti sull'uso sicuro ed efficace di medicinali. Pgeu: "Ai farmacisti dovrebbe essere concessa una maggiore flessibilità e la possibilità di sfruttare le proprie competenze".

**05 FEB -**

Dagli antibiotici, ai farmaci per il sistema cardiovascolare e respiratorio, alle cure anticancro e ai vaccini, parte dei medicinali continua a essere soggetto a carenze in Europa. È l'allarme lanciato nel recente [report](#) annuale "Pgeu Medicine Shortages Report 2023", redatto dal **Pharmaceutical Group of the European Union (Pgeu)**.

Lo studio indica che nel 2023 la situazione è peggiorata rispetto agli anni precedenti e il 100% dei 26 Paesi che hanno risposto alla survey, Italia inclusa, ha sperimentato carenze negli ultimi 12 mesi. Solo nei Paesi Bassi lo scorso anno sono state registrate 2.292 carenze, che colpiscono circa 5 milioni di persone. Altri paesi come Svezia, Portogallo e Spagna hanno registrato un aumento significativo aumento del numero di carenze. Rispetto ai 12 mesi precedenti, nel 2023, in 17 dei 26 paesi che hanno risposto la situazione è peggiorata (65%) ed è rimasta la stessa in 6 paesi (23%). Solo 3 Paesi, vale a dire Cipro, Grecia e Macedonia del Nord, hanno registrato miglioramenti rispetto all'anno precedente. Nel 2022, il 76% dei paesi che hanno risposto ha affermato che la situazione era peggiorata o era rimasta invariata nel 24% dei casi.

"Nonostante i farmacisti abbiano continuato i loro sforzi per trovare soluzioni, le carenze lasciano ancora molti pazienti senza il trattamento prescritto", commenta il presidente della Pgeu **Aris Prins**. "Questa situazione provoca frustrazione e disagio per i pazienti ed erode la loro fiducia nei confronti dei farmacisti e degli operatori sanitari sistema sanitario. Inoltre causano stress al personale della farmacia e impongono un supplemento di oneri amministrativi sul lavoro quotidiano delle farmacie". Nel 2023 ogni farmacia nell'UE ha dedicato in media **quasi 10 ore settimanali** a occuparsi di carenze di medicinali. Una stima che risulta triplicata negli ultimi 10 anni; tempo prezioso che potrebbe essere dedicato ad altri compiti utili come fornire consigli ai pazienti sull'uso sicuro ed efficace di medicinali. Le farmacie faticano ancora di più a fornire ai pazienti soluzioni alle carenze, data la situazione attuale mancanza di personale sanitario. Nel report si spiega anche che esistono forti differenze tra i paesi per quanto riguarda le opzioni che i farmacisti possono esplorare per trovare alternative – ad esempio sostituzione o combinazione – nel caso in cui il medicinale prescritto lo sia non disponibile. Ai farmacisti - secondo Pgeu - dovrebbe essere concessa una maggiore flessibilità e la possibilità di sfruttare le proprie competenze, conoscenza ed esperienza per assistere efficacemente i pazienti.

"La riforma della legislazione farmaceutica dell'UE rappresenta un'opportunità unica per costruire una più resiliente catena di approvvigionamento e migliorare la prevenzione, il monitoraggio e la gestione delle carenze. Tuttavia, abbiamo bisogno misure più immediate per affrontare questo problema cronico e invertire la tendenza negativa che i farmacisti denunciano da oltre un decennio. Sollecitiamo una notifica tempestiva delle carenze, per un'informazione più tempestiva ai farmacisti e una più equa redistribuzione dei farmaci tra i Paesi", conclude Prins.

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=119969](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=119969)

## **PNRR e sua implementazione**



**Emilia-Romagna/ Maxi-piano da oltre 46 mln per le strutture sanitarie: via libera all'accordo con la Salute su 17 progetti. Bonaccini e Donini: «Al lavoro per servizi sempre più qualificati per cittadini e comunità»**

Via libera dalla Giunta regionale all'accordo con il ministero della Salute per l'attuazione di un maxi-piano di interventi da 46,3 milioni di euro finanziato dal "Fondo per il rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e lo sviluppo del Paese".

*L'intesa, che sarà siglata digitalmente nei prossimi giorni, mette nero su bianco - spiegano dall'ufficio comunicazione - il cronoprogramma finanziario degli interventi, con la maggior parte dei fondi che saranno assegnati già per il triennio 2024-2026.*

*Un anno fa la presentazione dei 17 interventi individuati dalla Regione sulla base della ricognizione dei fabbisogni delle Aziende sanitarie territoriali, nell'ambito dei Piani di investimento 2022-2024; oggi la definizione dell'accordo con il ministero della Salute, che stanziava i fondi, destinati a due settori di intervento: edilizia sanitaria, con 7 progetti di ammodernamento, riqualificazione ma anche creazione di nuovi reparti e strutture, a cui vengono destinati 17 milioni di euro; efficientamento energetico e sostenibilità ambientale degli edifici, con 10 progetti finanziati con 29,3 milioni di euro.*

*«Con il via libera all'accordo le strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna avranno le risorse necessarie per realizzare gli interventi già approvati- affermano il presidente della Regione, Stefano Bonaccini, e l'assessore regionale alle Politiche per la salute, Raffaele Donini-.*

*È un piano di investimenti molto importante per la nostra regione che si affianca alla realizzazione dei Centri di assistenza e urgenza, e punta a dare ai cittadini servizi sempre più efficienti e qualificati, con progetti innovativi in campo edilizio capaci di guardare anche alla sostenibilità ambientale. Il nostro impegno, seppure in una situazione nazionale molto difficile, prosegue senza sosta per mantenere l'eccellenza della sanità pubblica e universalistica».*

### **Gli investimenti nei territori**

*Gli interventi previsti destinano nella provincia di Parma complessivamente 9 milioni e 990mila euro; in quella di Reggio Emilia 8,5 milioni; in quella di Modena 5 milioni e 550 mila euro; a Bologna 11 milioni e 950mila euro; a Imola 3 milioni di euro; a Ferrara 1 milione e 814mila euro; in Romagna (Ravenna, Forlì e Faenza) 5 milioni e 500mila euro. A cui vanno aggiunti i due nuovi ospedali di Piacenza e Cesena, che non fanno parte però di questo piano.*

*In base all'accordo con il ministero della Salute, la Regione si impegna a garantire il rispetto da parte delle Aziende sanitarie, in veste di stazioni appaltanti, della normativa nazionale ed europea in materia di appalti pubblici, mentre l'Osservatorio degli investimenti pubblici in Sanità effettuerà il monitoraggio degli interventi. La Giunta di Viale Aldo Moro dovrà presentare al ministero una relazione annuale sullo stato di avanzamento lavori e l'aggiornamento per ogni singolo intervento.*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-01-31/emilia-romagna-maxi-piano-oltre-46-mln-le-strutture-sanitarie-via-libera-all'accordo-la-salute-17-progetti-bonaccini-e-donini-al-lavoro-servizi-sempre-piu-qualificati-cittadini-e-comunita-190722.php?uuid=AF6QwLYC&cmpid=nlqf>

## Ospedali di Comunità in Lombardia: l'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie teme che ormai sia in atto un passaggio di mano al privato

La notizia è di quelle che non ha fatto tanto clamore sulla stampa e sui media, ma di per sé può introdurre una svolta significativa nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale in atto e nel ruolo che il privato vi può giocare.

Si tratta della Delibera XII/1435/27.11.2023<sup>1</sup> approvata il 27/11/2023 scorso da Regione Lombardia. Questa delibera specifica ulteriormente quanto indicato da Regione Lombardia sugli Ospedali di Comunità nella precedente Delibera XI/6760/2022<sup>2</sup>, che ha recepito gli indirizzi del Decreto Ministeriale 77/2022 riguardante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. A tale proposito, giova ricordare che il Decreto Ministeriale aveva specificato che *"l'ospedale di comunità è una struttura sanitaria di ricovero che offerisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero"*. Quanto alla sua collocazione poteva avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali oppure in una struttura ospedaliera, ma doveva essere *"sempre riconducibile ai servizi compresi nell'assistenza territoriale distrettuale"*. A questo proposito il documento di indirizzo elaborato da AGENAS sul metaprogetto per l'Ospedale di Comunità precisava comunque che, tendenzialmente, avrebbe dovuto essere inserito nella struttura dove sarebbe stata collocata la Casa della Comunità favorendo in questo modo l'efficacia del servizio per utenti e operatori.

Leggendo la nuova delibera regionale non viene messa in evidenza con sufficiente risalto e come priorità la necessità che l'Ospedale di Comunità sia un servizio territoriale-distrettuale, mentre l'elenco dei requisiti funzionali, tecnologici e organizzativi richiesti sembra orientare verso una sua collocazione preferenziale all'interno di ospedali per acuti. Questa tendenza era già stata notata dal Rapporto OASI del CERGAS del 2022, che aveva esaminato la fase iniziale della programmazione degli Ospedali di Comunità in alcune aziende sanitarie della Lombardia. Un esame dei progetti realizzati o in corso per l'attivazione delle strutture finanziate nel quadro del rinnovamento delle Cure Primarie conferma ciò in quanto, per una parte sostanziale degli Ospedali di Comunità, si prevede la loro realizzazione in ambito ospedaliero. È chiaro che tale collocazione configura di fatto gli Ospedali di Comunità come "reparti ospedalieri" più che servizi territoriali, destinati così a funzionare, in modo ancillare, da appendici dei reparti per acuti che ne diventerebbero i principali utilizzatori al fine di accelerare o parcheggiare le dimissioni "scomode". Riteniamo invece che l'Ospedale di Comunità dovrebbe essere un servizio rigorosamente distrettuale, non ospedaliero o residenziale; in altre parole dovrebbe dare una risposta concreta e temporanea a quelle situazioni dove il contesto familiare-abitativo non è in grado di far fronte a problemi di salute emergenti che non richiedono intensità assistenziali da ospedale per acuti ma che, se il contesto è in grado di garantire un livello di presenza-assistenza adeguato, possono essere risolte a casa. L'Ospedale di Comunità si deve configurare quindi come un "appoggio domiciliare transitorio" e, soprattutto, l'attenzione dovrebbe essere tutta orientata ad organizzare "il dopo", non tanto "il presente durante la permanenza". Certamente una struttura privata esterna ad una logica territoriale di "Distretto" e di "Casa della Salute/Comunità" non può avere questa visione, ma avrà solo l'obiettivo di incamerare la remunerazione per ogni giorno di "ricovero" e per ogni "cliente": quindi cercherà

di tenere i “posti pieni”, con ricoveri più lunghi possibile... e per quello che accade dopo la dimissione: “Qualcun altro ci penserà”.

Tutto ciò è aggravato da un ulteriore problema. La delibera afferma in premessa che lo sviluppo degli Ospedali di Comunità va inquadrato anche nell’ambito della “rete dei gestori privati accreditati di strutture sanitarie” ed avvia i bandi per manifestazioni di interesse rivolte ad enti pubblici e privati interessati all’assegnazione e contrattualizzazione di posti letto di Ospedali di Comunità. Viene anche stabilita una tariffa giornaliera per la remunerazione dei ricoveri da parte della Regione, pari a 154 Euro per i primi 30 giorni, con successive riduzioni in caso di prolungamento della degenza. I requisiti previsti di fatto sono difficilmente percorribili dal pubblico, favorendo così gli enti privati, che gestiscano sia attività ospedaliere, sia strutture socio-assistenziale, come le RSA. Se si considerano non solo gli ospedali ma anche le RSA, che in Lombardia sono quasi totalmente di natura privata, si capisce quanto questa possibilità risulti allettante per una vasta platea di soggetti privati che operano nel mercato dell’assistenza.

In tal modo non solo si darebbe il via alla privatizzazione di un importante servizio delle Cure Primarie, riducendo un presidio di comunità che dovrebbe essere completamente integrato nell’attività distrettuale e delle Case della Comunità, a erogatori di prestazioni svincolati da qualsiasi programmazione territoriale e da obiettivi di salute. Questo riguarderebbe in parte anche le strutture a gestione pubblica, indotte in tal modo a funzionare anch’esse secondo una logica privatistica, in concorrenza con le private.

In realtà, a difesa della Regione Lombardia, si potrebbe obiettare che tutto questo era già stato previsto. In effetti, cercando nelle pieghe di una voluminosa delibera del maggio 2022, cioè quasi due anni fa, dal titolo neutrale “*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2022*”<sup>3</sup>, si poteva trovare nell’allegato 7 un’anticipazione in poche righe di quanto poi è emerso alla fine del 2023. Veniva infatti indicato che sarebbe stata aperta la contrattazione per erogatori pubblici e privati accreditati di 220 posti letto in 11 Ospedali di Comunità per un totale di 40 distribuiti nelle ATS della Lombardia.

Allora pochi avevano notato questa clausola, ma ora appare chiaro che si trattava di un preannuncio di un progetto più ampio di una vasta privatizzazione delle Cure Primarie di cui ora vediamo gli sviluppi e la portata.

*A nome dell’Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*

*Angelo Barbato, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS*

*Fulvio Lonati, Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete – Salute a Km 0*

---

<sup>1</sup> <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-1435-legislatura-12>

<sup>2</sup> <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-6760-legislatura-11>

<sup>3</sup> <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/e4d27983-0943-43ff-86d7-7475805fd2d1/DGR+6387+del+16+maggio+2022.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e4d27983-0943-43ff-86d7-7475805fd2d1-oRAnmKn>



### **Edilizia sanitaria: le proposte della X commissione del Senato per sbloccare 10,9 miliardi incagliati**

**Barbara Gobbi**

Via libera all'unanimità da parte della Commissione X del Senato (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) al documento conclusivo sull'Indagine conoscitiva in tema di edilizia sanitaria. Una grande incompiuta per eccellenza: con la legge-madre 67 del 1988 era stato dato avvio a un programma di spesa per investimenti in ambito sanitario che in 30 anni è stato finanziato più volte con risorse a carico del bilancio statale, per un totale di circa 34 miliardi.

In buona parte ancora inutilizzati - come sottolinea la Relazione della commissione guidata dal senatore **Franco Zaffini** (Fratelli d'Italia): al 31 dicembre 2022 erano stati sottoscritti 91 accordi di programma per 24,3 miliardi, per un importo a carico dello Stato pari a 13,8 miliardi, di cui 11,5 miliardi ammessi a finanziamento (per 2.622 interventi complessivi), pari a circa l'83,18 per cento delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti. L

e risorse assegnate alle regioni al 31 dicembre 2022 e disponibili per la sottoscrizione di Adp - si legge nella Relazione - ammontano a circa 10,9 miliardi di euro.

Più nel dettaglio, osservando solo le regioni, sulla base delle richieste di pagamento pervenute, la Ragioneria generale dello Stato ha complessivamente trasferito 10,9 miliardi (di cui circa 9 relativi all'attuazione degli Accordi di programma e il resto relativo a ulteriori finalizzazioni). Dati messi in fila dal Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria, riqualificazione e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico istituito ad aprile 2022 dal Cipess per fare luce sullo stallo, evidenziato a più riprese anche dalla Corte dei conti.

E proprio quel Tavolo, che ha avviato una interlocuzione proficua con le Regioni, la commissione nella sua Relazione propone di trasformare in Cabina di regia permanente, "anche per le funzioni di monitoraggio del programma degli interventi".

«Abbiamo votato all'unanimità il provvedimento con alcune note che tengono conto in particolare delle correzioni che aveva proposto il Gruppo 5 Stelle - spiega poi a caldo il presidente Zaffini - rivedendo il testo in particolare quando si parla di partenariato pubblico-privato, dando cioè l'indicazione che abbiamo trovato condivisibile di privilegiare quando possibile le risorse pubbliche rispetto a quelle private». Ma per il senatore di FdI la Relazione è nel complesso un «primo passo per agire in sede normativa e programmare modifiche dell'impianto normativo che sovrintende all'articolo 20, anche tenendo conto delle indicazioni arrivate dalla manovra 2024».

#### **Le proposte in campo**

Primo degli otto punti indicati dalla Commissione, la "necessità di aggiornare e semplificare la Metodologia ex ante (MexA)", definita nel 2008, così come "i contenuti dei modelli previsti (Modelli A, B e C) e le modalità di acquisizione delle informazioni nel sistema Nsis".

Poi, occorrono linee guida per standardizzare i processi base, come la programmazione regionale di settore, e andranno individuate e divulgate le best practices di regioni più virtuose a beneficio di tutte.

E ancora, "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".

In campo inoltre la proposta - sempre con riferimento al miglioramento dell'attività di progettazione - 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, mediante uno stanziamento aggiuntivo a carattere pluriennale sul bilancio dello Stato".

Secondo la Commissione, uno stanziamento aggiuntivo di 1 milione consentirebbe, ai tassi vigenti, di concedere nuove anticipazioni per circa euro 100 milioni.

Poi, occorre lavorare su numeri e competenze del personale e qui entra in gioco un'ipotetica Cabina di regia e, nelle more, il Tavolo tecnico creato dal Cipess: "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 e operanti nel campo dell'assistenza tecnica.

Nelle more si potrebbe conferire carattere permanente al Tavolo tecnico operante presso la Presidenza del Consiglio Dipe, anche per le funzioni di monitoraggio del programma di interventi".

Contro i rischi della “cattiva progettazione degli interventi”, la X commissione riporta la proposta della Corte dei conti: valutare la possibilità di introdurre una qualche penalità in caso di revoca, ad esempio prevedendo che una quota dell'importo (il 5-10%) sia sottratta alla disponibilità dell'ente per essere destinata a 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.

Infine, il punto 8 sul Ppt: “Alla luce delle difficoltà pratiche riscontrate nella realizzazione di grandi interventi edilizi - si legge nel testo emendato su indicazione della senatrice **Elisa Pirro** (M5S) - con la modalità del partenariato pubblico/privato e delle criticità sollevate da alcuni soggetti auditi si ritiene auspicabile privilegiare, ove possibile, l'utilizzo di risorse pubbliche o comunque messe a disposizione da altre istituzioni pubbliche”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-02-14/edilizia-sanitaria-proposte-x-commissione-senato-sbloccare-109-miliardi-incagliati-193922.php?uuid=AftDmriC&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

**Intramoenia. Nel 2022 tornano a crescere le prestazioni a pagamento negli ospedali pubblici che superano i 4,9 milioni. Ma in molti casi se ne fanno troppe rispetto al tetto e le agende ancora non sono gestite al 100% dai Cup**

di L.F.

Sono alcuni dei numeri contenuti nell'ultimo rapporto Agenas che monitora i tempi di attesa e i volumi delle prestazioni libero professionali in intramoenia. Ortopedia, cardiologia e ginecologia le prestazioni più richieste. Il rapporto evidenzia anche la percentuale tra le prestazioni di ricovero eseguite in attività libera professione e quelle effettuate in attività istituzionale in alcune aziende e per diverse prestazioni, è stata spesso superiore al 100%, tetto fissato dal Piano nazionale di governo delle liste d'attesa.

**21 FEB -**

Dopo una forte riduzione sia in istituzionale sia in ALPI registrata nell'anno 2020, dovuto all'emergenza Covid, emerge un netto recupero delle prestazioni; nello specifico, nel 2019, le prestazioni erogate in ALPI erano 4.765.345 e quelle in istituzionale erano 58.992.277, mentre nel 2022 quelle erogate in ALPI 4.932.720 e quelle in istituzionale 59.793.294. è quanto emerge dal Report "Monitoraggi Nazionali ex ante dei tempi di attesa per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) e volumi di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in attività Istituzionale e ALPI" curato da Agenas.

Il Rapporto, relativo all'anno 2022, presenta i dati dei quattro monitoraggi svolti in modalità ex ante (al momento della prenotazione) delle prestazioni prenotate in attività libero professionale nell'anno 2022 (gennaio, aprile, luglio, ottobre)

La rilevazione ha evidenziato che la maggior parte delle richieste (circa il 78%) riguardano le visite specialistiche; di contro il 22% di prenotazioni riguarda le prestazioni diagnostiche.

La rilevazione delle prenotazioni in ALPI, effettuate nei monitoraggi di gennaio, luglio, aprile e ottobre 2022, ha evidenziato che la maggior parte delle richieste (circa il 78% del totale) riguardano le visite specialistiche; di contro il 22% di prenotazioni riguarda le prestazioni diagnostiche.

**Le visite più prenotate in intramoenia sono:** la visita ortopedica (12.042 prenotazioni a gennaio, 9.946 ad aprile, 13.584 a luglio e 9.250 ad ottobre), la visita cardiologica (10.745 prenotazioni a gennaio, 12.058 ad aprile, 9.045 a luglio e 11.836 ad ottobre), la visita ginecologica (9.718 prenotazioni a gennaio, 9.506 ad aprile, 8.640 a luglio e 10.315 ad ottobre).

**Per quanto riguarda le prestazioni strumentali,** quelle maggiormente richieste sono l'elettrocardiogramma (5.824 prenotazioni a gennaio, 6.439 ad aprile, 4.930 a luglio e 6.563 ad ottobre), l'ecografia all'addome inferiore, superiore e completo (1.881 prenotazioni a gennaio, 2.439 ad aprile, 1.879. a luglio e 2.302 ad ottobre), l'eco (color) dopplergrafia cardiaca (1.746 prenotazioni a gennaio, 1.926 ad aprile, 1.456 a luglio e 1.874 ad ottobre) e l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella (1.641 prenotazioni a gennaio, 1.737 ad aprile, 1.497 a luglio e 1.902 ad ottobre).

Come registrato negli ultimi anni, la visita cardiologica (588.343) la prestazione più erogata in ALPI, seguita dalla visita ginecologica (476.643) da quella ortopedica (466.466), dall'elettrocardiogramma (357.526) e dalla visita oculistica (354.319).

Nel 2022, l'elettrocardiogramma (4.019.765) è la prestazione più erogata in attività istituzionale, seguita, dalla visita ortopedica (3.913.053), dalla visita oculistica (3.863.165), dalla TC (3.549.498) e dalla visita cardiologica (3.423.248).

#### **Confrontando i dati a livello nazionale nei quattro monitoraggi:**

✓ circa il 56% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni;

✓ circa il 30% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale);

✓ per il 14% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni.

La mammografia si conferma essere la prestazione che registra invece la percentuale più bassa di prenotazioni entro i 10 giorni (mammografia monolaterale 19%, mammografia bilaterale 38%), 7 seguito da fotografia del fundus (38%), visita neurologica (42%), dalla colonscopia totale con endoscopio flessibile (46%) ed ecografia bilaterale della mammella (47%).

#### **Luogo di erogazione dell'attività libero professionale**

Considerando i quattro monitoraggi insieme, l'89,9% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 9,8% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione). Solo un residuo pari a 0,3% di attività viene svolta ancora presso studi non ancora collegati in rete. Tale criticità è circoscritta in cinque Regioni/PA, 2 in più rispetto al 2021 ma con percentuali più basse (Basilicata 0,6%, Campania 1,3%, Lazio 0,6%, Piemonte 2,6%, e Sicilia 0,9%).

#### **Agende di prenotazione (gennaio, aprile, luglio e ottobre 2022)**

A livello nazionale nel 2022, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP (con percentuali superiori al 90% ma ancora non al 100% nelle seguenti due Regioni/PA: Calabria e Lombardia).

Considerando nell'insieme tutte le rilevazioni del 2022 si è riscontrato che 12 Regioni/PA, una in più del 2021 (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto) utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. Per le rimanenti Regioni è possibile notare come 6 (Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Piemonte, Sardegna e Sicilia) registrano prenotazioni attraverso il CUP con una percentuale tra il 60% e l'80% del totale.

#### **L'analisi dettagliata dei volumi di prestazioni a livello aziendale consente di monitorare l'equilibrio del rapporto tra l'attività erogata in ALPI e quella erogata in regime ISTITUZIONALE.**

Tale rapporto non deve superare il 100%. In 16 regioni su 21 si rileva almeno una situazione in cui il suddetto rapporto è superiore a 100% soprattutto nell'ambito della visita e dell'ecografia ginecologica.

Come registrato negli ultimi anni, la visita cardiologica (588.343) la prestazione più erogata in ALPI, seguita dalla visita ginecologica (476.643) da quella ortopedica (466.466), all'elettrocardiogramma (357.526) e dalla visita oculistica (354.319). Nel 2022, l'elettrocardiogramma (4.019.765) è la prestazione più erogata in attività istituzionale, seguita, dalla visita ortopedica (3.913.053), dalla visita oculistica (3.863.165), dalla TC (3.549.498) e dalla visita cardiologica (3.423.248).

Anche i risultati dei monitoraggi del 2022 confermano la disomogeneità presente tra i diversi livelli di governo dell'attività libero professionale nei singoli contesti locali. A livello nazionale nel 2022, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso **l'agenda gestita dal sistema CUP** (con percentuali superiori al 90% ma ancora non al 100% nelle seguenti due Regioni/PA: Calabria e Lombardia).

Considerando nell'insieme tutte le rilevazioni del 2022 si è riscontrato che 12 Regioni/PA, una in più del 2021 (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto) utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. Per le rimanenti Regioni è possibile notare come 6 (Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Piemonte, Sardegna e Sicilia) registrano prenotazioni attraverso il CUP con una percentuale tra il 60% e l'80% del totale.

#### **Equilibrio ALPI/ISTITUZIONALE**

Analizzando le rappresentazioni tramite box plot dei rapporti percentuale delle prestazioni erogate in ALPI sulle prestazioni erogate in ISTITUZIONALE in ogni singola struttura nel 2019, nel 2020 e nel 2021

emerge che in alcune Aziende il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE supera il 100%; inoltre nel 2021 in alcune aziende si registrano segni di miglioramento, dove la percentuale si è ridotta al di sotto del 100%, nello specifico:

- **VISITA CARDIOLOGICA/ELETTROCARDIOGRAMMA:**

si nota un peggioramento in un'azienda della Regione Umbria che passa dal 63% nel 2021 al 144% nel 2022, mentre si registra un miglioramento in un'azienda della Regione Campania nel 2022 (261% del 2021, 81% del 2022). Si registra, inoltre, un'azienda campana con una percentuale pari al 293% nel 2022.

- **VISITA CHIRURGIA VASCOLARE:**

si registra un miglioramento in un'azienda della Regione Basilicata nel 2022 (116% del 2021, 99% del 2022), si nota un peggioramento in una azienda delle seguenti Regioni:

1) Emilia- Romagna passando dal 99% nel 2021 al 114% nel 2022;

2) Liguria passando dal 94% nel 2021 al 108% nel 2022;

3) Sardegna passando dal 98% nel 2021 al 103% nel 2022.

Inoltre, in Sicilia si registra un peggioramento in due aziende (la prima passa dal 44% nel 2021 al 114% nel 2022, mentre la seconda passa dal 30% del 2021 al 113% del 2022).

- **VISITA ENDOCRINOLOGICA:**

in un due aziende della Regione Sicilia il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE passa dal 0% nel 2021 al 128% nel 2022 e dal 82% al 141%, pertanto si assiste ad un peggioramento.

- **VISITA NEUROLOGICA:**

si registra un miglioramento in un'azienda della Regione Campania nel 2022 (138% del 2021, 87% del 2022).

- **VISITA ORTOPEDICA:**

Un'azienda della Regione Campania mostra un miglioramento, il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE è 185% del 2021 mentre nel 2022 74%. Mentre nel 2022 in un'azienda marchigiana si registra un peggioramento passa dal 95 % al 109% e si registra un peggioramento anche in un'azienda siciliana che passa dal 51% nel 2021 al 304% nel 2022.38

- **VISITA GINECOLOGICA:**

si nota un miglioramento in 5 aziende:

o una della Regione Abruzzo dal 134% nel 2021 al 123% nel 2022;

o un'azienda della Basilicata dal 110% nel 2021 al 84% nel 2022;

o una emiliana dal 115% nel 2021 al 109% nel 2022;

o due aziende piemontese la prima dal 135% nel 2021 al 78% nel 2022 e la seconda dal 111% nel 2021 al 103% nel 2022;

o due della Regione Sicilia la prima dal 168% nel 2021 al 90% nel 2022, la seconda dal 122% nel 2021 al 70% nel 2022;

o un'azienda umbra dal 203% nel 2021 al 173% nel 2022;

o un'azienda veneta dal 102% nel 2021 al 84% nel 2022;

mentre si registra un peggioramento in 8 aziende:

o due aziende dell'Emilia-Romagna la prima dal 122% nel 2021 al 124% nel 2022, la seconda dal 103% nel 2021 al 112% nel 2022;

o una della Regione Liguria dal 68% nel 2021 al 120% nel 2022;

o un'azienda piemontese al 109% nel 2021 al 113% del 2022;

o un'azienda siciliana dal 91% nel 2021 al 159% nel 2022;

o una della Regione Toscana dal 55% nel 2021 al 110% nel 2022;

o un'azienda della Regione Umbria dal 197% nel 2021 al 241% nel 2022;

Un'azienda della Calabria registra una percentuale pari a 158%, negli anni precedenti non aveva inviato i dati, pertanto, non si possono effettuare confronti.

- **VISITA OTORINOLARINGOIATRICA:**

Si registra un peggioramento in un'azienda calabra dal 79% nel 2021 al 101% nel 2022 mentre si registra un miglioramento in un'azienda campana dal 102% nel 2021 al 1% nel 2022 ed in un'azienda del Piemonte dal 148% nel 2021 al 98% del 2022.

- **VISITA UROLOGICA:**

si evidenzia un miglioramento in due aziende:

o in un'azienda campana dal 145% nel 2021 al 136% nel 2022;

o una siciliana dal 101% nel 2021 al 77% nel 2022;

mentre si registra un peggioramento in 4 aziende:

o una azienda dell'Emilia-Romagna dal 99% nel 2021 al 131% nel 2022;

o una della Regione Lombardia dal 64% nel 2021 al 126% nel 2022;39

o un'azienda marchigiana al 99% nel 2021 al 252% del 2022;

o un'azienda della Regione Umbria dal 29% nel 2021 al 142% nel 2022;

- **VISITA GASTROENTEROLOGICA:**

si nota un miglioramento in tre aziende, due liguri e una siciliana, le cui percentuali sono rispettivamente dal 110% nel 2021 al 98% nel 2022, dal 109% nel 2021 al 108% nel 2022 e dal 110% nel 2021 al 40% nel 2022, mentre si registra un peggioramento in un'azienda marchigiana che passa dal 92% nel 2021 al 109% nel 2022.

- **VISITA PNEUMOLOGICA:**

si registra un peggioramento ed un miglioramento in due aziende della Regione Campania che rispettivamente passano dal 122% nel 2021 al 156% nel 2022 nella prima, nella seconda dal 140% nel 2022 al 36% nel 2022.

- **RISONANZA MAGNETICA:**

si nota un peggioramento in un'azienda della Regione Sicilia che passa dal 28% nel 2021 al 186% nel 2022.

- **ECO (COLOR) DOPPLERGRAFIA CARDIACA:**

si registra un miglioramento in due aziende della Regione Campania rispettivamente dal 105% nel 2021 al 4% nel 2022, 121% nel 2021 al 31% nel 2022.

- **ECOGRAFIA OSTETRICA E GINECOLOGICA:**

Si nota un miglioramento in:

o un'azienda in Basilicata che passa dal 145% nel 2021 al 111% nel 2022;

o due aziende della Regione Campania che passano rispettivamente dal 150% nel 2021 al 97% nel 2022 e dal 131% nel 2021 al 3% nel 2022;

o una nel Lazio che passa dal 129% nel 2021 al 31% nel 2022;

o una siciliana dal 141% nel 2021 al 32% nel 2022;

o una nella Regione Valle d'Aosta dal 102% nel 2021 al 99% nel 2022;

mentre si registra un peggioramento in 4 aziende:

o due aziende dell'Emilia-Romagna dal 191% nel 2021 al 305% nel 2022 la prima,

mentre la seconda dal 94% nel 2021 al 103% al 2022;

o una della Sicilia dal 17% nel 2021 al 232% nel 2022;

o una della Regione Toscana che passa dal 19% nel 2021 al 280% nel 2022.40

- **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE UNICA:**

si registra un peggioramento in un'azienda siciliana dal 98% nel 2021 al 123% nel 2022

- **ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER):**

si registra un peggioramento in un'azienda campana dal 100% nel 2021 al 140% nel 2022

- **TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE/ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO:**

Si nota un miglioramento in:

o un'azienda in Sardegna che passa dal 129% nel 2021 al 0% nel 2022;

o un'azienda in Campania che passa dal 200% nel 2021 al 0% nel 2022;

o due aziende della Regione Sicilia che passano rispettivamente dal 325% nel 2021 al 6% nel 2022 e dal 400% nel 2021 al 17% nel 2022;

mentre si registra un peggioramento in 4 aziende:

o due aziende della Regione Lazio dal 28% nel 2021 al 896% nel 2022 la prima,

mentre la seconda dal 0% nel 2021 al 259% al 2022;

o una della Puglia dal 30% nel 2021 al 140% nel 2022;

o una della Regione Sardegna che passa dal 25% nel 2021 al 189% nel 2022.

- **SPIROMETRIA (SEMPLICE/GLOBALE):**

si nota un peggioramento in un'azienda della Regione Toscana dal 78% nel 2021 al 159% nel 2022.

- **ELETTROMIOGRAFIA:**

si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Piemonte dal 118% nel 2021 al 8% nel 2022,

mentre si registra un peggioramento in un'azienda del Veneto da 84% nel 2021 a 154% nel 2022.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120334](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120334)



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Monitoraggi Nazionali *ex ante* dei tempi di attesa per l'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) e volumi di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in attività Istituzionale e ALPI

Anno 2022



Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Tel. 06-427491

e-mail: [info@agenas.it](mailto:info@agenas.it)

[www.agenas.gov.it](http://www.agenas.gov.it)

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1708450420.pdf>

## Grandi ospedali/ Schillaci: potenziare la rete territoriale con i fondi del Pnrr

*“Occorre potenziare e rendere efficace su tutto il territorio nazionale la medicina territoriale e su questo abbiamo i fondi del Pnrr e per questo ho stanziato nell’ultima Finanziaria dei fondi per assumere personale”. Lo ha detto il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, nel suo intervento alla presentazione del terzo Meeting dei Grandi Ospedali ricordando gli accessi nelle strutture di emergenza su tutto il territorio nazionale nel 2022, sono stati per oltre il 40% valutati codici bianchi e verdi”.*

*“Nei grandi ospedali c’è tanta qualità - prosegue Schillaci - i cittadini si lamentano delle liste d’attesa e non delle cure ricevute in ospedale, perché negli ospedali trovano risposte ai loro bisogni di salute. Bisogna agire a 360 gradi per rendere più moderna la sanità, utilizzare i fondi del Pnrr per la telemedicina, la digitalizzazione, le diagnosi a distanza. Questi sono tutti strumenti che vedo nell’ottica di superare le diseguaglianze, non solo tra Nord e Sud ma anche tra piccoli e grandi comuni. Tra zone centrali e zone con una collocazione geografica meno favorevole”.*

*Il Servizio sanitario nazionale, conclude il ministro, “è un orgoglio ma dopo 45 anni necessita di un ammodernamento. È cambiato il mondo della sanità, dobbiamo ricordarci di investire in prevenzione. Abbiamo una delle popolazioni più longeve del mondo ma dobbiamo far sì che oltre a vivere più a lungo i cittadini italiani vivano meglio”.*

*Dal canto suo **Domenico Mantoan**, direttore generale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali (Agenas) ha espresso preoccupazione per il recente accordo collettivo sulla medicina generale “che ha introdotto genericamente la visita solo su appuntamento negli studi ed eliminato il tetto delle 5 ore per l’attività libero-professionale del medico di famiglia”. Secondo Mantoan il risultato è che “tra poco i medici di medicina generale saranno introvabili da parte dei pazienti”.*

*Per **Giovanni Migliore**, presidente della Fiaso, “gli ospedali sono stati e sono il motore dell’innovazione, dell’eccellenza del servizio sanitario nazionale”. “Adesso gli ospedali sono di fronte a una nuova sfida - dice Migliore - che è quella dettata dalla nuova riforma della sanità territoriale, che non può fare a meno della capacità, della competenza e soprattutto della consuetudine delle strutture ospedaliere a realizzare soluzioni flessibili nell’interesse del paziente. Attraverso gli strumenti messi a disposizione dalle nuove tecnologie di comunicazione applicate in sanità, gli ospedali potranno finalmente realizzare una relazione intensa e che consenta effettivamente di assicurare quella continuità assistenziale che in passato è stato più difficile realizzare, proprio per la difficoltà di mettere in relazione la medicina e gli specialisti del territorio con chi all’interno dei grandi ospedali offriva le cure di alta specializzazione. Oggi ne abbiamo la possibilità e gli ospedali sono chiamati ancora una volta a fare la loro parte ed essere il centro propulsivo di questa grande innovazione nell’interesse del paziente”.*

*“Con l’intelligenza artificiale - continua Migliore - abbiamo già consuetudine perché nei nostri ospedali di fatto è presente all’interno di tutte le tecnologie che sono al servizio per esempio della terapia intensiva o della diagnostica per immagini. Oggi abbiamo l’opportunità di avere uno sviluppo di questa modalità operativa, che sfrutta le grandi capacità di calcolo. Come tutte le tecnologie numeriche, serve a supportare i professionisti in quelli che sono compiti di routine: attività di monitoraggio o la disamina di base di informazioni sanitarie, che per esempio, possono essere assolte più velocemente attraverso questi software. È evidente che è necessario poter contare anche su professionisti con competenze diverse e mi riferisco non solo ai medici ma a tutto il personale e agli operatori sanitari che lavorano nei nostri ospedali: è una sfida per la formazione”.*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-02-20/grandi-ospedali-schillaci-potenziare-rete-territoriale-i-fondi-pnrr-144607.php?uid=AFU7msmC&cmpid=nlqf>

## **Pronto soccorso. Schillaci: “Evitabili il 40% degli accessi. Occorre potenziare medicina territoriale con Case della Comunità che dovrebbero essere vicino agli ospedali”**

*Il Ministro della Salute in audizione in Commissione alla Camera nell'ambito dell'indagine sulla medicina di emergenza e sul Pronto soccorso. “Il problema del pronto soccorso non può essere affrontato da solo, deve essere posto all'interno di una visione della sanità moderna e attuale”. E poi fornisce le cifre della carenza di personale: “Si stima che manchino 4.500 medici e circa 10.000 infermieri a livello nazionale”.*

**20 FEB -**

*“Per il 2022, i dati del flusso EMUR riportano più di 17 mln di accessi in PS, con il 12% in codice bianco (max 240 minuti di attesa previsti), 50% in codice verde (max 120 min), 19% in codice azzurro (max 60 min), 17% in codice arancione (max 15 min), 2% in codice rosso (0 min). La stima degli accessi evitabili (codici bianco/verde con dimissione a domicilio) riporta una percentuale sul totale superiore al 40%”. A fornire questi numeri è stato il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** in audizione in Commissione Affari sociali alla Camera dei Deputati nell'ambito dell'indagine sulla medicina di emergenza e sul Pronto soccorso.*

*“Tra i punti critici in relazione ai fattori di ingresso – ha rilevato il Ministro –, fattori interni e fattori di uscita nella gestione degli accessi in urgenza all'assistenza ospedaliera, si evidenzia il coinvolgimento e la responsabilizzazione dell'assistenza extra-ospedaliera nella gestione degli accessi evitabili, l'implementazione di modelli organizzativi innovativi nella medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e nelle discipline a supporto, il miglioramento dei processi di osservazione e ricovero da PS, compreso l'efficientamento del turn-over e la gestione delle dimissioni”.*

*In questo senso il Ministro ha evidenziato che per risolvere alcune criticità del Pronto soccorso sarà fondamentale “cambiare e a modernizzare la sanità medicina territoriale che tra l'altro credo laddove possibile e penso alle Case o agli Ospedali di comunità dovrebbero essere pensati realizzati in prossimità degli ospedali perché questo fa sì che il cittadino si senta più sicuro se si rivolge a una struttura che magari poi è abbastanza vicina all'ospedale dove in caso di un codice più grave di quello che poteva pensare e può permettere di raggiungere una struttura ospedaliera più complessa in poco tempo”.*

**Schillaci ha fornito anche i numeri della carenza dei medici e degli infermieri** evidenziando che si “stima che manchino 4.500 medici e circa 10.000 infermieri a livello nazionale. Questo ha portato al ricorso a gettonisti/cooperative, con effetti deleteri sul sistema. Collegata al tema è anche la scarsa attrattività delle borse di specializzazione (solo la metà delle borse di Medicina d'emergenza-urgenza viene assegnata), dovuta alle condizioni di lavoro stressanti e pericolose (sia fisicamente che nel contenzioso medico-legale) e, d'altra parte, l'impossibilità di svolgere libera professione e la difficoltà nell'aggiornamento professionale”.

*“Desto preoccupazione – ha precisato – il numero dei contratti di specializzazione in medicina di Emergenza e urgenza assegnati: sono stati 510 pari al 47% dei posti disponibili nel 2021; nel 2022 sono stati 340 e nel 2023 sono stati 245 pari al 29% delle risorse stanziare a livello nazionale. Questa tendenza impone una riflessione ed è stata avviata una interlocuzione con il ministero dell'Università e le Regioni per individuare soluzioni efficaci e per valorizzare gli specializzandi nei percorsi meno attrattivi”, ha detto il ministro.*

**I**

**noltre, Schillaci ha ricordato l'incremento del fenomeno delle aggressioni ai sanitari:** “Negli ultimi tempi è stato registrato un notevole incremento degli episodi di aggressione nei confronti dei professionisti sanitari e socio sanitari. Tale fenomeno concorre chiaramente a rendere sempre più insostenibili le condizioni di lavoro degli operatori sanitari. Spesso si tratta di forme di violenza provenienti dagli stessi pazienti o dai loro caregiver, che si traducono in aggressioni fisiche, verbali o di comportamento. Proprio con l'obiettivo di contrastare questo fenomeno, con il decreto legge n. 34 del 2023, convertito con legge n. 56 del 2023, sono state adottate specifiche disposizioni volte da un lato ad aggravare le pene in caso di lesioni ai professionisti sanitari e socio sanitari con un'apposita fattispecie di reato, dall'altro a consentire con ordinanza del questore la costituzione di posti fissi della Polizia di Stato nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate dotate di un reparto di emergenza-urgenza.

**Sul sovraffollamento (overcrowding) e tempi di attesa in PS** questo Schillaci ha rimarcato che ciò “si deve allo squilibrio tra domanda di assistenza in PS e risorse strutturali disponibili in ospedale per fronteggiarla. L'aumento della domanda, al netto degli accessi inappropriati (essendo il PS dedicato alle condizioni di emergenza/urgenza), è imputabile sia a mutamenti epidemiologici (es. invecchiamento della

popolazione ed aumentata prevalenza delle malattie croniche) che a soluzioni organizzative ancora immature (es. assistenza extra-ospedaliera) o talora francamente problematiche (es. liste di attesa), oltretutto a dinamiche interne ai servizi di emergenza/urgenza e consuetudini consolidate nell'utenza (fattori di input). D'altro canto, dal lato dell'offerta, rimane critica la definizione dei percorsi di presa in carico (fattori di throughput) e delle interfacce su cui il PS può contare in uscita (OBI, ricovero, dimissione a strutture ambulatoriali ecc: fattori di output). Su tutto, appare critica la disponibilità dei posti letto e il turnover di questi ultimi, per i pazienti destinati a ricovero dal PS. L'attesa dei pazienti in PS (boarding) è la manifestazione più evidente nelle criticità del PS e ne è ampiamente studiata l'associazione negativa con esiti clinici e misure di efficienza dei processi".

"Il rispetto dei tempi - ha evidenziato il Ministro - , su base Regionale, viene uniformemente garantito per i codici bianco/verde (al cui interno ricadono gli accessi evitabili), mentre per azzurro, arancione e rosso si assiste ad un notevole variabilità (con spesso il mancato rispetto dei tempi massimi previsti). La dimissione a domicilio rappresenta la quota preponderante degli esiti di tutti gli accessi, toccando il 70% del totale. Il ricovero in degenza raggiunge il 12% del totale, mentre il ricorso all'OBI o alla "dimissione a struttura ambulatoriale" sconta delle importanti disomogeneità a livello regionale, così come, di pari passo, non è uniforme il recepimento da parte delle Regioni delle linee di indirizzo sopra citate".

"Noto con un po' di preoccupazione e anche un po' di dolore il fatto che, se andiamo a vedere le specialità più scelte dai giovani, non da quest'anno ma da almeno tre anni, sono tutte specialità nelle quali è possibile svolgere una libera professione autonoma.

Da professore universitario in aspettativa, credo che sia necessario che l'università faccia una riflessione all'interno dei corsi di laurea perché credo che **chi sceglie di fare il medico - l'ho detto e lo ribadisco a gran voce - non può pensare di avere solo un fine economico**", ha sottolineato Schillaci.

"Per chi opera nel pronto soccorso e nell'emergenza urgenza - ha ricordato il ministro - oltre ad incrementare l'indennità di specificità, è stato anche dato un vantaggio pensionistico". Ma questa non è l'unica area a scontare una mancanza di appeal fra i giovani medici. "In Italia, dalle statistiche recenti, ben 11 scuole di specializzazione hanno una scelta dei posti totali messi a concorso che non supera il 50%. Tra queste, oltre al pronto soccorso - rimarca Schillaci - da medico guardo con grande dispiacere il fatto che delle discipline fondamentali per il funzionamento di un ospedale, quali l'anatomia patologica o la radioterapia, vengono scelte molto poco dai giovani. Bisogna pensare a un sistema globale di ristrutturazione, a rendere più attrattive alcune specializzazioni e ci stiamo lavorando insieme al Mur. Ma anche far capire a chi sceglie di fare il medico che la scelta non può basarsi su un parametro economico".

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=120324](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=120324)



## **Fabbisogni di personale con algoritmo? Attenzione a non combinare guai, soprattutto in tempi di nebbia sui Lep**

Ettore Jorio

L'intelligenza artificiale si sta imponendo, come prevedibile, non solo nel concepimento delle procedure di calcolo previsionale ma ovunque, spingendosi sino all'attuazione degli eventi gestori.

Si sta insomma proponendo come soluzione a tutto, in sostituzione dell'esistente - un po' come fecero le catene di montaggio robotizzate nell'industria meccanica e non solo - e in complementarietà con esso.

### **Un provvedimento ministeriale sul filo di lana**

Una grande importanza assumerà anche nella pubblica amministrazione. Ne è un esempio lo schema di decreto interministeriale (la Salute di Schillaci e il Mef di Giorgetti), attuativo dell'art. 1, comma 269, della legge 234/2021 che è oramai alle battute finali, che fa entrare a gamba tesa il ricorso, anche se in via sperimentale, ad un algoritmo per determinare il fabbisogno di personale delle strutture erogative dell'assistenza ospedaliera (si vede IlSole24Ore del 6 febbraio scorso).

Una opzione, questa, che invero meravaglia perché non tiene conto di quell'utile discriminare che occorre alle organizzazioni della salute operanti prioritariamente nel sud più disagiato. Ma non solo.

### **Nel welfare uno non vale uno**

Ricorrere a una metodologia simile, seppure come esperienza empirica, così come pretesa dalla anzidetta legge di bilancio per il 2022, è da ritenersi non propriamente la strada ottimale per pervenire alla migliore performance della Pa.

Maggiormente per la sanità, ove il processo di individuazione del fabbisogno di personale deve essere necessariamente abbastanza complesso, perché subordinato ad esigenze della persona, in quanto tali assolutamente differenziate per territorio e composizione demografica.

Ciò nel senso che, atteso che esso compito di determinarlo è attribuito per norma alle aziende sanitarie, nel perfezionarlo occorre tenere conto – tra le altre - di variabili di vita, patrimonio strutturale, patologie radicate, rischi territoriali, cultura sociale ed economia, tali da condizionare l'organizzazione pubblica e la disponibilità delle risorse umane individuate per l'erogazione della salute pubblica, in quanto tali segnatamente differenziate.

### **Sono temi sui quali è vietato giocare, pena guai irreparabili**

Ebbene, proprio per questi motivi, tenuto conto degli anzidetti elementi di diversificazione caratterizzanti la previsione degli organici da destinare ai servizi pubblici, occorrerà stare ben attenti a non combinare guai, nel senso di fare diventare una tale metodologia regola generale.

Ciò perché dalla determinazione del fabbisogno viene a pagare pegno anche il bilancio di previsione, e dunque le relative coperture, con sopportazione pluriennale dei costi di personale, una volta perfezionato il contratto di lavoro con chi conseguirà la relativa occupazione negli organici della Pa interessata.

Ricorrere poi a formulazioni tratte da risultati demo-statistici da estendere a tutta la Pa di medesima species, cui verrebbe attribuito di definire il modello al quale fare sempre e comunque riferimento, andrebbe a creare un altro vulnus.

Verrebbe infatti lesa l'esercizio dell'autonomia riconosciuta a tutti gli enti territoriali, così come alle aziende sanitarie cui è conferita addirittura una autonomia imprenditoriale.

### **Le ricadute sull'economia e sul federalismo fiscale**

Una tale soluzione genererebbe un rischio gravissimo, quello di registrare ricadute negative tali da misurare il fabbisogno del personale prescindendo dalle reali necessità dell'ente di riferimento, imponendo così coperture in bilancio non affatto commisurate né alle esigenze di servizio, né alla domanda sociale e né tampoco alle disponibilità economiche che, di qui in poi, dovranno fare i conti con il patto di stabilità e crescita.

Del resto, nessun fabbisogno di personale può trovare ovunque cittadinanza senza le corrispondenti previsioni del bilancio preventivo e conseguente espletamento dei concorsi.

Non solo. Ma anche con l'introduzione a regime del federalismo fiscale, mettendo così in crisi il sistema dei fabbisogni standard, sia nella fase di programmazione che in quella di conduzione e gestione

Insomma, in un momento nel quale sono in corsa l'individuazione del Lep, la determinazione dei costi standard e fabbisogni standard quantitativi per gli enti locali, la definizione dei fabbisogni standard differenziati regionali per i Lep e non Lep nonché delle regole e dei valori garanti della perequazione, ricorrere ad algoritmi appare francamente negativamente creativo.

Senza contare che se, a seguito della verosimile approvazione definitiva del Ddl Calderoli, sarà attiva - in una ineludibile contemporaneità con i suddetti strumenti - l'opportunità per le Regioni di rivendicare una maggiore autonomia legislativa, ex art. 116 comma 3 della Costituzione, una siffatta sperimentazione sarebbe una inutile perdita di tempo e un grande spreco del danaro pubblico.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-02-08/fabbisogni-personale-algoritmo-attenzione-non-combinare-guai-soprattutto-tempi-nebbia-lep-165634.php?uuid=AF4CaeC&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

**Pnrr. Sostituzione di oltre 3 mila grandi apparecchiature ospedaliere slitta al 2026. Gemmato: "Differimento per esigenze Regioni". Bonafè (PD): "Liste d'attesa aumenteranno"**

"Il cronoprogramma del sub-investimento in questione, infatti, era stato costruito, in fase di prima programmazione, sulla base delle sole tempistiche dettate dall'adesione a convenzioni Consip per l'affidamento delle apparecchiature, senza tener conto dei lavori, in taluni casi necessari, per l'installazione delle grandi apparecchiature", ha spiegato il sottosegretario alla Salute rispondendo all'interrogazione del PD. Bonafè (PD): "Se il ministero della Salute avesse fatto una programmazione maggiormente accurata e capillare non avremmo perso tutto questo tempo".

**15 FEB -**

*Scontro in commissione Affari sociali alla Camera ieri sulla rimodulazione del Pnrr che, oltre a rivedere Case di Comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità, ha comportato uno slittamento per l'ammodernamento delle tecnologie diagnostiche negli ospedali.*

*"Per quanto concerne il differimento della scadenza massima prudenziale del Target M6C2-6 per la sostituzione di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie, da dicembre 2024 a giugno 2026, si fa presente che detto espediente si è reso necessario per rispondere ad alcune esigenze sollevate dalle Regioni/Province autonome. Il cronoprogramma del sub-investimento in questione, infatti, era stato costruito, in fase di prima programmazione, sulla base delle sole tempistiche dettate dall'adesione a convenzioni Consip per l'affidamento delle apparecchiature, senza tener conto dei lavori, in taluni casi necessari, per l'installazione delle grandi apparecchiature oggetto dell'obiettivo europeo", ha spiegato il sottosegretario alla Salute, **Marcello Gemmato**, rispondendo all'interrogazione presentata da **Simona Bonafè (Pd)** sul tema.*

*"In effetti, i Soggetti Attuatori hanno dovuto procedere alla selezione di professionisti a cui affidare l'incarico di progettazione delle opere da realizzare, in considerazione della peculiare tipologia di tali apparecchiature, che prevede, tra l'altro, attenzioni anche dal punto di vista di radioprotezione, oltre che per quanto concerne l'impiantistica. Ne è conseguito uno slittamento in avanti nell'iter di esecuzione delle opere rispetto a determinate tipologie di apparecchiature", ha aggiunto il sottosegretario.*

*"Ulteriori criticità sono emerse in relazione alle necessità organizzative espresse dai Soggetti Attuatori rispetto alle esigenze dei Territori, dovendo questi programmare la sostituzione progressiva delle grandi apparecchiature, senza gravare sull'erogazione dei Servizi. I Soggetti Attuatori hanno evidenziato, inoltre, la necessità di un innalzamento tecnologico delle apparecchiature sostituite, in funzione di quanto ad oggi presente sul mercato. Si è ottenuta, pertanto, tramite la rimodulazione degli obiettivi della Missione 6, la possibilità di un 'upgrade tecnologico' delle apparecchiature acquistate, ad invarianza del finanziamento complessivo concesso (esempio: TAC a 256 slices piuttosto che TAC a 128 slices).*

*Tale possibilità prevede la necessità di aderire o attivare procedure differenti da quelle inizialmente considerate, e comunque entro il rispetto delle tempistiche previste dal Piano. La rimodulazione degli interventi previsti all'interno dei CIS sottoscritti dalle Regioni/Province Autonome, sia in termini tipologici che di tempistiche realizzative (entro la scadenza massima di giugno 2026) dovrà prevedere, caso per caso, previa puntuale motivazione, l'attivazione di uno specifico percorso attraverso i Nuclei tecnici e i Tavoli istituzionali. Un altro risultato raggiunto dall'azione di rimodulazione è la possibilità di riutilizzo dell'apparecchiatura vetusta sostituita", ha proseguito.*

**Una risposta che non ha soddisfatto il PD.** *"Il governo Meloni ha sostanzialmente confermato che la rimodulazione del Pnrr causerà ritardi sulle liste d'attesa per la sanità. La nuova tempistica del Piano nazionale, oltre a ridurre le case di comunità e quindi i presidi sanitari territoriali, ha rimandato di due anni l'acquisto di oltre 3100 apparecchiature moderne come Tac, risonanze magnetiche, radiografie", ha commentato la vicepresidente dei deputati Pd **Simona Bonafè**.*

*"Se il ministero della Salute - ha concluso Bonafè - avesse fatto una programmazione maggiormente accurata e capillare delle sostituzioni di macchinari non avremmo perso tutto questo tempo e garantito diagnosi maggiormente accurate. Circa la metà del totale delle apparecchiature presenti in Italia infatti non è più in linea con l'attuale livello di innovazione e non sono dotate di tecnologie aggiornate".*

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=120223](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=120223)



## **Politecnico di Milano: nuovi modelli allo studio per ripensare l'infrastruttura ospedaliera**

**Stefano Capolongo\***

*In Italia il 50% delle infrastrutture ospedaliere non è adeguato ad accogliere i modelli organizzativi e sanitari resi necessari dalle nuove istanze sociali - in primis la crisi demografica - economiche e ambientali. Le linee guida esistenti e i requisiti di accreditamento strutturale per la progettazione ospedaliera risultano incompleti, datati ed eccessivamente prescrittivi.*

*Di conseguenza, diventa fondamentale affrontare l'obsolescenza dell'infrastruttura sanitaria, in termini sia concettuali sia fisici, con interventi di rigenerazione finalizzati a dar vita all'ospedale del futuro. Per questo è stata creata la piattaforma di ricerca multiattore Joint Research Partnership Healthcare Infrastructures (JRP HI) che opera per sviluppare e sperimentare strategie evolutive di innovazione progettuale, tecnologica, organizzativa, costruttiva e gestionale, verso un modello sempre più orientato alle esigenze di pazienti, caregivers e del personale sanitario.*

*Il progetto è guidato dal Politecnico di Milano Dipartimento ABC (Architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito) e Fondazione Politecnico di Milano con il coinvolgimento di imprese e istituzioni.*

*Oggi è sempre più necessario misurare le qualità di un ospedale e identificare adeguati requisiti e indicatori di monitoraggio per ciascun ambito tematico, in grado di traghettare gli ospedali contemporanei modelli di nuova generazione (Next Generation Hospital®), funzionali, sostenibili, digitali, sicuri, inclusivi e in rete con il territorio.*

*Naturale conseguenza di tale concezione è la definizione di nuovi modelli e framework metaprogettuali per aiutare i decisori e i policy-makers, le stazioni appaltanti e i progettisti a individuare i corretti dimensionamenti, le relazioni funzionali e spaziali e i requisiti prestazionali che un ospedale che guarda al futuro deve possedere. L'ospedale oggi deve diventare un polo urbano capace di promuovere salute e innovazione.*

*Una "città nella città" dove molteplici funzioni trovano spazio e relazioni in un'unica infrastruttura complessa.*

*Se prima si progettava l'ospedale "per posti letto" o eventualmente "per volumi di attività" la sfida ora è sviluppare il progetto delle infrastrutture per la salute sulla base dei processi sanitari e organizzativi previsti per il prossimo futuro.*

*La piattaforma di ricerca JRP sta contribuendo a ripensare in questi termini i requisiti per l'accreditamento delle architetture ospedaliere attraverso l'introduzione di indicatori prestazionali per ospedali di nuova generazione.*

*Durante questo primo triennio di ricerca (2022-2024), sono state fatte diverse ricerche volte a razionalizzare lo stato dell'arte e a definire gli standard imprescindibili basandosi su evidenze pratiche e risultati internazionali.*

*Anche la misurazione degli aspetti legati allo spazio fisico è un aspetto strategico. Grazie a tali studi, è stato disegnato un modello funzionale in base al quale l'infrastruttura è classificata in 15 macroaree funzionali e 55 aree funzionali collocate secondo determinati criteri.*

*Il modello prestazionale raccoglie invece 95 requisiti da rispettare secondo 7 ambiti di valutazione: localizzazione, progetto funzionale, flessibilità, sostenibilità, gestione del rischio, innovazione digitale e centralità degli utenti. Infine, la norma UNI indica la struttura generale e la nomenclatura specialistica di 410 termini condivisa tra i diversi attori dell'ecosistema salute per generare un lessico comune da utilizzare nei documenti ufficiali.*

*\* Direttore Dipartimento di Architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito (DABC) e responsabile scientifico Joint Research Partnership Healthcare Infrastructures (JRP HI) Politecnico di Milano*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-02-15/politecnico-milano-nuovi-modelli-studio-ripensare-l-infrastruttura-ospedaliere-162905.php?uuid=AFSsbZjC&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

**Un Ssn con sempre più personale precario.**

*Negli ultimi 8 anni sono aumentati del 99% gli operatori sanitari a tempo determinato di L.F.*

*L'ultimo [rapporto](#) sul personale sanitario del Ssn appena pubblicato dal Ministero della Salute restituisce una fotografia in cui tra il 2013 e il 2021 il numero del personale a tempo determinato è praticamente raddoppiato: passando dalle 26.521 unità del 2013 alle 52.846 del 2021, ovvero il 99% in più.*

**12 FEB -**

*Il Servizio sanitario nazionale è sempre più precario. L'ultimo rapporto sul personale sanitario del Ssn appena pubblicato dal Ministero della Salute restituisce una fotografia in cui tra il 2013 e il 2021 il numero del personale a tempo determinato è praticamente raddoppiato: passando dalle 26.521 unità del 2013 alle 52.846 del 2021, ovvero il 99% in più.*

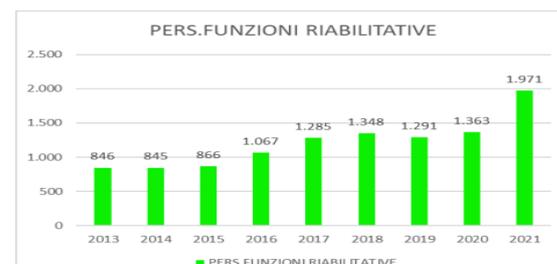
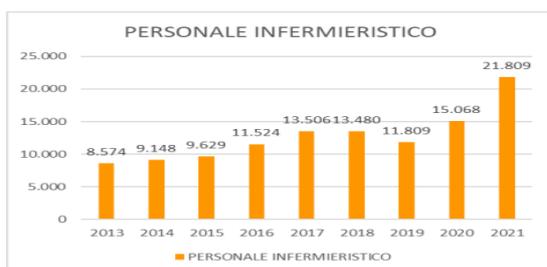
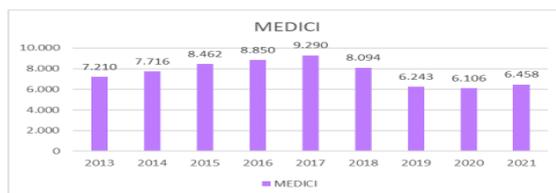
### 3.2.1 Personale con rapporto di lavoro flessibile per categoria trend anni 2013-2021

CATEGORIA	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Rapporto flessibile	di cui tempo determinato																
MEDICI	7.214	7.210	7.722	7.716	8.468	8.462	8.851	8.850	9.308	9.290	8.173	8.094	6.264	6.243	7.674	6.106	7.422	6.458
VETERINARI	113	112	104	104	137	137	117	117	144	144	202	202	217	217	665	359	369	300
ODONTOPRI	5	5	5	5	3	3	5	5	20	20	22	22	18	18	13	13	14	13
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	773	772	854	851	953	951	1.075	1.068	1.237	1.222	1.265	1.222	1.067	1.036	2.562	1.216	3.462	2.752
PROFILI RUOLO SANITARIO																		
PERSONALE INFERMIERISTICO	8.863	8.574	10.791	9.148	11.712	9.629	14.173	11.524	16.088	13.506	16.168	13.480	14.463	11.809	19.758	15.068	24.880	21.809
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	1.548	1.352	1.654	1.466	2.260	2.093	2.112	1.807	2.427	2.162	2.376	2.057	2.170	1.736	3.574	2.430	3.698	2.875
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZIONE	263	235	267	250	426	408	351	339	445	419	432	425	421	360	1.746	500	880	543
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE	44	44	41	40	53	52	73	72	93	83	81	79	77	72	301	83		
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	27	21	38	25	30	30	33	27	21	20	25	25	20	20	58	27	746	246
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	94	23	179	26	67	28	83	75	90	41	162	42	209	85	326	60	292	40
PROFILI RUOLO TECNICO	6.373	4.532	6.379	4.438	6.881	4.818	7.178	4.981	8.084	5.667	8.192	5.742	8.377	6.145	14.757	7.738	16.841	11.271
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO	92	92	215	130	257	166	180	157	140	130	227	200	275	214	1.010	228	792	580
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	3.508	2.217	3.588	2.102	3.579	2.091	3.526	2.031	3.481	2.049	3.909	1.615	3.910	2.001	16.636	2.733	13.982	4.231
PERSONALE CONTRATTISTA	508	488	341	323	172	166	231	210	152	131	28	22	17	15	115	84	535	176
<b>TOTALE</b>	<b>31.399</b>	<b>26.521</b>	<b>33.866</b>	<b>27.476</b>	<b>35.944</b>	<b>29.895</b>	<b>39.134</b>	<b>32.329</b>	<b>43.142</b>	<b>36.169</b>	<b>42.340</b>	<b>34.555</b>	<b>38.966</b>	<b>31.897</b>	<b>73.832</b>	<b>37.953</b>	<b>76.813</b>	<b>52.846</b>

Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 2 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)  
Il rapporto flessibile comprende: tempo determinato, Formazione lavoro, Internale, L.S.U., Telelavoro/Smart working.

Medici in controtendenza. Se il numero assoluto dei precari è in aumento per quanto riguarda i medici invece gli assunti a tempo determinato sono in calo: nel 2013 erano 7.210 contro i 6.458 del 2021. Boom infermieri precari. Negli ultimi 8 anni gli infermieri a tempo determinato sono cresciuti del 154% passando da 8.574 unità nel 2013 alle 21.809 del 2021. In aumento anche il personale tecnico sanitario del 112%: da 1.352 unità a 2.875. Raddoppiati (+135%) anche i tempi determinati per il personale della Vigilanza e Ispezione. Crescita dei tempi determinati (+132%) anche per il personale delle funzioni riabilitative.

### Personale a tempo determinato per categoria trend anni 2013-2021



Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 2 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)  
Valori in unità annue.

## **IV Giornata del personale sanitario/ Schillaci, priorità abolire tetto spesa personale e aumentare indennità. Dalla Fnomceo una campagna per rilanciare il ruolo del medico nella società**

di B. Gob.

«Siamo all'inizio di un percorso per riorganizzare la nostra sanità pubblica: i prossimi obiettivi sono l'abolizione del tetto di spesa per le assunzioni del personale, l'aumento dell'indennità di specificità e la valorizzazione degli specializzandi. Vogliamo restituire attrattività al servizio pubblico e fare in modo che i professionisti restino nelle nostre strutture trovando condizioni economiche, professionali e organizzative incentivanti». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci intervenuto alla celebrazione - organizzata a Roma dalla Federazione degli Ordini dei medici nelle Corsie Sistine del Complesso Monumentale di Santo Spirito in Sassia - della quarta Giornata nazionale del personale sanitario istituita durante la pandemia. «Se oggi l'universalità, la gratuità e l'equità del Ssn sono garantiti è grazie a tutto il personale che oggi celebriamo» ha detto Schillaci, che ha messo in fila gli ultimi provvedimenti adottati.

«Oggi celebriamo la 4a Giornata nazionale del personale sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e del volontariato, istituita durante la pandemia che ci stiamo lasciando alle spalle ma tenendo vivo il ricordo del sacrificio e dell'impegno delle donne e degli uomini del nostro Ssn in prima linea a combattere il virus e ad assistere e a salvare milioni di italiani - ha ricordato -. Fin dal primo giorno di governo abbiamo posto al centro della nostra azione la valorizzazione e la tutela del personale sanitario: è il cuore pulsante del Ssn e garantisce ogni giorno la piena attuazione del diritto fondamentale alla salute così come sancito dalla Costituzione. Lo scorso anno in occasione di questa ricorrenza ho assunto impegni per risollevare la nostra sanità pubblica diretti ad arginare la carenza di personale e a incentivare le prestazioni nell'ambito del Ssn. Ci siamo rimboccati le maniche e confrontati con le associazioni di categoria, spesso con lo stesso presidente Anelli abbiamo cominciato a dare i primi segnali attraverso interventi concreti grazie anche al prezioso lavoro svolto dal Parlamento».

«Siamo intervenuti lo scorso anno nel decreto bollette sull'emergenza-urgenza con incentivi e misure per tutelare la sicurezza degli operatori, norme più severe per gli aggressori e presidi di polizia negli ospedali - ha ricordato -. La sanità è una priorità di questo governo: lo abbiamo dimostrato aumentando le risorse del Fondo sanitario nazionale e un primo segnale sono i 2,4 miliardi per il rinnovo dei contratti». Per il potenziamento dell'assistenza territoriale «ci sono 250 milioni di euro nel 2025 e 350 milioni dal 2026 per reclutare il personale che dovrà garantire il funzionamento delle strutture», ha aggiunto. Infine, «nell'ultimo decreto Milleproroghe abbiamo voluto dare un segnale di attenzione estendendo a tutto il 2024 lo scudo penale: un primo importante passo in materia di responsabilità professionale, con la volontà di arrivare alla depenalizzazione della colpa medica a esclusione del dolo, fermo restando il diritto dei cittadini ai risarcimenti sul piano civile».

**Il premio letterario Fnomceo e l'umanizzazione delle cure.** Schillaci ha poi ricordato l'importanza basilare dell'umanizzazione delle cure, sottolineata nella Giornata anche con la premiazione del primo concorso letterario bandito dalla Fnomceo "Il sollievo dalla sofferenza", aperto a tutti i medici e odontoiatri italiani. "Quando vidi in quel volto gli occhi di mia madre" il tema di quest'anno. «Nell'era della medicina ipertecnologica, dell'intelligenza artificiale è fondamentale tenere alta l'attenzione sulla necessità di mantenere viva una medicina sempre più umana e sulla capacità di prendersi cura dei pazienti con empatia, di ascoltare fino in fondo i loro bisogni e di non disperdere un fondamento della pratica medica che è la comunicazione come tempo di cura. Dobbiamo investire su queste abilità - ha sottolineato - che rischiano di essere messe in ombra dalla tecnologia e dalla digitalizzazione e i corsi di formazione promossi proprio dalla Fnomceo sulla deontologia e la comunicazione, connubio fondamentale nella comunicazione tra medico e paziente, dimostrano la capacità di questa Federazione di essere al passo con i tempi».

Premiato come vincitore - tra le oltre 200 opere arrivate alla giuria - nella sezione Narrativa "Un'idea fallita bene", il racconto del medico Massimo Mattioli. La motivazione letta dalla Presidente della Giuria, Gabriella Genisi: "Per aver messo i libri al centro del racconto e per aver trasformato la percezione del fallimento in un'idea vincente". È stata invece premiata "per aver raccontato in rima baciata e con grande ironia le ansie e i mille ruoli di una donna medico" "La medichessa", della dottoressa Maria Cristina Latella, opera vincitrice della sezione poesia. Premio speciale della Giuria "per l'alto valore letterario e la potenza della scrittura" per "MS Contin", del dottor Sandro Salerno, sulle cure palliative e terapia del dolore.

### **La Fnomceo presenta la nuova campagna sul ruolo del medico nella società**

"Cosa vuoi fare da grande?" Parte da questa domanda la nuova campagna pubblicitaria lanciata dalla Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici) che, attraverso uno spot video e a stampa, intende ridare dignità alla professione medica e sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importante ruolo del medico all'interno della nostra società.

*Il bambino protagonista dello spot non vuole fare l'astronauta, il calciatore o il musicista. Da grande vuole fare "un bel lavoro, che renda felici gli altri, che li fa stare bene. "Allora da grande sarai un ottimo medico!" gli risponde un uomo che indossa un camice bianco.*

*«In un contesto socio-culturale – spiega il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - caratterizzato da rapidi cambiamenti, forti criticità per la tenuta del servizio sanitario nazionale e indebolimento della figura e del prestigio sociale del medico, la campagna intende ribadire la dignità della professione». E lo fa sottolineando come le motivazioni che portano un giovane a scegliere di fare il medico siano innanzitutto radicate in valori fondanti ed essenziali per la tenuta del tessuto sociale: "Fare il medico è più che una professione, è una passione".*

*«L'iniziativa di Fnomceo – aggiunge Anelli - vuole inoltre ristabilire un ponte tra medici e cittadini e gettare le basi per una nuova relazione di cura. Il medico rappresenta infatti il pilastro su cui si fonda il servizio sanitario nazionale e il diritto dei cittadini alla salute. Per questo, come si legge sugli annunci a stampa, se "Crescono i medici, cresce la Sanità" ed essere dalla parte dei medici equivale ad essere dalla parte di tutti».*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-02-20/iv-giornata-personale-sanitario-schillaci-priorita-abolire-tetto-spesa-personale-e-aumentare-indennita-101153.php?uuid=AFffHkmC&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

## **Ospedale-territorio: il cambio di passo ancora non si vede**

Francesco Dentali, Presidente Fadoi

**16 FEB -**

Gentile direttore,

*l'ultimo [rapporto Sdo](#) del Ministero della Salute ha confermato ancora una volta come i ricoveri in Medicina Interna siano i più numerosi. Su circa 5,5 mln di pazienti ricoverati ben 842 mila affluiscono nei nostri reparti. Questi dati evidenziano due criticità che andrebbero risolte al più presto. In primis occorre trasformare la Medicina Interna da disciplina a 'bassa' a 'media' intensità di cura, riconoscendo "ufficialmente" l'altissimo e complesso livello assistenziale che viene garantito. Nel corso della pandemia il 70% dei pazienti Covid è stato assistito nelle Unità Operative di Medicina interna, che durante le prime, terribili ondate, si sono trasformate in veri e propri reparti di sub-intensiva. I livelli assistenziali prestati oggi in ospedale nei reparti di medicina interna non sono neanche lontanamente paragonabili a quelli che venivano prestati più di 30 anni fa. Oggi l'assistenza prestata ha una intensità di cura notevolmente superiore con peso medio dei DRG superiore a 1.30 e in molti casi anche fino a 1.45-1.50.*

*Questo significa che i pazienti ricoverati in Medicina interna hanno sempre condizioni cliniche gravi e di difficile gestione, con esigenze assistenziali molto complesse, richiedono costante assistenza e competenze specifiche, con ampio utilizzo di tecnologie sofisticate, strumentazioni tecnico-diagnostiche e terapie integrate. Tutto ciò impegna notevolmente il personale sanitario.*

*Purtroppo, i reparti di Medicina Interna, che garantiscono una elevata intensità di cura, vengono ancora definiti dal Ministero con il codice 26-Medicina generale, con una dotazione di personale e posti letto che è quella di un basso livello di cura. In tal senso, è fondamentale, come abbiamo chiesto in varie occasioni al Ministero, la ri-definizione del codice 26 Medicina Generale come Medicina Interna e la trasformazione della Medicina Interna da disciplina a 'bassa' a 'media intensità di cura', aggiornando gli standard per il personale sanitario, ancora vincolati dal vecchio DM 109/1988 Donat Cattin.*

*Ma non c'è solo questo aspetto che andrebbe modificato e che, come Fadoi, chiediamo da tempo. I dati Sdo, infatti, evidenziano come dei circa 842 mila ricoveri ben il 16% (circa 135 mila) siano ripetuti. E in questo senso il problema è quello del legame tra ospedale e territorio. Come abbiamo già avuto modo di denunciare in una nostra survey condotta in 98 strutture è emerso che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% dei pazienti sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.*

*Il motivo? Il 75,5% dei pazienti anziani rimane impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'Adi. Insomma, tutte criticità che fotografano una difficoltà cronica del Ssn a prendersi cura sul territorio dei soggetti più fragili. E il tutto ha un costo per il Ssn di circa un miliardo e mezzo l'anno.*

*Ora sappiamo che su questo tema il PNRR e il Dm 77 dovrebbero dare un impulso che però ancora tarda a realizzarsi. Sul tema vi è poi la Legge Delega 33/23 sulle Politiche per gli anziani di cui recentemente*

è stato approvato uno dei primi decreti attuativi. Ma il punto è che al momento queste norme stanno solo su carta.

Le ricette come le Case della Comunità e gli ospedali di Comunità non sono originali, ma al momento di quelle previste dal PNRR ne sono state realizzate appena il 30% e in molti casi, a causa della carenza di personale, non offrono tutti i servizi previsti. Sono modelli che abbiamo già definito e sperimentato ma che spesso non funzionano e lo abbiamo visto per esempio col Covid. Erano presenti da anni anche in alcuni piani sanitari regionali, come quello del Lazio ad esempio. E non mi sembra che lì dove erano presenti le Case della salute vi sia stata una maggiore capacità di fronteggiare per esempio la pandemia. Rafforzare il territorio non vuol dire disseminare l'Italia di altre strutture burocratiche, come le centrali operative territoriali, previste all'interno degli attuali distretti.

Si deve soprattutto mirare a mettere insieme le forze già in campo, che sono molte ma senza una regia. È necessario avere percorsi di assistenza chiari e semplificati, evitando di creare ulteriori percorsi a ostacoli per cittadini e operatori sanitari, proprio in quel "territorio" che dovrebbe agevolare le cure. E poi come al solito si scommette su appropriatezza, riduzione ricoveri e meno accessi al Pronto soccorso. Ma è un film già visto. Per esempio, il collegamento casa-territorio-ospedale-post acuzie-riabilitazione-casa dovrebbe essere ben precisato con regole d'ingaggio strette e rigorose. La regia non la può fare un tecnico-burocrate della Centrale operativa territoriale, ma una équipe di medici e operatori competenti. E poi un ospedale di Comunità a quasi totale gestione infermieristica non può funzionare. In questo Piano, tra l'altro, vi è una riduzione del numero dei medici e una 'diminutio' del ruolo del medico: questo non può essere il futuro della sanità. Stesso discorso vale per l'assistenza domiciliare per cui il PNRR ha stanziato ben 3 miliardi di euro ma che ancora non vede quel cambio di passo necessario per disegnare quella sanità di cui il Paese avrebbe tanto bisogno.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=120216](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120216)

**quotidianosanita.it**

## **Medici. Lavoro in corsia peggiorato negli ultimi 10 anni. "Il 72% dei camici bianchi vuole abbandonare il Ssn". L'indagine Anaa Assomed**

*L'87% dei medici e dirigenti sanitari intervistati non riesce ad avere una vita privata soddisfacente e il 96,5% è sottoposto a carichi di lavoro eccessivi. Di Silverio: "I risultati della survey saranno inviati al Presidente del Consiglio Meloni, al Governo, ai partiti e alle Regioni perché nelle loro scelte tengano conto dell'urgenza di una politica di visione rispetto alla salvaguardia del Servizio Sanitario pubblico e universale, pena il definitivo sgretolamento".*

**31 GEN -**

*L'87% dei medici e dirigenti sanitari coinvolti nel sondaggio Anaa Assomed, realizzato su un campione rappresentativo di camici bianchi, ha dichiarato di non riuscire ad avere una vita personale soddisfacente, affiancato dal 96,5% che reputa di essere sottoposto a un eccessivo carico lavorativo, fino a ben il 72% dei responders che ha pensato di lasciare l'attuale posto di lavoro nel Ssn per trasferirsi all'estero, passare alla Medicina Generale o andare a lavorare nel privato.*

*"Quest'ultimo dato, confermato anche dai numeri pubblicati oggi dall'Istat, è un indice molto allarmante – spiega **Pierino Di Silverio**, Segretario Nazionale Anaa Assomed - di molto superiore anche alle percentuali pubblicate di recente dallo studio del McKinsey Health institute svolto in 30 paesi. Tale indice testimonia come non sia il lavoro medico in generale a non essere più attrattivo, ma come non lo sia più la vita ospedaliera, scandita da guardie e reperibilità in corsia e in sala operatoria. Tale tendenza va di pari passo con i trend osservati nell'assegnazione delle borse specialistiche, che vede il rapido esaurimento dei posti nelle specialità più spendibili fuori dal Ssn, come cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, neurologia, chirurgia plastica, gastroenterologia, endocrinologia, ginecologia, a fronte del calo di appeal che si traduce in mancata assegnazione dei posti che costringono alla 'vita ospedaliera' in specialità che offrono, di fatto, meno possibilità e prospettive nel privato".*

*Alcune condizioni di lavoro sono migliorate rispetto all'analogo questionario di 9 anni fa. La quota di medici nella fascia dai 31 ai 40 anni è aumentata, grazie alle nuove assunzioni, anche di specialisti, e non solo di specializzandi, conseguenti ai provvedimenti emergenziali assunti per far fronte alla Pandemia. Inoltre, il numero di Colleghi che riferisce di lavorare dopo la notte di guardia, in franca violazione della normativa sui riposi, si è sostanzialmente dimezzato.*

*Al contrario, passi avanti non sono stati fatti rispetto al numero di chi dichiara di lavorare con surplus orario annuale compreso tra 150 e 250 ore (40%) e al mancato recupero del giorno festivo non usufruito per reperibilità attiva/passiva, situazione lamentata da oltre il 50% dei responders*

*Al di là del rispetto delle normative e dell'iniezione di forze nuove favorita dal periodo pandemico, i carichi di lavoro sono rimasti sostanzialmente invariati. Simile rispetto al 2014 è infatti il numero di pazienti visitati in corsia, simile il numero di notti e reperibilità, simile il numero di festivi, numeri impietosi che spiegano ampiamente il perché, di fatto, la percezione del proprio lavoro tra i medici italiani non sia migliorata. Risulta peggiorato il dato di fruizione delle ferie, con oltre il 50% che non riesce a utilizzare i giorni di riposo previsti, e quello delle ore di aggiornamento, utilizzate da una percentuale risibile degli intervistati. Alcune domande mirano ad indagare nuovi fenomeni che caratterizzano il lavoro medico dopo la Pandemia, e in particolare il lavoro su più presidi conseguente all'accorpamento di Aziende Sanitarie per la riorganizzazione avvenuta in numerose Regioni e l'introduzione delle cooperative di medici e sanitari nel periodo Covid, denunciati rispettivamente dal 26% e dal 20% degli intervistati. Anche questo dato è preoccupante perché tali fenomeni, relativamente recenti, paiono in rapida diffusione.*

*La gravidanza non è sostituita nell'85% dei reparti degli intervistati. Solo per il 3% è sostituita entro i due mesi e per il 12% dopo oltre due mesi. Questo dato, seppur grave, non è sorprendente, considerato che, in relazione alla carenza di medici, vanno spesso deserti bandi per contratti a tempo indeterminato in tutta Italia, rendendo non disponibili graduatorie utilizzabili.*

*La quasi totalità dei partecipanti al sondaggio (96,5%) dichiara di essere sottoposto a un eccessivo carico lavorativo, dato in peggioramento rispetto al 91,9% della Survey precedente. Tra questi oltre la metà (il 56%) lamenta un carico decisamente elevato dichiarando di essere vicino al "burn out". Burn out facilmente comprensibile, considerato che l'attività lavorativa in corsia pare minare bisogni primari, quali "il rapporto con partner/figli", difficoltà denunciata dal 64,5% dei responders mentre arriva a '87%, in netto aumento rispetto all'80% del 2014, la percentuale di chi dichiara di non riuscire ad avere una vita personale soddisfacente*

*"Il nuovo Ccnl – dichiara Di Silverio - potrà contribuire a migliorare alcune situazioni e a rendere più cogente il rispetto delle norme. Ad esempio laddove prevede l'assegnazione della sede di ordinaria attività lavorativa, potendo contribuire alla riduzione del fenomeno del lavoro su più presidi. O ancora dove definisce le tipologie di eccedenza dell'orario contrattuale, la loro remunerazione e possibilità di recupero e infine dove regola il Servizio di Pronta Disponibilità, auspicabilmente riducendone l'abuso"*  
*Il sondaggio chiude con la richiesta di suggerimenti per migliorare la sanità.*

*Dal punto di vista economico:*

- *Retribuzione differenziata per le varie specializzazioni (in particolare le specializzazioni con attività prevalentemente ospedaliera e turni di guardia festivi e feriali andrebbero maggiormente remunerate)*
- *Incremento dei salari con adeguamento alla media europea*

*Dal punto di vista organizzativo:*

- *Ridurre l'eccessiva burocrazia,*
- *Adeguare i carichi di lavoro con il rispetto dell'orario di lavoro e l'aumento dell'opportunità di carriera, la sostituzione della maternità e la flessibilità oraria.*
- *Aumentare i posti letto ospedalieri*

*Dal punto di vista strategico:*

- *Eliminare la nomina politica dei Direttori Generali*
- *Migliorare la collaborazione tra dirigenza e middle management a livello ospedaliero*
- *Migliorare i percorsi assistenziali ospedale-territorio con la riorganizzazione dei servizi territoriali.*

*"Il 2024 si apre per il nostro sindacato – conclude Di Silverio - con un obiettivo preciso e i risultati di questo sondaggio non fanno che confermarne l'urgenza: è necessario migliorare le condizioni di lavoro attraverso un suo diverso valore, anche salariale, sue diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi per superare una volta per tutte quel disagio medico che è la causa principale del grande scontento attuale. Dobbiamo fermare questa deriva che rischia di travolgere il servizio sanitario pubblico e nazionale costruito in 45 anni di lavoro e sacrifici. I numeri del nostro sondaggio, ancora una volta, parlano chiaro e ci investono di una grande responsabilità. Continueremo a impegnarci affinché il lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari trovi una nuova valorizzazione per rendere ogni giorno esigibili i diritti dei cittadini che si rivolgono alla sanità pubblica.*

*I risultati della survey saranno inviati al Presidente del Consiglio Giorgia Meloni, al Governo, ai partiti e alle Regioni perché nelle loro scelte tengano conto dell'urgenza di una politica di visione rispetto alla salvaguardia del Servizio Sanitario pubblico e universale, pena il definitivo sgretolamento di quanto*

faticosamente nelle corsie italiane si cerca ancora di fare per garantire la piena esigibilità del diritto alla salute dei cittadini italiani”.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119890](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119890)

**quotidianosanita.it**

## **Intramoenia. Nel 2022 tornano a crescere le prestazioni a pagamento negli ospedali pubblici che superano i 4,9 milioni. Ma in molti casi se ne fanno troppe rispetto al tetto e le agende ancora non sono gestite al 100% dai Cup**

di L.F.

Sono alcuni dei numeri contenuti nell'ultimo rapporto Agenas che monitora i tempi di attesa e i volumi delle prestazioni libero professionali in intramoenia. Ortopedia, cardiologia e ginecologia le prestazioni più richieste. Il rapporto evidenzia anche la percentuale tra le prestazioni di ricovero eseguite in attività libera professione e quelle effettuate in attività istituzionale in alcune aziende e per diverse prestazioni, è stata spesso superiore al 100%, tetto fissato dal Piano nazionale di governo delle liste d'attesa.

**21 FEB -**

Dopo una forte riduzione sia in istituzionale sia in ALPI registrata nell'anno 2020, dovuto all'emergenza Covid, emerge un netto recupero delle prestazioni; nello specifico, nel 2019, le prestazioni erogate in ALPI erano 4.765.345 e quelle in istituzionale erano 58.992.277, mentre nel 2022 quelle erogate in ALPI 4.932.720 e quelle in istituzionale 59.793.294. è quanto emerge dal Report "Monitoraggi Nazionali ex ante dei tempi di attesa per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) e volumi di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in attività Istituzionale e ALPI" curato da Agenas.

Il Rapporto, relativo all'anno 2022, presenta i dati dei quattro monitoraggi svolti in modalità ex ante (al momento della prenotazione) delle prestazioni prenotate in attività libero professionale nell'anno 2022 (gennaio, aprile, luglio, ottobre)

La rilevazione ha evidenziato che la maggior parte delle richieste (circa il 78%) riguardano le visite specialistiche; di contro il 22% di prenotazioni riguarda le prestazioni diagnostiche.

La rilevazione delle prenotazioni in ALPI, effettuate nei monitoraggi di gennaio, luglio, aprile e ottobre 2022, ha evidenziato che la maggior parte delle richieste (circa il 78% del totale) riguardano le visite specialistiche; di contro il 22% di prenotazioni riguarda le prestazioni diagnostiche.

**Le visite più prenotate in intramoenia sono:** la visita ortopedica (12.042 prenotazioni a gennaio, 9.946 ad aprile, 13.584 a luglio e 9.250 ad ottobre), la visita cardiologica (10.745 prenotazioni a gennaio, 12.058 ad aprile, 9.045 a luglio e 11.836 ad ottobre), la visita ginecologica (9.718 prenotazioni a gennaio, 9.506 ad aprile, 8.640 a luglio e 10.315 ad ottobre).

**Per quanto riguarda le prestazioni strumentali,** quelle maggiormente richieste sono l'elettrocardiogramma (5.824 prenotazioni a gennaio, 6.439 ad aprile, 4.930 a luglio e 6.563 ad ottobre), l'ecografia all'addome inferiore, superiore e completo (1.881 prenotazioni a gennaio, 2.439 ad aprile, 1.879 a luglio e 2.302 ad ottobre), l'eco (color) dopplergrafia cardiaca (1.746 prenotazioni a gennaio, 1.926 ad aprile, 1.456 a luglio e 1.874 ad ottobre) e l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella (1.641 prenotazioni a gennaio, 1.737 ad aprile, 1.497 a luglio e 1.902 ad ottobre).

Come registrato negli ultimi anni, la visita cardiologica (588.343) la prestazione più erogata in ALPI, seguita dalla visita ginecologica (476.643) da quella ortopedica (466.466), dall'elettrocardiogramma (357.526) e dalla visita oculistica (354.319).

Nel 2022, l'elettrocardiogramma (4.019.765) è la prestazione più erogata in attività istituzionale, seguita, dalla visita ortopedica (3.913.053), dalla visita oculistica (3.863.165), dalla TC (3.549.498) e dalla visita cardiologica (3.423.248).

**Confrontando i dati a livello nazionale nei quattro monitoraggi:**

✓ circa il 56% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni;

✓ circa il 30% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale);

✓ per il 14% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni.

La mammografia si conferma essere la prestazione che registra invece la percentuale più bassa di prenotazioni entro i 10 giorni (mammografia monolaterale 19%, mammografia bilaterale 38%), 7 seguito da fotografia del fundus (38%), visita neurologica (42%), dalla colonscopia totale con endoscopio flessibile (46%) ed ecografia bilaterale della mammella (47%).

### **Luogo di erogazione dell'attività libero professionale**

Considerando i quattro monitoraggi insieme, l'89,9% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 9,8% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione). Solo un residuale pari a 0,3% di attività viene svolta ancora presso studi non ancora collegati in rete. Tale criticità è circoscritta in cinque Regioni/PA, 2 in più rispetto al 2021 ma con percentuali più basse (Basilicata 0,6%, Campania 1,3%, Lazio 0,6%, Piemonte 2,6%, e Sicilia 0,9%).

### **Agende di prenotazione (gennaio, aprile, luglio e ottobre 2022)**

A livello nazionale nel 2022, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP (con percentuali superiori al 90% ma ancora non al 100% nelle seguenti due Regioni/PA: Calabria e Lombardia).

Considerando nell'insieme tutte le rilevazioni del 2022 si è riscontrato che 12 Regioni/PA, una in più del 2021 (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto) utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. Per le rimanenti Regioni è possibile notare come 6 (Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Piemonte, Sardegna e Sicilia) registrano prenotazioni attraverso il CUP con una percentuale tra il 60% e l'80% del totale.

### **L'analisi dettagliata dei volumi di prestazioni a livello aziendale consente di monitorare l'equilibrio del rapporto tra l'attività erogata in ALPI e quella erogata in regime ISTITUZIONALE.**

Tale rapporto non deve superare il 100%. In 16 regioni su 21 si rileva almeno una situazione in cui il suddetto rapporto è superiore a 100% soprattutto nell'ambito della visita e dell'ecografia ginecologica.

Come registrato negli ultimi anni, la visita cardiologica (588.343) la prestazione più erogata in ALPI, seguita dalla visita ginecologica (476.643) da quella ortopedica (466.466), all'elettrocardiogramma (357.526) e dalla visita oculistica (354.319). Nel 2022, l'elettrocardiogramma (4.019.765) è la prestazione più erogata in attività istituzionale, seguita, dalla visita ortopedica (3.913.053), dalla visita oculistica (3.863.165), dalla TC (3.549.498) e dalla visita cardiologica (3.423.248).

Anche i risultati dei monitoraggi del 2022 confermano la disomogeneità presente tra i diversi livelli di governo dell'attività libero professionale nei singoli contesti locali. A livello nazionale nel 2022, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso **l'agenda gestita dal sistema CUP** (con percentuali superiori al 90% ma ancora non al 100% nelle seguenti due Regioni/PA: Calabria e Lombardia).

Considerando nell'insieme tutte le rilevazioni del 2022 si è riscontrato che 12 Regioni/PA, una in più del 2021 (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto) utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. Per le rimanenti Regioni è possibile notare come 6 (Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Piemonte, Sardegna e Sicilia) registrano prenotazioni attraverso il CUP con una percentuale tra il 60% e l'80% del totale.

### **Equilibrio ALPI/ISTITUZIONALE**

Analizzando le rappresentazioni tramite box plot dei rapporti percentuale delle prestazioni erogate in ALPI sulle prestazioni erogate in ISTITUZIONALE in ogni singola struttura nel 2019, nel 2020 e nel 2021 emerge che in alcune Aziende il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE supera il 100%; inoltre nel 2021 in alcune aziende si registrano segni di miglioramento, dove la percentuale si è ridotta al di sotto del 100%, nello specifico:

- **VISITA CARDIOLOGICA/ELETTROCARDIOGRAMMA:**

si nota un peggioramento in un'azienda della Regione Umbria che passa dal 63% nel 2021 al 144% nel 2022, mentre si registra un miglioramento in un'azienda della Regione Campania nel 2022 (261% del 2021, 81% del 2022). Si registra, inoltre, un'azienda campana con una percentuale pari al 293% nel 2022.

- **VISITA CHIRURGIA VASCOLARE:**

si registra un miglioramento in un'azienda della Regione Basilicata nel 2022 (116% del 2021, 99% del 2022), si nota un peggioramento in una azienda delle seguenti Regioni:

- 1) Emilia- Romagna passando dal 99% nel 2021 al 114% nel 2022;
- 2) Liguria passando dal 94% nel 2021 al 108% nel 2022;
- 3) Sardegna passando dal 98% nel 2021 al 103% nel 2022.

Inoltre, in Sicilia si registra un peggioramento in due aziende (la prima passa dal 44% nel 2021 al 114% nel 2022, mentre la seconda passa dal 30% del 2021 al 113% del 2022).

- **VISITA ENDOCRINOLOGICA:**

in un due aziende della Regione Sicilia il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE passa dal 0% nel 2021 al 128% nel 2022 e dal 82% al 141%, pertanto si assiste ad un peggioramento.

- **VISITA NEUROLOGICA:**

si registra un miglioramento in un'azienda della Regione Campania nel 2022 (138% del 2021, 87% del 2022).

- **VISITA ORTOPEDICA:**

Un'azienda della Regione Campania mostra un miglioramento, il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE è 185% del 2021 mentre nel 2022 74%. Mentre nel 2022 in un'azienda marchigiana si registra un peggioramento passa dal 95 % al 109% e si registra un peggioramento anche in un'azienda siciliana che passa dal 51% nel 2021 al 304% nel 2022.38

- **VISITA GINECOLOGICA:**

si nota un miglioramento in 5 aziende:

o una della Regione Abruzzo dal 134% nel 2021 al 123% nel 2022;

o un'azienda della Basilicata dal 110% nel 2021 al 84% nel 2022;

o una emiliana dal 115% nel 2021 al 109% nel 2022;

o due aziende piemontese la prima dal 135% nel 2021 al 78% nel 2022 e la seconda dal 111% nel 2021 al 103% nel 2022;

o due della Regione Sicilia la prima dal 168% nel 2021 al 90% nel 2022, la seconda dal 122% nel 2021 al 70% nel 2022;

o un'azienda umbra dal 203% nel 2021 al 173% nel 2022;

o un'azienda veneta dal 102% nel 2021 al 84% nel 2022;

mentre si registra un peggioramento in 8 aziende:

o due aziende dell'Emilia-Romagna la prima dal 122% nel 2021 al 124% nel 2022, la seconda dal 103% nel 2021 al 112% nel 2022;

o una della Regione Liguria dal 68% nel 2021 al 120% nel 2022;

o un'azienda piemontese al 109% nel 2021 al 113% del 2022;

o un'azienda siciliana dal 91% nel 2021 al 159% nel 2022;

o una della Regione Toscana dal 55% nel 2021 al 110% nel 2022;

o un'azienda della Regione Umbria dal 197% nel 2021 al 241% nel 2022;

Un'azienda della Calabria registra una percentuale pari a 158%, negli anni precedenti non aveva inviato i dati, pertanto, non si possono effettuare confronti.

- **VISITA OTORINOLARINGOIATRICA:**

Si registra un peggioramento in un'azienda calabra dal 79% nel 2021 al 101% nel 2022 mentre si registra un miglioramento in un'azienda campana dal 102% nel 2021 al 1% nel 2022 ed in un'azienda del Piemonte dal 148% nel 2021 al 98% del 2022.

- **VISITA UROLOGICA:**

si evidenzia un miglioramento in due aziende:

o in un'azienda campana dal 145% nel 2021 al 136% nel 2022;

o una siciliana dal 101% nel 2021 al 77% nel 2022;

mentre si registra un peggioramento in 4 aziende:

o una azienda dell'Emilia-Romagna dal 99% nel 2021 al 131% nel 2022;

o una della Regione Lombardia dal 64% nel 2021 al 126% nel 2022;39

o un'azienda marchigiana al 99% nel 2021 al 252% del 2022;

o un'azienda della Regione Umbria dal 29% nel 2021 al 142% nel 2022;

- **VISITA GASTROENTEROLOGICA:**

si nota un miglioramento in tre aziende, due liguri e una siciliana, le cui percentuali sono rispettivamente dal 110% nel 2021 al 98% nel 2022, dal 109% nel 2021 al 108% nel 2022 e dal 110% nel 2021 al 40% nel 2022, mentre si registra un peggioramento in un'azienda marchigiana che passa dal 92% nel 2021 al 109% nel 2022.

- **VISITA PNEUMOLOGICA:**

si registra un peggioramento ed un miglioramento in due aziende della Regione Campania che rispettivamente passano dal 122% nel 2021 al 156% nel 2022 nella prima, nella seconda dal 140% nel 2022 al 36% nel 2022.

- **RISONANZA MAGNETICA:**

si nota un peggioramento in un'azienda della Regione Sicilia che passa dal 28% nel 2021 al 186% nel 2022.

- **ECO (COLOR) DOPPLERGRAFIA CARDIACA:**

si registra un miglioramento in due aziende della Regione Campania rispettivamente dal 105% nel 2021 al 4% nel 2022, 121% nel 2021 al 31% nel 2022.

- **ECOGRAFIA OSTETRICA E GINECOLOGICA:**

Si nota un miglioramento in:

o un'azienda in Basilicata che passa dal 145% nel 2021 al 111% nel 2022;

o due aziende della Regione Campania che passano rispettivamente dal 150% nel 2021 al 97% nel 2022 e dal 131% nel 2021 al 3% nel 2022;

o una nel Lazio che passa dal 129% nel 2021 al 31% nel 2022;

o una siciliana dal 141% nel 2021 al 32% nel 2022;

o una nella Regione Valle d'Aosta dal 102% nel 2021 al 99% nel 2022;

mentre si registra un peggioramento in 4 aziende:

o due aziende dell'Emilia-Romagna dal 191% nel 2021 al 305% nel 2022 la prima,

mentre la seconda dal 94% nel 2021 al 103% al 2022;

o una della Sicilia dal 17% nel 2021 al 232% nel 2022;

o una della Regione Toscana che passa dal 19% nel 2021 al 280% nel 2022.40

- **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE UNICA:**

si registra un peggioramento in un'azienda siciliana dal 98% nel 2021 al 123% nel 2022

- **ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER):**

si registra un peggioramento in un'azienda campana dal 100% nel 2021 al 140% nel 2022

- **TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE/ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO:**

Si nota un miglioramento in:

o un'azienda in Sardegna che passa dal 129% nel 2021 al 0% nel 2022;

o un'azienda in Campania che passa dal 200% nel 2021 al 0% nel 2022;

o due aziende della Regione Sicilia che passano rispettivamente dal 325% nel 2021 al 6% nel 2022 e dal 400% nel 2021 al 17% nel 2022;

mentre si registra un peggioramento in 4 aziende:

o due aziende della Regione Lazio dal 28% nel 2021 al 896% nel 2022 la prima,

mentre la seconda dal 0% nel 2021 al 259% al 2022;

o una della Puglia dal 30% nel 2021 al 140% nel 2022;

o una della Regione Sardegna che passa dal 25% nel 2021 al 189% nel 2022.

- **SPIROMETRIA (SEMPLICE/GLOBALE):**

si nota un peggioramento in un'azienda della Regione Toscana dal 78% nel 2021 al 159% nel 2022.

- **ELETTROMIOGRAFIA:**

si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Piemonte dal 118% nel 2021 al 8% nel 2022,

mentre si registra un peggioramento in un'azienda del Veneto da 84% nel 2021 a 154% nel 2022.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120334](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120334)

**quotidianosanita.it**

**Due statunitensi e uno canadese i migliori tre ospedali al mondo. Il primo italiano è il Gemelli di Roma che si piazza al 35° posto tra i 250 più performanti secondo la classifica di Newsweek**

Il migliore ospedale al mondo si conferma essere ancora una volta la Mayo Clinic di Rochester. Il primo nosocomio europeo è invece il Charité - Universitätsmedizin Berlin che si classifica al 6° posto in assoluto. In Italia il Policlinico Gemelli si conferma il migliore ospedale salendo dal 38° al 35° posto al mondo. Il punteggio degli ospedali si basa su un sondaggio online di oltre 85.000 esperti medici e su dati pubblici provenienti da indagini post-ospedaliere sulla soddisfazione generale dei pazienti.

**28 FEB -**

Sono due statunitensi ed uno canadese i tre migliori ospedali al Mondo per il 2024 secondo la [nuova classifica di Newsweek](#): la Mayo Clinic di Rochester, la Cleveland Clinic di Cleveland e il Toronto General - University

Health Network occupano infatti, rispettivamente, il primo, secondo e terzo gradino della panoramica del settimanale Usa.

Per il sesto anno consecutivo, Newsweek e Statista hanno collaborato per stilare questa classifica che esamina i 2.400 migliori ospedali del mondo in 30 Paesi. Per la prima volta, Cile e Malesia sono stati aggiunti alla classifica, che comprende anche gli Stati Uniti, la maggior parte dell'Europa occidentale e della Scandinavia, 10 Paesi asiatici, l'Australia e altri Paesi delle Americhe. Il punteggio di ogni ospedale si basa su un sondaggio online di oltre 85.000 esperti medici e su dati pubblici provenienti da indagini post-ospedaliere sulla soddisfazione generale dei pazienti.

Il punteggio ([vedi nota metodologica](#)) tiene conto anche di parametri come l'igiene e il rapporto pazienti/medici, oltre che di un sondaggio di Statista sul fatto che gli ospedali utilizzino le Patient Reported Outcome Measures (Prom), questionari standardizzati compilati dai pazienti per valutare la loro esperienza e i risultati ottenuti.

I punteggi sono stati calcolati per ciascun ospedale in ciascuna delle quattro categorie e ponderati: raccomandazione dei pari (40% nazionale, 5% internazionale): esperienza del paziente (16,25%), parametri di qualità ospedaliera (35,25%), implementazione dei PROM (3,5%).

Tra i primi tre posti la new entry è rappresentata dal Toronto General - University Health Network che occupa il terzo posto al mondo mentre lo scorso anno si classificava al quinto. Di contro, il Massachusetts General Hospital che lo scorso anno si piazzava sul gradino più basso del podio oggi scivola al quinto posto.

### I primi 10 ospedali al mondo

Rank	Publication Name	Country	City	State (US only)	PROMs
1	Mayo Clinic - Rochester	U.S.	Rochester	Minnesota	
2	Cleveland Clinic	U.S.	Cleveland	Ohio	 
3	Toronto General - University Health Network	Canada	Toronto		
4	The Johns Hopkins Hospital	U.S.	Baltimore	Maryland	
5	Massachusetts General Hospital	U.S.	Boston	Massachusetts	
6	Charité - Universitätsmedizin Berlin	Germany	Berlin		 
7	Karolinska Universitetssjukhuset	Sweden	Stockholm		 
8	AP-HP - Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière	France	Paris		
9	Sheba Medical Center	Israel	Ramat Gan		 
10	Universitätsspital Zürich	Switzerland	Zurich		 

**Tra gli italiani il migliore si conferma essere ancora una volta il Policlinico Gemelli di Roma che, rispetto al 2023, quest'anno scala posizioni passando dal 38° al 35° posto nella classifica globale.**

Tra gli europei svetta il Charité - Universitätsmedizin Berlin che si piazza al 6° posto assoluto, seguito dal Karolinska Universitetssjukhuset di Stoccolma al 7° posto e dal AP-HP - Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière di Parigi al 9°.

#### Gli altri italiani.

Tornando agli italiani, dopo il Gemelli troviamo il Niguarda di Milano che si colloca al 52° posto assoluto (lo scorso anno era al 60°) e poi il San Raffaele, sempre a Milano, al 57° posto (nel 2023 era al 64°), tallonato dall'Istituto Humanitas di Rozzano al 65° (lo scorso anno era 89°) e dal Sant'Orsola di Bologna che scivola di un posto e si piazza al 66° posto assoluto.

Scendendo oltre il 100° posto troviamo poi l'Azienda ospedaliera universitaria integrata Verona al 103°, l'Ospedale Policlinico San Matteo e l'Azienda Ospedaliera di Padova, rispettivamente, al 117° e 118° posto, l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo al 135°, il Presidio Ospedaliero Molinette - A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino al 165°, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze al 187°.

E poi ancora, il Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia al 202° posto, l'Azienda Ospedaliera-Universitaria Sant'Andrea di Roma al 211°, e l'Irccs Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia al 215°.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120532](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120532)



quotidiano**sanita.it**

## La classifica dei migliori ospedali del mondo secondo Newsweek: quasi una inserzione commerciale mascherata

Claudio Maria Maffei

**29 FEB -**

Gentile direttore,

ieri su Qs è uscita [una sintesi dei dati sui migliori ospedali del mondo secondo la classifica di Newsweek](#) e siccome io di fronte a queste classifiche ho un riflesso automatico di curiosità e disgusto sono andato anche quest'anno a verificare la metodologia adottata. Questa viene descritta nella lunga [nota metodologica](#) che proverò a sintetizzare.

La cosa fondamentale da cui partire è che in modo diretto (e sfacciato) la nota dice che l'obiettivo di World's Best Hospitals 2024 è quello di fornire i migliori dati possibile sulla reputazione e sulla performance degli ospedali dei diversi paesi in modo da aiutare i pazienti a scegliere gli ospedali più giusti per i loro bisogni. Ovviamente a prescindere dai costi e dalle modalità di pagamento. Non commento nemmeno.

Vengono innanzitutto presi in considerazione gli ospedali di maggiori dimensioni, criterio adattato alla realtà dei singoli paesi. All'interno di ciascun paese viene dato un punteggio agli ospedali sulla base di quattro tipologie di dati: i consigli (recommendations) degli esperti, i dati disponibili sulla soddisfazione dei pazienti, gli indicatori di qualità e le indagini cosiddette Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Per saperne di più su queste indagini rimando ad [una pubblicazione su alcune di queste indagini condotte dal gruppo di ricerca PROMs del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa](#) in collaborazione con la Regione Toscana.

Le classifiche così definite valgono solo per confrontare gli ospedali all'interno di ciascun singolo paese, ma Newsweek si è inventato un metodo per arrivare ad una classifica "mondiale" dei 250 migliori ospedali. Il metodo si basa soprattutto sui consigli degli esperti.

La metodologia adottata è ben descritta nello schema della Figura che riporta i quattro "pilastri" del progetto e rappresenta il peso di ciascun pilastro. I consigli degli esperti (medici, manager, professionisti sanitari) pesano per il 45 % (40% opinioni degli esperti nazionali e 5 % opinioni degli esperti stranieri), mentre gli indicatori di qualità per il 35,25%, le esperienze dei pazienti per il 16,25% e le indagini PROMS per il 3,5%.

Ma quali sono gli esperti italiani e quali sono le fonti di dati usati per l'Italia? Sugli esperti immagino ci sia riservatezza (io almeno i loro nomi non li ho trovati), quanto ai dati nella sezione dedicata agli ospedali italiani si dice che i dati vengono gestiti (managed) dall'Agenas per conto del Ministero della Salute e pubblicati (published) da Micuro, cui si fa riferimento anche per i dati sulla soddisfazione dei pazienti. [Micuro](#) di cui si offre anche il link.

Ma scusate che c'entra Micuro? Apro il link che mi viene offerto e trovo che Micuro suggerisce i migliori ospedali in base ai volumi di attività del PNE e offre pure la [Micuro Card](#) con cui risparmiare fino al 25%

su visite specialistiche, esami diagnostici, fisioterapia, analisi di laboratorio e cure dentali. Di Micuro apprezzo (in alcuni casi moltissimo, in altri molto poco) il [Comitato Scientifico](#) mentre non apprezzo per niente la sua impostazione quando fa di fatto pubblicità ai grossi ospedali, che non ne hanno certo bisogno. Andate su Micuro e vedrete come partendo dai dati del PNE si arrivi fino alle caratteristiche alberghiere della struttura. Per inciso, una riflessione sugli utilizzi "perversi" del PNE bisognerà pure cominciare a farlo.

Morale: come tutte le classifiche sui migliori ospedali quella di Newsweek è molto discutibile e ancor più pericolosa. Di fatto, almeno per l'Italia, assomiglia un po' troppo a pubblicità mascherata da informazione scientifica. Parere mio.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=120533](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120533)



### **Acn medicina generale, siglata l'ipotesi di Intesa 2019-2021. Prime basi per l'attuazione del Pnrr guardando all'Atto di indirizzo 2022-2024**

«Con l'Accordo recuperiamo buona parte del ritardo accumulato negli anni, aggiornando i compensi al 2021 e recuperando 5 anni di arretrati, parliamo di più di 700 milioni, ovvero circa 15 mila euro per un medico massimalista, soldi accantonati negli anni dalle regioni e che non aumentano la spesa pubblica già prevista. Inoltre, per la prima volta sono state negoziate risorse nuove ovvero quelle stanziare per le certificazioni Inail e soprattutto l'importante incremento della quota oraria per le attività territoriali previste dal Pnrr». Così il segretario generale di Fimmg, **Silvestro Scotti**, riferendosi alla firma apposta all'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la medicina generale con la Sisac, coordinata da Marco Caroli (v. il comunicato in calce).

Il rinnovo, che interessa circa 60mila professionisti nel complesso, arriva dopo sei anni di attesa e porta aumenti contrattuali del 3,78%.

Tra le principali novità, il nuovo Acn secondo la Fimmg porta a compimento l'attuazione del Ruolo unico, garantendo a ogni medico il tempo pieno, nel rispetto dei diritti acquisiti per i medici già convenzionati, consolidando la prossimità dell'assistenza attraverso la rete degli studi medici. Scotti ha anche chiarito che sono state definite meglio alcune tutele in relazione alla genitorialità e alla femminilizzazione della professione. «Risolte - hanno precisato ancora da Fimmg - anche le contraddizioni sui modelli di autonomia di gestione degli studi medici che potranno anche ospitare gli specialisti per la presa in carico dei pazienti cronici. Non meno importante la definizione chiara gli strumenti che possono consentire alle Regioni di assegnare sulla base di intese regionali maggiori risorse per l'assistenza domiciliare programmata e integrata».

Per **Marco Alparone**, presidente del Comitato di settore Regioni-Sanità e vicepresidente regione Lombardia, «più risorse, tutele e garanzie professionali sono al centro di quest'altro importante traguardo contrattuale per il sistema sanitario. La medicina generale - ha spiegato - è fondamentale nella costruzione della medicina territoriale, risponde alle nuove esigenze di prossimità nei servizi sanitari e fa parte integrante del più ampio progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale previsto nell'attuazione del Pnrr. Con questo accordo - ha aggiunto Alparone - si rafforza il Servizio sanitario nazionale, rendendolo capace di affrontare le sfide future. Si riconoscono agli oltre 60mila operatori di settore una valorizzazione in termini di professionalità e tutela delle condizioni di lavoro».

**Francesco Esposito**, segretario nazionale di Federazione medici territoriali-Fmt, ha ricordato come l'Acn sia «un atto dovuto per un accordo 'ponte' a lungo atteso, ma già superato: si riparta già - ha chiesto - con le nuove trattative e con risorse adeguate» e «si cambi rotta su medicina di famiglia e dei servizi, per la valorizzazione del 118 e della continuità assistenziale».

**Pina Onotri**, segretaria generale dello Smi (Sindacato medici italiani), ha rivendicato in una nota il riconoscimento della televisita per le aree disagiate e per le donne medico in gravidanza, con figli fino a tre anni, che potranno così lavorare in smart working.

Il presidente Enpam **Alberto Oliveti** ha sottolineato come l'Accordo collettivo nazionale per il 2019-2021 preveda «anche arretrati contributivi importanti per l'Enpam - Questa firma mette fine a un inaccettabile ritardo nell'aggiornamento dei compiti e nel riconoscimento dei compensi. Speriamo che ora si possa andare a regime rinnovando l'accordo anche per il periodo a partire dal 2022».

Benedice la sigla il presidente della Fnomceo **Filippo Anelli**: «Entrambi gli Acn - ha affermato riferendosi anche all'accordo per la specialistica ambulatoriale siglato il giorno prima - riconoscono il valore del lavoro integrato dei medici di medicina generale e degli specialisti, e prevedono interventi non solo a livello economico ma anche normativi e di tutele. Segnano dunque un cambio di passo, verso una valorizzazione del ruolo fondamentale che questi professionisti ricoprono nel Servizio sanitario nazionale. Ringraziamo quindi la Sisac e le Organizzazioni sindacali per l'ottimo lavoro svolto. Serve adesso un nuovo atto di indirizzo che promuova ancor più il lavoro in équipe con gli specialisti e con le altre professioni sanitarie e affianchi loro assistenti di studio e personale amministrativo, riducendo quella pressione burocratica che

toglie così tanto tempo all'attività clinica. Ora l'auspicio – conclude Anelli – è che si arrivi finalmente alla contrattazione relativa al triennio 2022-2024. Contrattazione che dovrà tener conto del Pnrr e delle mutate esigenze di cura e di assistenza, per una medicina del territorio e delle cure primarie sempre più vicina al cittadino e al passo con i tempi».

### **Il comunicato della Sisac**

In data 8 febbraio 2024 ha avuto luogo l'incontro di trattativa tra la SISAC e le OO.SS rappresentative del settore della Medicina Generale. All'incontro ha voluto assicurare la sua presenza il Presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità, dott. Marco Alparone ed al termine le parti hanno sottoscritto l'ipotesi di ACN relativa al triennio 2019-2021.

L'Accordo allinea la disciplina negoziale di settore al progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale contenuto nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) presentato dal Governo alla Unione Europea nell'ambito del Programma Next Generation EU (NGEU). In particolare è sulle due componenti in della missione 6 "salute" aventi ad oggetto le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza territoriale (componente 1) e innovazione ricerca e digitalizzazione (componente 2) che l'attività di integrazione ed innovazione negoziale si è concentrata.

Con il DM 23 maggio 2022, n. 77, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale si è fornito l'impulso strutturale all'implementazione del nuovo modello che ora la disciplina negoziale declina sul versante dei rapporti di lavoro. Strutture e personale forniscono ora, con il medesimo orientamento, un coordinamento comune all'attuazione del progetto.

Sul versante negoziale gli obiettivi delle linee di indirizzo sono stati colti con la piena attuazione del cd "ruolo unico".

Dal 1 gennaio 2025 si dispone la pubblicazione di incarichi a 38 ore che comportano la contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta.

Un meccanismo dinamico per fasce determinerà, per tali incarichi, una riduzione dell'impegno orario da rendere nelle sedi individuate dall'Azienda (presso le sedi delle AFT, e delle UCCP, le Case della Comunità hub e spoke, gli Ospedali di Comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, per l'erogazione di visite occasionali, per l'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti) al crescere del carico di assistiti nell'attività a ciclo di scelta.

L'attività oraria del medico del ruolo unico completa il percorso di riorganizzazione avviato con l'ACN 28 aprile 2022 ed evolve in termini professionali ed economici, in particolare con risorse specifiche messe a disposizione dalle leggi di bilancio, verso un maggiore impegno diurno.

I medici già in servizio potranno optare per l'effettivo passaggio al ruolo unico con prelazione rispetto alla pubblicazione degli incarichi.

Alla luce di tale nuovo modello erogativo dell'assistenza sono riformulate diverse clausole negoziali, al fine di agevolare l'accesso agli incarichi convenzionali e favorirne l'acquisizione da parte di medici che dispongano dei requisiti di accesso.

La revisione include semplificazioni negoziali sullo svolgimento del rapporto di lavoro. Si riformulano le denominazioni degli incarichi a tempo determinato per semplificarne le assegnazioni nel nuovo contesto organizzativo.

Si adeguano e estendono alcune garanzie di tutela del lavoro femminile.

Le risorse economiche del triennio 2019-2021, messe a disposizione dalle leggi di bilancio, garantiscono a regime un incremento pari al 3,78% agli oltre 60.000 operatori di settore che assistono una popolazione di oltre 51 milioni di assistiti ed erogando attività orarie complessive per 27 milioni di ore.

La SISAC ringrazia nuovamente la Conferenza delle Regioni e il Comitato di Settore per la collaborazione costante e l'assistenza fornite per positiva e rapida conclusione del negoziato. Un ringraziamento va al Ministero della Salute che ha voluto seguire l'esito del negoziato. Alle OO.SS. va il plauso per aver colto la necessità di fornire alle Amministrazioni uno strumento negoziale forte ed innovativo ed a garanzia del personale convenzionato che opera per il SSN..

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-02-08/acn-medicina-generale-siglata-l-ipotesi-intesa-2019-2021-prime-basi-l-attuazione-pnrr-guardando-all-atto-indirizzo-2022-2024-203615.php?uuid=AF8YzleC&cmpid=nlqf>

## Assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Una 'giungla' di tariffe a livello territoriale. E in molti casi le Regioni non comunicano i propri dati. Il Report Agenas

E. Maragò, G. Rodriquez

*L'obiettivo del Report è quello di poter disporre di informazioni utili alla ricerca e all'eventuale definizione di un sistema nazionale di remunerazione, per specifici setting assistenziali, ad oggi privi di un riferimento nazionale. E la mancanza di riferimento salta subito all'occhio visto che dai grafici riportati da Agenas ci si ritrova a doversi districare in una vera e propria 'giungla' di tariffe dove a farla da padrone in molti casi è proprio l'assenza di dati ufficiali comunicati dalle Regioni.*

**02 FEB -**

*Regione che vai tariffe che trovi. Anzi in alcune non le trovi proprio. È proprio il caso di dirlo, non solo non c'è uniformità tra le Regioni nella definizione delle tariffe dedicate all'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale, ma il quadro che emerge è quello di una vera e propria 'giungla' di cifre dove a farla da padrone in molti casi è proprio l'assenza di dati ufficiali.*

*È quanto emerge dal Report **"Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale - Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale"** di Agenas. Un lavoro che nasce dall'esigenza di identificare le tariffe regionali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate nell'ambito della rete dei servizi territoriali.*

*L'obiettivo, spiega Agenas, oltre che fornire un supporto alla programmazione delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, è quello di poter disporre di informazioni utili alla ricerca e all'eventuale definizione di un sistema nazionale di remunerazione, per specifici setting assistenziali, ad oggi privi di un riferimento nazionale.*

*La metodologia di lavoro si è basata sulla ricerca e analisi normativa regionale di tutti gli atti disponibili disciplinanti i sistemi di remunerazione dell'assistenza territoriale, attraverso la consultazione dei siti istituzionali di ogni singola Regione, dal 2000 - al settembre 2023. Oggetto di indagine è l'assistenza territoriale, come disciplinata dal Dpcm del 12 gennaio 2017 recante la "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".*

*Gli analisti si sono quindi messi a caccia di tariffe su: Cure domiciliari; Cure palliative domiciliari; Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario; Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti; Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita; Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo; Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con disturbi mentali; Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con disabilità; Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con dipendenze patologiche.*

*Vediamo in sintesi cosa è emerso.*

### **Cure domiciliari**

*Sotto la lente di Agenas sono finite le prestazioni medico, riabilitativo infermieristico e di aiuto infermieristico, per persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità con patologie in atto o esiti delle stesse. Per quanto riguarda le prestazioni occasionali, dopo consultazioni su siti istituzionali e motori di ricerca, gli analisti sono riusciti a reperire le tariffe solo per tre Regioni: Emilia Romagna (24 euro) e Lombardia (25 euro) e Campania che ha tariffato però solo alcune voci con differenze sulla durata della prestazione (per il personale infermieristico (8,22/13,85 euro) e per la riabilitazione (11,57).*

*Entrando nello specifico il Report prende in esame i vari livelli di assistenza domiciliare calcolati in base al Coefficiente di intensità assistenziale (Cia) e rapportati quindi alla complessità della prestazione. E qui il dato è estremamente disomogeneo. Sono sempre poche le Regioni per la quali è stato possibile "catturare" le tariffe e quando sono state calcolate i parametri differiscono: c'è chi ha calcolato la tariffa mensile e chi quella giornaliera, ecc.*

### **Quattro le tipologie di prestazioni analizzate: dal livello base fino al III livello.**

*Tra i dati presentati nel Report, **le tariffe di livello base** sono state individuate solo da Abruzzo, Calabria, Liguria, Piemonte, Sardegna e Sicilia. E con differenti modalità di calcolo (Costo medio mensile per profili assistenziali, tariffe mensili, Giornate di effettiva assistenza). Solo il costo della Sardegna non è in carico al Ssr ed è pari a 75 euro.*

*Per **l'Adi di III livello** (patologie che presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati), **solo 9 Regioni le***

**hanno stabilite (sempre con differenti metodi di calcolo):** Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna e Sicilia. Con costi in carico ai rispettivi Ssr ad eccezione di Lazio, Sardegna e Sicilia.

Comunque le tariffe oscillano da una tariffa mensile minima della Lombardia (818,50 euro) fino a quella massima dell'Abruzzo (1.191 euro ma può arrivare anche a 1.715,45) passando per quella della Calabria (1.065,33 euro) e della Liguria pari a 1.100 euro.

### **Cure palliative domiciliari**

Per questo tipo di prestazione sono state individuate quelle rivolte a persone con patologie 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.

In particolare sono stati considerati gli interventi base coordinati da Mmg e Pls e quelli di livello specialistico gestiti da equipe multiprofessionali.

**Il livello base è stato tariffato solo da cinque regioni** (Calabria, Campania, Lombardia, Piemonte e Sardegna). **Per tutte le altre il dato non è disponibile.** In ogni caso si va dai 45 euro giornalieri della Lombardia - passando dai 54,35 della Campania e dai 70 del Piemonte - fino ai 100 euro della Calabria. **In Sardegna le tariffe per figura professionale arrivano a 158,33 euro e non sono in quota Ssr a differenza della altre Regioni.**

**Il livello specialistico è stato tariffato sempre nelle stesse Regioni alle quali si aggiungono l'Abruzzo e la Pa di Bolzano.** Si oscilla in questo caso dai **70 euro in Piemonte** seguito a stretto giro dalla Campania (71,53), fino a un massimo di 158,33 in Sardegna e **160 euro a Bolzano.** Ma ogni Regione ha i suoi costi: 80 in Abruzzo, 94,20 euro in Lombardia, 100 in Calabria.

### **Hospice**

Per le prestazioni rivolte a persone nella fase terminale della vita e a prognosi infausta ospitate negli **Hospice, la ricerca di Agenas è andata a buon segno.** Sono infatti **solo cinque le Regioni per le quali non è stato possibile individuare una tariffa** (Valle d'Aosta, Pa Trento, Marche, Umbria e Sicilia) per tutte le altre si va dalla tariffa più bassa del Molise (142 euro) alla più alta della Pa di Bolzano (397 euro). Tutti i costi sono in carico ai Ssr. In Basilicata è stata individuata una tariffa di Day Hospice pari a 224 euro.

**L'Hospice pediatrico è stato tariffato appena in cinque Regioni** (Basilicata, Campania, Liguria, Piemonte e Veneto). Si va dai 358,73 e 360 euro rispettivamente della Campania e della Basilicata fino ai 500 euro della altre Regioni. In Veneto la prestazione non è in quota Ssr.

### **Rsa per anziani**

**Sono solo sei le Regioni che hanno tariffe giornaliere definite:** Abruzzo, Calabria, Lazio, Lombardia, Puglia e Sardegna (le quote sono tutte a carico del Ssr). **Con costi differenti tra le varie realtà locali:** la tariffa più bassa è quella dell'Abruzzo seguita dalla Puglia (139,42) e dalla Lombardia (183,20). Le altre superano i 200 euro, fino alla massima della Sardegna (225 euro).

Solo Liguria e Toscana hanno stabilito delle tariffe Rsa per persone in stato vegetativo e di minima coscienza: Liguria (180,4 euro) e Toscana (255 euro).

### **Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti**

**Per il trattamento residenziale** - rivolto a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica h 24 - sono state considerate le tariffe relative ai trattamenti: estensivi di cura e recupero funzionale che di norma non superano i 60 giorni (totalmente in carico del Ssr); di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionali (in carico al Ssr solo al 50%).

**Le tariffe in Rsa per i trattamenti estensivi** che vedono in prima linea personale medico infermieristico e riabilitativo, **sono state rilevate nella stragrande maggioranza delle Regioni** ad eccezione delle Pa di Bolzano e Trento, Toscana, Umbria, Basilicata e Sicilia. In Calabria e in Valle d'Aosta le quote sono a carico dei Ssr solo per il 70 e il 60% rispettivamente.

**Complesso arrivare ad una comparazione tra le Regioni** in quanto Lombardia e Veneto hanno tariffato solo la quota sanitaria (53,4 euro e 52 euro rispettivamente). L'Emilia Romagna ha tariffato il Livello assistenziale A (Costo per giornata di accoglienza escluso le prestazioni sanitarie) pari a 91,90 euro e il Fvg il livello di assistenza medio (150 euro). Per le altre si oscilla dai 96 euro del Molise ai 152 euro della Sardegna.

**Le tariffe nelle Rsa per i trattamenti lungoassistenza,** recupero e mantenimento funzionali (prestazioni medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità

assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione) **sono state definite in nove Regioni:** Abruzzo, Campania, Fvg, Lazio, Marche, Liguria, Molise, Piemonte (100% a carico del Ssr), Puglia e Sardegna.

**Assistenza sociosanitaria semi-residenziale.** I trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, compresi interventi di sollievo nelle Rsa sono stati tariffati in 10 regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Molise Piemonte e Puglia). Per le altre il dato non è disponibile. Si va dai 32 euro di Lombardia e i 33,90 della Liguria fino agli 81,63 euro della Puglia.

### **Assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti – demenze**

In ambito residenziale, i **trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale** hanno come target le “persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore”.

Di norma la durata del trattamento non superiore a sessanta giorni, ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla regioni.

Per quanto riguarda le **tariffe Rsa Demenze**, ben 14 Regioni non comunicano i loro dati. Tra quelle note, si va da un minimo di 115 euro in Abruzzo ad un massimo di 173 euro in Campania. Non tutte le quote sono completamente a carico dei Servizi sanitari regionali. Tra quelle note, ad esempio, dei 99,02 euro comunicati dalla Liguria solo il 58% è a carico del Ssr, mentre nelle Marche sulla tariffa di 128 euro risultata a carico del Ssr il 67%.

Ancora meno le Regioni che comunicano i loro dati sulle **tariffe Nucleo Alzheimer**. In questo caso arrivano a 18 le Regioni che non dichiarano i dati. Tra le tariffe note si va da un massimo di 153,66 euro della Calabria a carico del Ssr, ad un minimo di 56,70 della Lombardia che si riferiscono però alla sola “quota sanitaria” (senza la quota sociale/alberghiera).

Rimanendo in ambito residenziale, vengono poi esaminati i **trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale** indirizzati ai non autosufficienti. In questo caso la **tariffa Rsa Demenze** è stata dichiarata solo da tre Regioni: Piemonte con 136,50 euro tutti a carico del Ssr; Puglia con 97,30 euro per il 50% a carico del Ssr; e Sardegna con 144 euro per il 50% a carico del Ssr.

La **tariffa Nucleo Alzheimer** viene comunicata invece dal solo Abruzzo, questa varia da 100,22 a 108,18 euro e pesa per il 50% sul Ssr.

Lo stesso accade per la tariffa Residenze protette con in questo caso le sole Marche a dichiarare la propria tariffa che ammonta a 45 euro (sola quota sanitaria).

Passando al **regime semi-residenziale**, qui come target troviamo persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. La tipologia di prestazioni in questo caso riguarda trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, compresi interventi di sollievo. Tra le sei Regioni a comunicare le proprie **tariffe** si va da un minimo di 45,19 euro in Liguria, di cui il 72% a carico del Ssr; ad un massimo di 115 euro in Abruzzo totalmente a carico della sanità regionale.

Infine, per quanto riguarda la **tariffa Nucleo Alzheimer**, sono solo 5 le Regioni che riportano i propri dati: da un minimo di 45,40 euro in Lombardia ad un massimo di 158,33 euro in Sardegna.

### **Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo**

In questo caso il target di riferimento sono i minori e le prestazioni offerte sono moltissime. Solo per fare alcuni esempi, queste spaziano dall'accoglienza all'attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento e con la famiglia. E ancora visite neuropsichiatriche; prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e fornitura dei dispositivi medici; colloqui psicologico-clinici; psicoterapia; interventi psicoeducativi.

I trattamenti e le tariffe variano a seconda delle intensità delle cure. Per le prestazioni ad **alta, media e bassa intensità**, a riportare le tariffe sono solo la Sardegna e l'Abruzzo.

La situazione non migliora per quel **regime semi-residenziale** indicato per quei per i quali non vi è l'indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita. Abruzzo, Calabria e Puglia sono le sole a indicare le loro tariffe, rispettivamente, le prime due per i disturbi del comportamento alimentare e l'ultima per i trattamenti terapeutico riabilitativi.

### **Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali**

In ambito **residenziale** l'assistenza si suddivide in tre diversi ambiti. Il primo, **trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo)** si rivolge a

pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. Le tariffe in questo caso variano dagli 82,69 euro della Liguria ai 202,38 della Puglia.

Troviamo a seguire i **trattamenti terapeutico-riabilitativi (carattere estensivo)** indicati per pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. Qui si va da un minimo di 78 euro, sempre in Liguria; fino ad un massimo di 164,79 euro in Puglia.

Arriviamo così ai **trattamenti socio-riabilitativi** per quei pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. In quest'ultimo caso le tariffe oscillano dai 53,50 euro della Liguria, per il 48% a carico del Ssr; ai 128 euro dell'Abruzzo, sempre a carico del Ssr per il 48%.

Per il **regime semi-residenziale** invece, la tariffa più bassa per i **trattamenti terapeutico-riabilitativi**, tra le sole quattro Regioni a riportare i loro dati, la troviamo in Sardegna (42 euro) e la più alta in Campania (112,74 euro).

### **Assistenza socio-sanitaria alle persone con disabilità**

In ambito residenziale qui troviamo **trattamenti di riabilitazione intensiva** per persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse. Le tariffe in questo caso spaziano dai 128,60 della Lombardia ai 282,26 della Calabria.

Per i **trattamenti di riabilitazione estensiva** invece, ossia indicati per quelle persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, le tariffe regionali oscillano da un minimo di 77,90 euro in Lombardia ad un massimo di 167,06 nelle Marche.

Quanto ai **trattamenti socio-riabilitativi di recupero mantenimento delle abilità funzionali residue (erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità)** indirizzati a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, le tariffe per i trattamenti socio-riabilitativi spaziano tra una forbice di 72 euro in Veneto e un massimo di 160,39 euro in Puglia.

Passando al regime **semi-residenziale**, i **trattamenti di riabilitazione estensiva** indicati per persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale presentano vengono offerti con tariffe che vanno dai 107,21 euro della Campania ai 271,39 euro delle Marche.

Infine, per i **trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue (erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità)** indirizzati a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali, troviamo tariffe che spaziano dai 128,60 euro della Lombardia ai 282,26 euro della Calabria.

### **Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche**

In questo caso il target riguarda quelle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare. L'assistenza si suddivide in tre diverse tipologie di trattamento residenziale e due semiresidenziale.

Sono sempre poche le Regioni che comunicano in maniera chiara le loro tariffe. In ambito residenziale, per le **comorbidità psichiatriche**, tra i dati resi noti, le tariffe si muovono da un minimo di 92 euro in Sardegna fino ai 165 euro del Friuli Venezia Giulia. Per il **modulo madre bambino**, ad esempio, solo l'Emilia Romagna riporta la sua tariffa (88,65 euro).

Più dati nella tariffa **trattamenti terapeutico-riabilitativi**. Le cifre in questo caso si muovono da un minimo di 61,04 euro della Liguria ai 135,38 euro della Valle d'Aosta. Mentre per i **trattamenti pedagogico-riabilitativi** le tariffe spaziano dai 35,16 euro della Liguria ai 114,86 euro della Valle d'Aosta.

Infine, in ambito **semiresidenziale**, per i **trattamenti terapeutico-riabilitativi** si oscilla tra i 36,40 euro della Lombardia e i 114 euro del Friuli Venezia Giulia. Mentre per i **trattamenti pedagogico-riabilitativi** si va da un minimo di 27,98 euro della Liguria ad un massimo di 68 euro in Friuli Venezia Giulia.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119921](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119921)



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

AGENAS

## Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale



Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale

agenas.  AGENZA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

[www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1706795944.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1706795944.pdf)

**quotidianosanita.it**

### **Acn medicina generale. Fp Cgil: “Un accordo che peggiora le condizioni lavoro”**

*Fp Cgil Medici commenta la firma dell'[Accordo collettivo nazionale](#) per la medicina generale 2019/2021: “essuna novità, né maggiori tutele per i professionisti. Solo un accordo-ponte, fotocopia dei precedenti”*

**09 FEB -**

*“È necessario un profondo cambiamento del rapporto di lavoro che per prima cosa dovrebbe liberarci, anche con l'Accordo collettivo nazionale, dalla spada di Damocle della quota capitaria. È ormai chiaro a tutti come sia necessario superare il rapporto libero professionale, che frammenta il sistema”.*

*Così il coordinamento nazionale Fp Cgil Medici di Medicina Generale commenta l'[Accordo sottoscritto](#) dalle altre organizzazioni sindacali di categoria.*

*“E invece, nulla di tutto ciò si intravede nell'Accordo. E' mancato persino il coraggio di cancellare il riferimento alle ‘tre ore’ di lavoro quotidiano, da sempre tallone d'Achille della nostra categoria, che spesso viene additata come la parte debole dell'assistenza territoriale puntando il dito sui professionisti e non invece sul modello organizzativo e sui mancati investimenti. Nessuna innovazione organizzativa né contrattuale, solo una parziale restituzione degli arretrati”.*

*Secondo Fp Cgil “ancora una volta si svendono le tutele per un piatto di lenticchie. Aumenta al contrario da 1.000 a 1.200 il cosiddetto rapporto ottimale di assistiti da prendere in carico con la possibilità di estenderlo fino 1.890 per ogni medico e con la previsione per i colleghi in pensione di tornare al lavoro come sostituti. Queste operazioni servono solo a nascondere la smisurata carenza di professionisti, causata negli anni dalla perdita di attrattività per i giovani medici di una professione che avrebbe dovuto essere il fulcro della garanzia di salute della cittadinanza. È un accordo che appesantisce i carichi di lavoro, invece di migliorarne le condizioni. Si arriva addirittura a ribadire la responsabilità dei medici di medicina generale negli accessi impropri nei pronto soccorso dimenticando il vero problema delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche”.*

*"Inoltre – prosegue il coordinamento nazionale Fp Cgil Medici di Medicina Generale, che nell'occasione ha rilanciato il proprio Manifesto pubblicato al [link](#) - nell'Acn vengono introdotti elementi che favoriscono la regionalizzazione e la privatizzazione, ma viene ignorato il problema delle prestazioni erogate da anni per l'Inail e mai contrattualizzate, così come la conciliazione dei tempi di vita-lavoro diventa argomento di eventuale tavolo tecnico e non articolo di contratto, antistorico peraltro che questo riguardi solo le colleghe, come ad intendere che il prendersi cura dei propri cari sia compito e prerogativa solo femminile".*

*"Insomma – conclude la nota - l'unico elemento ad emergere è l'abissale distanza tra la fatica quotidiana dei medici di medicina generale e chi li rappresenta con una visione antiquata e frammentata del sistema che favorisce solo i tagli dei servizi a vantaggio di interessi privati. Oggi abbiamo perso l'occasione di cambiare il sistema e il rapporto di lavoro, migliorando tutele e diritti dei professionisti. Chi ha firmato dovrà spiegare alle lavoratrici ed ai lavoratori i motivi di scelte che non modificano nulla o addirittura peggiorano le attuali condizioni di lavoro. Soprattutto, dovrà chiarire quale progetto di medicina generale stanno proponendo se quella che entra a pieno titolo nell'integrazione del sistema salute o al contrario quella che rimane una monade che fa lavorare in condizioni non ottimali i professionisti il cui unico obiettivo è curare al meglio i pazienti".*

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=120092](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=120092)

**quotidianosanita.it**

## **Acn Specialistica Ambulatoriale, firmato l'accordo. Magi (Sumai): "In arrivo miglioramenti normativi ed economici"**

*Magi parla di "un passo avanti verso la conferma il ruolo fondamentale dei medici specialisti ambulatoriali e medici di medicina generale nel Ssn". Con questi presupposti, aggiunge, il sistema sanitario italiano "si avvia verso un futuro in cui la qualità dell'assistenza, la soddisfazione dei professionisti sanitari e l'efficienza gestionale diventano i pilastri su cui costruire un servizio sanitario all'altezza delle aspettative dei cittadini".*

**07 FEB** - *"In un clima di attesa, dopo la firma lo scorso 20 dicembre dell'ipotesi, è stato finalmente siglato l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la specialistica ambulatoriale che disciplina i rapporti con gli Specialisti ambulatoriali, i Veterinari e le altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Psicologi e Chimici). La convenzione, relativa al triennio 2019-2021, segna un passo significativo verso il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria specialistica in Italia"..* Così **Antonio Magi**, segretario generale del SUMAI Assoprof, commenta soddisfatto la firma dell'Acn.

*"Questo accordo, atteso da tempo, apporta miglioramenti normativi ed economici sostanziali per i medici specialisti ambulatoriali. L'obiettivo è migliorare la qualità delle cure offerte ai cittadini e rendere il lavoro dei professionisti del settore più equo e gratificante", aggiunge.*

### **Aspetti normativi**

*"Tra gli aspetti normativi più significativi – riferisce il segretario generale del Sumai - c'è il riconoscimento del ruolo della specialistica ambulatoriale nell'equipe territoriale prevista dal DM 77, cioè nelle Case di Comunità Hub e Spoke, negli Ospedali di Comunità, nei rapporti con le Cot e nell' Assistenza specialistica domiciliare. Si pongono dunque le basi per il prossimo ACN che scadrà nel corso di quest'anno e che vedrà la partenza della riforma entro il 2026".*

*"Tra le novità dell'ACN poi – prosegue - spiccano le misure volte a garantire una maggiore flessibilità lavorativa e a riconoscere il valore della nostra attività all'interno del sistema sanitario. C'è un'attenzione particolare alle politiche di genere in particolare la maternità. L'accordo introduce quindi importanti norme a tutela della salute e della presa in carico specialistica dei pazienti facendo particolare attenzione a non perdere risorse economiche, sia strutturali che a progetto, anche quando queste non prevedono gli specialisti convenzionati. È previsto il graduale incremento di ore specialistiche ad iso-risorse per assistere i pazienti allo scopo di ridurre le lunghe liste d'attesa e gli accessi impropri nei Pronto Soccorso".*

### **Aspetti economici**

*Sul fronte economico, spiega Magi, "l'ACN prevede un significativo aggiornamento della retribuzione e arretrati per i medici, i veterinari e le professioni sanitarie (psicologi, biologi, chimici), in modo da riflettere più adeguatamente il valore del lavoro svolto da tutti gli specialisti ambulatoriali. Questo miglioramento*

retributivo, ancora insufficiente per competere a livelli europei, rappresenta un riconoscimento tangibile dell'importanza degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni e del loro contributo al benessere della collettività. Il miglioramento contributivo inoltre mira a rendere la professione più attrattiva per le nuove generazioni di medici”.

Un altro aspetto per Magi “particolarmente interessante dell'Accordo” è “il suo legame con l'ACN della medicina generale, che si prevede sarà firmato nei prossimi giorni. Entrambi gli accordi condividono un impegno comune verso l'introduzione di misure volte a migliorare la continuità assistenziale e a promuovere l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza sanitaria. Questo approccio integrato è essenziale per rispondere in modo efficace alle esigenze di salute della popolazione, garantendo allo stesso tempo la sostenibilità del SSN ”

“Questa convenzione – prosegue il segretario generale sul Sumai - rappresenta dunque un momento di svolta per il settore con implicazioni positive sia per i professionisti che per i pazienti. Adesso attendiamo con fiducia la firma dell'ACN della medicina generale nella speranza di gettare, insieme, le basi per un sistema sanitario territoriale più equo, efficiente, capace di affrontare le sfide future e sempre più vicino al paziente”.

**In conclusione, per Magi,** “questi accordi segnano un passo avanti verso la conferma del ruolo fondamentale che medici specialisti ambulatoriali e medici di medicina generale svolgono all'interno del SSN. Con questi presupposti il sistema sanitario italiano si avvia verso un futuro in cui la qualità dell'assistenza, la soddisfazione dei professionisti sanitari e l'efficienza gestionale diventano i pilastri su cui costruire un servizio sanitario all'altezza delle aspettative dei cittadini”.

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=120024](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=120024)

**quotidianosanita.it**

## Una proposta per rinnovare e potenziare la medicina generale di base in Italia

Giovanni Ottone

**13 FEB** - Gentile Direttore,

la medicina generale del Ssn, che in Italia conta attualmente circa 39.000 medici convenzionati, che assistono complessivamente circa 51,3 milioni di cittadini, versa in una profonda crisi, tra crescente burocratizzazione delle mansioni, pensionamenti in aumento non sostituiti da nuovi ingressi di medici e organizzazione del lavoro che necessita una migliore relazione con la medicina specialistica e ospedaliera.

Questa situazione è aggravata dall'azione politica del sindacato largamente maggioritario tra i medici di famiglia che da circa 40 anni persegue logiche di semplice adeguamento salariale.

Tuttavia, nonostante questi pesanti handicap, sbaglia gravemente chi, tra i medici di alcune associazioni professionali e sindacali e tra alcuni esperti del settore e amministratori di ASL e di Aziende Ospedaliere, propone, da tempo, di mutare il rapporto di lavoro dei medici di famiglia con il SSN, convertendolo nel rapporto dipendente.

Gli esiti di tale eventuale modifica contrattuale sarebbero negativi: abolizione del diritto di scelta del proprio medico da parte del cittadino; subordinazione dei medici di medicina generale famiglia alle direttive gerarchiche di medici funzionari delle ASL, inadeguati a comprendere la mission e la pratica della medicina generale; probabile aumento della spesa e del ricorso improprio alla medicina specialistica ambulatorie del SSN; ulteriore assalto ai servizi di Pronto Soccorso da parte dei cittadini anche per patologie affrontabili e risolvibili con cure domiciliari; un forte incremento concorrenziale della Sanità.

La strada dovrebbe essere invece un'altra e necessita risposte urgenti e precise in sede professionale e politica. Dal settembre 2023 sono in corso le trattative per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale (triennio 2019 - 2021), a cui seguirà, dopo la sua definizione, nei prossimi mesi, una nuova trattativa, per la discussione del nuovo Accordo collettivo nazionale (triennio 2022 - 2024), che dovrebbe fare i conti anche con il varo delle, per ora indefinite, case di comunità istituite ai sensi dei progetti finanziari dal PNRR. In sostanza si è di fronte a un'occasione decisiva per le sorti dell'assistenza sanitaria primaria pubblica in Italia e per la riqualificazione dei medici di famiglia: il rinnovo della “Convenzione Nazionale della Medicina Generale”.

Chi persegue una vera politica riformista nella Sanità pubblica dovrebbe quindi proporre radicali modifiche a questo contratto tra i medici convenzionati e il SSN. da inserire nella nuova Convenzione:

- a) modificare e ampliare gli orari di apertura degli studi medici per favorire l'accesso degli assistiti;
- b) riformulare il numero ottimale e massimale, ovvero, rispettivamente, il rapporto tra quanti cittadini devono essere assistiti per ogni medico di famiglia e il numero massimo consentito di assistiti per ogni medico;
- c) sburocratizzare il lavoro dei medici, affidando molti compiti di flussi informativi, autorizzazioni, certificati, ecc. a medici funzionari dipendenti dei servizi territoriali delle ASL;
- d) rivedere drasticamente le Scuole di Specializzazione in Medicina Generale, ovvero modalità e regole della formazione e del reclutamento di nuovi medici giovani nella medicina generale, anche agevolando l'ingresso in Convenzione, e l'aumento del numero di assistiti compatibili, per i medici convenzionati ad orario, già in servizio nelle Guardie Mediche (Servizio di Continuità Assistenziale);
- e) stabilire finalmente norme precise di competenze e di collaborazione obbligatoria tra medici di medicina generale e ospedali, in particolare con i servizi di Pronto Soccorso e con i reparti di degenza, per garantire ai pazienti le cure necessarie e l'assistenza domiciliare nel post ricovero ospedaliero;
- f) normare definitivamente i rapporti di collaborazione, per attività di prevenzione e di vaccinazione di massa, contro malattie virali, ecc., tra i medici di famiglia e i servizi territoriali nei distretti delle ASL;
- g) inserire una normativa decisiva che consenta, incentivi e faciliti la associazione professionale con fine di "medicina di gruppo" ovvero gruppi di medici di medicina generale, (fino a 10 - 15 per ogni gruppo) che collaborano tra loro in definiti e ristretti ambiti di territorio, attuando sostituzioni reciproche, aumento degli orari di apertura degli studi e iniziative comuni, per il pool complessivo di migliaia di loro pazienti, all'insegna di linee guida e maggiore qualità delle cure (prendendo a modello esperienze già esistenti in Piemonte, Lombardia, Veneto, ecc., supportate anche dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano).

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=120151](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120151)



## **Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, il Veneto si prepara a formare la sua 'squadra'**

*Petrangolini (ALTEMS): "Il Veneto non è la prima Regione a promuovere un modello di 'Sanità Partecipata'. Nel Lazio e in Campania è già attivo. Ma al Veneto va riconosciuto il merito di aver promosso un modello 'moderno', offrendo a tutte le associazioni la possibilità di manifestare la propria volontà di entrare a far parte dell'Assemblea"*

**Isabella Faggiano**

*In Regione Veneto sarà istituita l'**Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti**. Tutte le organizzazioni dei cittadini e dei pazienti che ne vogliono far parte possono presentare una domanda apposita, tramite il proprio legale rappresentante. I dettagli di partecipazione sono consultabili sul sito della Regione alla [sezione dedicata](#). "Il Veneto non è la prima Regione a promuovere un modello di 'Sanità Partecipata'.*

*Nel Lazio è già attivo da oltre tre anni e mezzo ed anche in Campania organizzazioni dei cittadini e dei pazienti prendono parte alle decisioni regionali in tema di Sanità Pubblica – commenta **Teresa Petrangolini**, Direttore Patient Advocacy Lab di ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore, in un'intervista **Sanità Informazione** -*

*Ma al Veneto va sicuramente riconosciuto il merito di aver promosso un modello di 'Sanità Partecipata' dall'impostazione decisamente moderna, offrendo a tutte le associazioni la possibilità di manifestare la propria volontà di entrare a far parte dell'Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti", aggiunge il Direttore Petrangolini. Nessuna decisione o imposizione dall'alto, dunque. Tutti coloro*

che rispondono ai requisiti elencati nel bando possono presentare la propria domanda entro i tempi e le modalità richieste.

### **Cos'è la 'Sanità Partecipata'**

La Regione Veneto promuove la cultura della partecipazione attiva dei cittadini ai propri processi decisionali in ambito sanitario e socio sanitario attraverso l'istituzione di un modello regionale di ascolto e di coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti impegnate su tematiche sanitarie e socio sanitarie appartenenti agli Enti del Terzo Settore (D.Lgs. n. 117/2017).

L'Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, come si legge nell'avviso pubblico diffuso dalla stessa Regione, è stata istituita allo scopo di consentire una partecipazione istituzionalizzata di tali organizzazioni – di cittadini e pazienti – su tematiche sanitarie e socio sanitarie nell'ambito regionale.

“Permettere a cittadini e pazienti di prendere parte alle decisioni in merito all'istituzione di **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali** (PDTA) o ad altri servizi di sanità pubblica – continua Petrangolini – ha un grande valore aggiunto. Anzi, più di uno. Ascoltare cittadini e pazienti significa poter offrire un'assistenza maggiormente aderente alle loro esigenze. Poi, dialogare con le associazioni può aumentare l'efficienza e far diminuire gli sprechi: cittadini e pazienti sanno cosa è realmente necessario e ciò che è superfluo. Ancora, le Istituzioni hanno a disposizione interlocutori privi di qualsiasi interesse di parte”.

### **Le funzioni dell'Assemblea veneta**

L'Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti veneta avrà il compito di elaborare contributi in merito a tematiche, provvedimenti, programmi o attività per le quali la Cabina di Regia della Sanità Partecipata della Regione ritiene utile acquisire proposte, pareri, osservazioni delle organizzazioni stesse. Ancora, sarà chiamata a confrontarsi istanze, tematiche o attività finalizzate al miglioramento del S.S.R che possono emergere dalle singole organizzazioni e che possono essere proposte alla Cabina di Regia. Dovrà provvedere all'**elezione dei propri rappresentanti** che entreranno a far parte della Cabina di Regia e all'identificazione dei rappresentanti chiamati a far parte dei tavoli tematici di programmazione delle diverse Direzioni dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

“Siamo molto orgogliosi del lavoro condotto dalla Regione Veneto per istituire l'Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, poiché nel corso degli ultimi due anni il Patient Advocacy Lab di ALTEMS ha lavorato al fianco del governo regionale, sostenendolo e guidandolo lungo il percorso di realizzazione della 'Sanità Partecipata'. Così come, costantemente, attraverso specifici laboratori – conclude il Direttore Petrangolini – il Patient Advocacy Lab di ALTEMS sostiene altre Regioni, enti locali e Istituzioni al fine di perseguire lo stesso obiettivo”.

### **Cinque i requisiti necessari per presentare la domanda:**

1. essere iscritte al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (R.U.N.T.S.), ai sensi del D.Lgs. n. 117/2017 e della relativa normativa di attuazione;
2. essere operative nel territorio della Regione del Veneto;
3. avere un numero minimo di associati pari a dieci;
4. svolgere le attività di cui alla lett. b), interventi e prestazioni sanitarie, o lett. c), prestazioni socio-sanitarie di cui al D.P.C.M. del 14/2/2001, dell'art. 5, c. 1, del D.Lgs. n. 117/2017, come previsto dallo statuto e come dichiarato nell'istanza di iscrizione al R.U.N.T.S. quali attività effettivamente esercitate;
5. non avere, tra i componenti degli organi direttivi, personale dipendente di Aziende ed Enti del S.S.R. della Regione del Veneto.

Gli enti ammessi a far parte dell'Assemblea e i relativi rappresentanti saranno resi noti, successivamente alla scadenza della presentazione delle domande, mediante pubblicazione nel sito istituzionale di Azienda Zero. Eventuali esclusioni saranno comunicate tramite p.e.c. o raccomandata con avviso di ricevimento esclusivamente all'ente interessato o al relativo rappresentante legale.

[https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/assemblea-permanente-delle-organizzazioni-dei-cittadini-e-dei-pazienti-il-veneto-si-prepara-a-formare-la-sua-squadra/?mkt\\_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGRUg0bU7ajaL4GZoabHIJeduvqYyv1ddcay4RLh9idMya0G9dghErDRK0SgCp-6TD6Cbwi5K1Xstu0hY0U2BL1NpYeL1SLhNjFAS91WDmV](https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/assemblea-permanente-delle-organizzazioni-dei-cittadini-e-dei-pazienti-il-veneto-si-prepara-a-formare-la-sua-squadra/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGRUg0bU7ajaL4GZoabHIJeduvqYyv1ddcay4RLh9idMya0G9dghErDRK0SgCp-6TD6Cbwi5K1Xstu0hY0U2BL1NpYeL1SLhNjFAS91WDmV)

## La medicina generale e la nuova convenzione: un'altra occasione di cambiamento persa

Ornella Mancin

**13 FEB -**

Gentile direttore,

in questi giorni c'è stata la [firma](#) di Fimmg e Fmt sull'ipotesi di accordo del contratto nazionale 2019-2021 a cui con probabilità si sommeranno le firme degli altri sindacati minori, il cui ruolo non risulta dirimente per l'accordo.

Ad una prima e sommaria lettura fatico, come immagino molti altri colleghi, a rallegrami per un accordo che nasce vecchio, senza novità di rilievo, che cerca di colpirci sfoggiando le cifre degli arretrati ma che non pone mano alle questioni di fondo della medicina di famiglia.

L'accordo si riferisce all'ACN 2019-2021 dato che, come ormai di prassi, molti contratti in Italia vengono rinnovati anni dopo la loro scadenza.

Nel frattempo, c'è stata la pandemia, la guerra in Ucraina, l'aumento delle materie prime, l'inflazione...

La nostra convenzione è perennemente in ritardo, fuori contesto storico, ancorata al passato, mentre attorno c'è una società che cambia, con necessità e bisogni in continuo mutamento e che avrebbe bisogno di modelli organizzativi e proposte innovative.

La medicina di famiglia è in forte sofferenza per tutta una serie di cause che abbiamo denunciato più volte e che non possono non essere note ai nostri sindacalisti.

Ma questo ACN nasce come se tutto quello che abbiamo vissuto con la pandemia non fosse mai esistito, come se il nostro lavoro fosse identico a 5 anni fa.

Sono morti centinaia di colleghi durante la pandemia senza che vi sia stato un giusto risarcimento ma di questo il "nuovo" ACN non sembra tenerne conto. Non sono previste tutele per i medici di famiglia.

Pare vi sia una apertura verso le colleghe incinte o con figli piccoli a cui potrà essere concesso lo smart working e la telemedicina.

Ma siamo sicuri che si possa sostituire completamente la visita medica con la telemedicina?

E quando ci sarà bisogno di sentire un torace o mettere una mano su una pancia chi lo farà?

Temo che alla fine dei conti la cosa risulterà abbastanza impraticabile.

Noi abbiamo bisogno di tutele vere non fittizie: abbiamo bisogno di poterci assentare se ammalati, di avere i giusti congedi per maternità o per la cura dei figli piccoli, la possibilità di fare le ferie previste e non di complicarci la vita dal punto di vista medico legale.

Di fatto la nostra professione non è più appetibile perché facciamo sempre meno i medici e sempre più i burocrati, perché non abbiamo tutele e perché non abbiamo più un tempo in cui possiamo staccare dal lavoro e dedicarci alla nostra vita personale.

E' questo che sta spingendo sempre più colleghi a chiedere la dipendenza. Ma questo ACN che risposte dà?

Se non si vuole la dipendenza serve comunque un cambiamento radicale, un cambio di passo, una nuova convenzione capace di porre le basi a un accordo innovativo che garantisca un tempo di lavoro certo, la copertura per malattia e infortunio, la possibilità di poter usufruire di un giusto riposo.

Da questi ACN rinnovati perennemente in ritardo non possiamo aspettarci altro che dei ritocchi, incapaci di dare una svolta significativa alla professione.

Che dire poi dei 15.000 euro di arretrati (per chi è massimalista) sbandierati sulla stampa come fossero la panacea di tutti i mali?

Corrispondono a meno del 4% di aumento salariale, cifra che non copre neanche l'inflazione che ha eroso in questi ultimi anni il nostro potere di acquisto oltre che ad aver portato a un forte aumento delle nostre spese (benzina, luce, gas, affitti etc); senza contare che dovrebbero "risarcirci" di tutto l'enorme carico lavorativo a cui siamo stati sottoposti durante la pandemia (test antigenici per gli insegnanti, tracciamenti, codifica delle quarantene, certificazioni, tamponi, vaccini, reperibilità 12 ore al giorno...)

Non c'è poi molto da brindare soprattutto a fronte del fatto che poco o nulla si è ottenuto in termini di miglioramento delle condizioni di lavoro, della sburocratizzazione e delle maggiori tutele.

Vengono di fatto aumentati i massimali e richieste ore aggiunte di lavoro da svolgere non si sa bene dove (distretto? Case di comunità) e non vi è nessun accenno a una riduzione del carico burocratico.

Il nuovo ACN è di fatto un'altra occasione di cambiamento persa e del resto se non c'è volontà di mettere mano a tutto l'impianto della convenzione non si potrà ottenere nulla di più di questo: qualche spicciolo (già eroso dall'inflazione) e qualche ritocco che induca a pensare a dei cambiamenti inesistenti alla prova dei fatti; in questo modo da questa professione chi può scappa anticipatamente e i giovani se ne tengono alla larga.

Del resto la Fimmg, sindacato che ha in mano le nostre sorti da anni, non pare avere come mission il cambiamento.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=120143](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120143)

## Nursing

quotidianosanita.it

### Diventare infermieri è una cosa seria

Annalisa Pennini, PhD in Scienze Infermieristiche - Sociologa

Giannantonio Barbieri, Avvocato esperto di Diritto Sanitario

**12 FEB -**

Gentile Direttore,

è sicuramente vero, per diventare infermieri, come ribadisce [Silvestro Giannantonio](#) "bisogna studiare tanto e sempre di più". E, soprattutto, non farsi ammaliare dai canti di improbabili sirene e dai richiami di altrettanto improbabili "Lucignoli" di collodiana memoria

È vero, si tratta di "fake news", ma a volte le cosiddette bufale possono anche travalicare il confine e trasformarsi nel reato di truffa. L'art. 640 del codice penale prevede che "chiunque, con artifici o raggiri, inducendo taluno in errore, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 51 a euro 1.032".

Ma l'argomento è ancora più profondo e mette in evidenza alcune fragilità del nostro sistema sociale, del mercato del lavoro e anche valoriale.

Una domanda innanzitutto: cosa spinge talune organizzazioni a diffondere notizie false circa improbabili percorsi per diventare infermieri? Probabilmente, questioni di denaro. Queste notizie riescono a trovare una base, un alleato in altre informazioni, a tutti note: c'è carenza di infermieri e c'è il problema dell'attrattività della professione. Complice, è sicuramente, anche l'istantaneità della comunicazione via social.

Promettendo di velocizzare i percorsi di studio che invece hanno una ben precisa regolamentazione da tanti anni, si comunica anche, direttamente o indirettamente che:

- per diventare infermiere non serve poi molto (studio, impegno, etc);
- gli infermieri mancano anche perché i percorsi tradizionali sono troppo lunghi e in un mondo che va veloce è opportuno abbreviare anche questo;
- è sufficiente studiare a distanza, togliendo valore all'esperienza del tirocinio.

Qualcuno potrebbe dare ascolto alle sirene e, in qualche modo, farsi per così dire incantare, e quindi raggirare, nell'illusoria speranza di raggiungere determinati obiettivi utilizzando scorciatoie che portano solo a un alleggerimento del portafoglio e un allontanamento da vere professionalità.

Diventare infermiere, non è mai stato facile, non è facile, non può essere facile. Perché è una cosa seria. Deve comportare un tempo di studio, di riflessione, di impegno, che non finisce con la Laurea, casomai inizia. Rendere fintamente facile un percorso che non lo è, non fa altro che attirare chi questo tempo non lo vuole investire, chi non ama il processo di apprendimento, ma solo un rapido risultato. Questo non contribuisce di certo a rendere più attrattiva una professione, anzi, si rischia di renderla meno seria. E quindi sulla lunga distanza, paradossalmente, la può rendere ancora meno attrattiva, perché non promette standard elevati che avvicinano coloro per i quali lo studio, l'impegno e il tempo di apprendimento sono ancora valori coerenti con la professione che vorrà svolgere.

Va detto con estrema chiarezza: lo status di professionista lo si conquista con lo studio e, successivamente, lo si mantiene con un aggiornamento serio e costante. La professione, qualunque essa sia, ma ancor di più se ha a che fare con beni che trovano una protezione a livello costituzionale come la salute, merita rispetto e non può essere oggetto di "fake".

L'esercizio di una professione è esplicitazione, innanzitutto, di un diritto costituzionalmente riconosciuto e tutelato quale è, appunto, in base all'art. 4 della Costituzione, il diritto (e dovere) al lavoro, inteso come libertà di scegliere e di accedere al lavoro. E per quanto riguarda l'esercizio di una professione, la Costituzione è chiara. L'art. 35, 5° comma dispone che il presupposto per l'esercizio di una professione,

ossia per l'abilitazione a detto esercizio, è il superamento di un esame di Stato, che ha la funzione di verificare, in via preventiva, nell'interesse della collettività, l'esistenza dei requisiti di capacità tecnica, di attitudine e di preparazione necessarie per un serio esercizio professionale. La Costituzione non ammette scorciatoie. Le norme e la deontologia non ammettono scorciatoie. I valori non sono mai stati scorciatoie. Le competenze (quelle vere) non si acquisiscono in fretta.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=120134](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=120134)

quotidianosanita.it

Cronache

Quotidiano on line  
di informazione sanitaria  
Mercoledì 21 FEBBRAIO 2024

QS

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

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:

**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.

**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.

**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.

**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.

**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&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=119799&fr=n)

quotidianosanità.it

Lavoro e Professioni

Quotidiano on line  
di informazione sanitaria  
Mercoledì 21 FEBBRAIO 2024 **QS**

## **Ddl Lavoro. Mangiacavalli (Fnopi): ecco le proposte per la professione infermieristica, in primis riconoscerla come lavoro usurante**

Le parole della presidente durante l'audizione in Commissione Lavoro alla Camera, nell'ambito dell'esame del Ddl recante disposizioni in materia di lavoro: “La Federazione intende contribuire al dibattito con alcune proposte per valorizzare la professione”

**13 FEB-**“Apprezziamo il disegno di legge del governo in materia di lavoro. Il Paese sta vivendo un momento storico che vede a rischio la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e il mutato quadro socio sanitario non consente agli infermieri di operare in modo appropriato per dare risposte adeguate ai bisogni dei cittadini”. Lo ha detto la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, durante l'audizione in Commissione Lavoro alla Camera, nell'ambito dell'esame del Ddl recante disposizioni in materia di lavoro.

“La Federazione intende contribuire al dibattito con alcune proposte per valorizzare la professione - ha spiegato Mangiacavalli - prima fra tutte l'inserimento dell'attività dell'infermiere tra i lavori 'usuranti' poiché sempre più esposti alla sindrome da burnout e a situazioni di particolare sovraccarico. Inoltre - ha proseguito - riteniamo che la selezione del personale necessiti di criteri innovativi adatti a individuare soggetti capaci di rispondere alle specifiche esigenze, al di là del bagaglio conoscitivo ed esperienziale, così come auspichiamo modelli organizzativi per favorire la conciliazione tra vita privata e professionale a favore delle infermiere quali l'istituzione di servizi per l'infanzia, asili nido, all'interno delle aziende sanitarie. Infine – ha concluso Mangiacavalli – occorre prevedere misure per lo sviluppo economico e di carriera della professione perché sia maggiormente attrattiva per i giovani, con la massima equità e parità di accesso e progressione tra generi.

Non è più rinviabile l'abbattimento delle differenze retributive all'interno dei differenti contratti di lavoro tra pubblico e privato, a parità di responsabilità, funzioni e competenze".

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=120161&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=120161&fr=n)



## **Essere un infermiere tra ricerca e clinica: Quali sfide e quali opportunità per un infermiere che ha conseguito un dottorato di ricerca? Una panoramica da un ospedale pediatrico italiano**

**G. Ottonello, N Dasso, R. Da Rin Della Mora, S. Rossi, S. Calza, S. Scelsi**

Pubblicato: 11 Febbraio 2024

doi: 10.1111/jocn.17019

**Obiettivo:** riportare una riflessione sul ruolo, le sfide e le opportunità per gli infermieri con formazione avanzata nella ricerca al di fuori dell'ambito accademico.

**Design:** Un documento discorsivo.

**Fonti dei dati:** Abbiamo riportato il caso di un IRCCS pediatrico italiano in cui infermieri con un dottorato di ricerca hanno iniziato ad applicare le loro conoscenze e competenze in diversi ambiti, sia clinici che organizzativi. Da questa esperienza è emersa una panoramica delle possibili barriere e sfide che gli infermieri con dottorato di ricerca possono affrontare in ambito ospedaliero.

**Discussione:** L'impiego di infermieri con dottorato di ricerca in ambito ospedaliero potrebbe essere un'opportunità per far progredire elevati standard di qualità dell'assistenza in ambito manageriale e clinico e per creare reti tra figure professionali altamente specializzate e diverse realtà clinico-assistenziali.

**Conclusioni:** Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare come applicare le competenze avanzate degli infermieri con dottorato di ricerca all'interno delle organizzazioni sanitarie per fornire cure e servizi sicuri e di alta qualità. Questo articolo può fornire spunti per una riflessione sull'applicazione e lo sviluppo delle capacità e delle competenze degli infermieri con dottorato di ricerca all'interno del contesto ospedaliero in ambito clinico, di ricerca e manageriale. Ciò può migliorare l'applicazione efficace di figure professionali infermieristiche altamente competenti.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38343015/>

## **Esperienze di infermieri medici e chirurgici nella modifica e nell'implementazione di interventi Safewards adatti al contesto nei reparti ospedalieri di medicina e chirurgia**

**L. Luck, K. Kaczorowski, M. White, G. Dickens, F. McDermid**

**Pubblicato: 27 Febbraio 2024**

**<https://doi.org/10.1111/jan.16102>**

### **Obiettivo**

Esplorare le esperienze degli infermieri generici nel modificare e implementare gli interventi Safewards adatti al contesto nei reparti ospedalieri di medicina e chirurgia.

### **Progetto**

È stata utilizzata una ricerca d'azione qualitativa con la collaborazione degli infermieri come co-ricercatori.

### **Metodi**

Nell'aprile del 2022 sono stati condotti dei focus group pre-implementazione per comprendere ed esplorare le attuali strategie utilizzate dagli infermieri per prevenire, rispondere o ridurre la violenza. In seguito, due interventi Safewards sono stati modificati dagli infermieri nei reparti. Nell'ottobre 2022 sono stati condotti dei focus group post-attuazione per esplorare l'esperienza degli infermieri nell'implementazione degli interventi Safewards e l'effetto sulla loro pratica infermieristica. I dati sono stati analizzati utilizzando il quadro di Braun e Clarke per l'analisi tematica.

### **Risultati**

Dall'analisi dei focus group pre-implementazione sono emersi tre temi che riflettono il tipo di violenza subita da questi infermieri e il contesto in cui si sono verificati: "lo spazio è frenetico", "può sembrare un campo di battaglia" e "le conseguenze". Questi temi racchiudono l'esperienza degli infermieri in merito alla violenza subita dai pazienti e dai loro visitatori. In seguito all'attuazione di due interventi Safewards modificati, l'analisi dei focus group ha evidenziato un cambiamento nelle competenze infermieristiche per evitare o rispondere alla violenza: "Safewards in azione", "empatia e auto-riflessione" e "andare avanti".

### **Implicazioni per la professione**

Nell'interesse della sicurezza, interventi efficaci per ridurre la violenza nei confronti degli infermieri degli ospedali generali dovrebbero essere una priorità per i dirigenti e le organizzazioni sanitarie. Prevenire, attenuare e gestire la violenza può ridurre gli effetti negativi professionali e personali sugli infermieri e, in ultima analisi, migliorare il benessere, la soddisfazione sul lavoro e i tassi di fidelizzazione. Inoltre, la diminuzione degli episodi di violenza o di aggressività porta a un'esperienza più sicura per i pazienti e a una riduzione del numero di errori infermieristici, migliorando in ultima analisi l'esperienza e i risultati dei pazienti.

Comprendere le esperienze di violenza degli infermieri e lavorare con loro per esplorare e sviluppare soluzioni contestualmente rilevanti aumenta la loro capacità di rispondere e prevenire gli episodi di violenza. Gli interventi Safewards modificati contestualmente offrono una di queste soluzioni e potenzialmente hanno implicazioni più ampie per le strutture sanitarie al di là dei reparti specifici studiati.

**<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.16102>**

## Sociale, long care e terza età



### Slegateli!

**Benedetto Saraceno**, *Lisbon Institute of Global Mental Health*

*In Italia si continua a legare e non solo nei servizi di Diagnosi e Cura ma anche nelle molteplici tipologie di residenzialità, dai matti ai vecchi passando per i minori disabili, tutti sono esposti al rischio di trovarsi un giorno immobilizzati in un letto da delle fasce di canapa*

**L'Italia ha firmato nel 2007 e ratificato nel 2009 la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CDPD) (1).** La ratifica esprime solennemente il consenso di uno stato ad essere vincolato giuridicamente dalle prescrizioni contenute nel trattato o nella convenzione. I diritti affermati dalla Convenzione sono già presenti nei trattati internazionali sui diritti umani ma in questa specifica convenzione i principi generali di dignità, uguaglianza, non discriminazione, piena inclusione sociale sono applicati alle persone con disabilità, con la preoccupazione che la disabilità mai debba costituire un fattore di indebolimento dei diritti. La CPDP sancisce un fondamentale e storico mutamento di paradigma affermando i diritti delle persone con disabilità sia essa fisica oppure mentale.

**Per evitare che la Convenzione rimanesse lettera morta è stato istituito un organismo intergovernativo che costituisce una sorta di segretariato permanente attraverso cui gli Stati discutono ed esaminano lo stato di implementazione della Convenzione.** Tale organismo è denominato Conferenza degli Stati Parti. Alla Convenzione è stato annesso un Protocollo di diciotto articoli che istituisce un Comitato sui Diritti delle Persone con Disabilità. Tale Comitato ha due funzioni, quella di monitorare la implementazione della Convenzione, esaminando i rapporti inviati con cadenza quadriennale dagli Stati, e quella di esaminare tutte le segnalazioni di violazioni della Convenzione. È composto da diciotto esperti indipendenti che si riuniscono tre volte all'anno e che sono eletti dalla Conferenza degli Stati Parti.

**Il Comitato alla fine del 2022 ha prodotto delle Linee guida sulla deistituzionalizzazione grazie a un processo partecipativo** che ha coinvolto oltre cinquecento persone con disabilità e sopravvissuti alla istituzionalizzazione. Finalmente oggi è stata pubblicata anche la versione in lingua italiana delle Linee Guida (2). È molto importante che la nozione di deistituzionalizzazione sia entrata a far parte del linguaggio delle Nazioni Unite e che la istituzionalizzazione sia riconosciuta come una forma di violenza contro le persone. È una evoluzione radicale del pensiero ONU che fa transitare le pratiche di deistituzionalizzazione da esperimento innovativo promosso da pochi visionari riformatori (e Franco Basaglia primo fra tutti) a un obbligo degli Stati.

**Il linguaggio usato dal Comitato è senza ambiguità: "L'istituzionalizzazione contraddice il diritto delle persone con disabilità a vivere in modo indipendente e a essere incluse nella comunità. Gli Stati parti dovrebbero abolire tutte le forme di istituzionalizzazione, porre fine ai nuovi collocamenti in istituti e astenersi dall'investire in istituti" (2).**

**Le Linee Guida forniscono una sorta di glossario che definisce numerosi termini e primo fra tutti il termine "Istituzionalizzazione"** (ed elenca numerosi luoghi che vanno considerati come istituzioni, ben oltre le tradizionali istituzioni psichiatriche e fra gli altri: gli ospedali per lungodegenti, le case di cura, i reparti protetti per demenza, i collegi speciali, i centri di riabilitazione diversi da quelli comunitari, le case di riabilitazione, le strutture psichiatriche forensi).

**Inoltre, definisce fondamentali processi di deistituzionalizzazione quali**

- *il Rispetto del diritto di scelta e delle volontà e preferenze individuali, il Sostegno a livello comunitario (che include i servizi di sostegno a domicilio!)*
- *l'Assegnazione di fondi e risorse ("Investimenti in istituti, compresa la ristrutturazione, dovrebbero essere vietati. Gli investimenti dovrebbero essere indirizzati al rilascio immediato dei residenti e alla fornitura di tutti i supporti necessari e appropriati per vivere in modo indipendente").*
- *Gli Alloggi Accessibili ("Gli Stati parti devono garantire alle persone che lasciano gli istituti un alloggio sicuro, accessibile e a prezzi ragionevoli nella comunità, attraverso l'edilizia pubblica o sussidi per l'affitto ... Il riferimento ai servizi residenziali nell'articolo 19 della Convenzione non deve essere usato per giustificare il mantenimento di istituti").*
- *Coinvolgimento delle persone con disabilità nei processi di deistituzionalizzazione ("Gli Stati parti dovrebbero istituire processi di pianificazione aperti e inclusivi, assicurandosi che il pubblico comprenda l'articolo 19 della Convenzione, i danni dell'istituzionalizzazione e dell'esclusione delle persone con disabilità dalla società e la necessità di una riforma").*

**Va certamente ricordato che queste Linee Guide, diversamente dalla Convenzione la cui ratificazione è giuridicamente vincolante, sono raccomandazioni agli Stati e non hanno lo stesso valore degli articoli della Convenzione.** Tuttavia, esse vanno salutate come un tentativo autorevole di moral suasion verso gli Stati che ancora considerano la deistituzionalizzazione come una avventura pericolosa e eccessivamente libertaria.

**Ricordiamo come la Lega di Matteo Salvini vorrebbe rivedere la legge Basaglia e magari, perché no, riaprire i manicomi.** Dopo [l'uccisione della psichiatra Barbara Capovani](#), per la mano un suo paziente, si "rafforza la convinzione che sia necessaria e non più rimandabile una profonda riflessione sulla legge 180", hanno fatto sapere fonti ufficiali della Lega. D'altra parte, già nel 2018 l'allora ministro dell'Interno proclamava: «Noi stiamo lavorando per un'Italia più buona. Penso alla assurda riforma che ha lasciato nella miseria migliaia di famiglie con parenti malati psichiatrici...C'è quest'anno un'esplosione di aggressioni per colpa di malati psichiatrici».

**Al contrario e contro queste posizioni, nel migliore dei casi timorose, e nel peggiore decisamente retrograde e repressive,** il Comitato affronta in profondità la questione dei quadri normativi e dei politici che favoriscono la deistituzionalizzazione e l'inclusione sociale: il diritto alla capacità giuridica (ossia la promozione dell'esercizio della capacità decisionale), il diritto di accesso alla giustizia (ossia l'abolizione delle barriere ambientali, attitudinali, legali e procedurali che ostacolano l'accesso alla giustizia delle persone con disabilità), il diritto alla libertà e alla sicurezza (ossia la promozione della abrogazione di quelle disposizioni legislative che privano le persone della loro libertà e attentano alla loro sicurezza personale).

**Le Linee Guida si inoltrano nei dettagli importantissimi degli elementi che devono costituire i servizi alternativi alla istituzionalizzazione e descrivono la necessità di Servizi e Reti di supporto con molta enfasi sul supporto tra pari.** Anche il sostegno al reddito viene analizzato e raccomandato come una componente fondamentale del processo di deistituzionalizzazione. Infine, viene affrontata la questione dei preparativi per lasciare l'istituzione e l'importanza di processi di formazione degli operatori e degli utenti a effettivamente sperimentare quello che è stato definito come "il rischio della libertà" (4). Sarebbe utile poter qui descrivere in dettaglio le Linee Guida ma basti ricordare che esse rappresentano un deciso passo avanti nel dibattito internazionale sulle forme di affrancamento dal modello biomedico e repressivo della psichiatria attuale.

**Le persone con disturbi mentali protratti nel tempo e portatori di una qualche disabilità, non sono più un gruppo vulnerabile separato e con diritti diminuiti o messo sotto tutela speciale.** La comune appartenenza all'universale contratto sociale dei diritti costituisce un progresso sostanziale rispetto al tempo in cui la disabilità mentale veniva relegata in un limbo giuridico, non solo separato, ma sostanzialmente normato da leggi che avevano a che fare con la pericolosità sociale invece che, piuttosto, con il diritto alla inclusione sociale.

***Tuttavia, in Italia si continua a legare (5) e non solo nei servizi di Diagnosi e Cura ma anche nelle molteplici tipologie di residenzialità, dai matti ai vecchi passando per i minori disabili, tutti sono esposti al rischio di trovarsi un giorno immobilizzati in un letto da delle fasce di canapa (6).***

***Dunque, se l'applicazione della Convenzione delle Nazioni Unite non può essere considerata un optional ma un obbligo morale e giuridico, la conoscenza delle Linee Guida del Comitato sui Diritti delle Persone con Disabilità è fortemente consigliata.***

#### Referenze

1. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>. New York, 2006.
2. Nazioni Unite. *Comitato sui diritti delle persone con disabilità. Linee guida sulla deistituzionalizzazione, anche in caso di emergenza*. [CRPD/C/27/R.1](#)
3. Fabris A. *Lo spettro di Basaglia tormenta Salvini*. *Jacobin Italia*. 13 Dicembre 2018.
4. Cohen A., Saraceno B.: *The Risk of Freedom: the Mental health Services in Trieste*. In: Cohen A., Kleinman A., Saraceno B.: *World Mental Health Casebook*. Kluwe Academic/Plenum Publishers, New York, 2002.
5. Del Giudice Giovanna. *E tu slegalo subito*. Edizioni Alfabeta Verlag, Merano, 2015.
6. Saraceno B. (2021). *Convenzioni Internazionali e diritti negati*. *Salute Internazionale*. 24 maggio.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/02/slegateli/>



## **Anziani. Assistenza domiciliare e alloggi protetti, nessun passo avanti nel decreto attuativo**

**Antonella Patete**

Oggi l'assistenza domiciliare integrata non supera le 17 ore ogni anno e nulla si dice degli alloggi protetti, dove si vive nello stesso stabile, ma ognuno a casa propria. Pesaresi (Network non autosufficienza): "Il decreto legislativo attuativo della legge delega 33/23? È una delega della delega"

Delusione per un decreto attuativo, che più che attuare rinvia a data da destinarsi la tanto attesa riforma della non autosufficienza. E che colpisce gli esperti più per le lacune che per i provvedimenti realmente in campo. Questo, in sintesi, il giudizio di **Franco Pesaresi, direttore dell'Azienda servizi alla persona Ambito 9 di Jesi (An) e socio di fondatore di Network Non Autosufficienza (NNA)** sull'approvazione, in esame preliminare, del decreto legislativo in materia di politiche a favore delle persone anziane, in attuazione della legge delega 23 marzo 2023, n.33. Redattore Sociale lo ha raggiunto per chiedergli una valutazione sul provvedimento che il governo ha emanato lo scorso 25 gennaio.

### **Dottor Pesaresi, perché tanto rammarico?**

Perché non siamo di fronte a un vero decreto attuativo, come ci si attendeva, ma piuttosto a nuova delega alla legge 33. Anziché attuare la riforma, il decreto legislativo appena licenziato dal governo prevede l'emanazione di ulteriori 13 decreti. Insomma, dopo tanti mesi, siamo ancora a al punto di partenza.

### **Non c'è nulla di buono insomma?**

La riforma è stata più che dimezzata, perché tra i punti delineati dalla legge 33 solo l'aspetto della valutazione della persona non autosufficiente viene trattato con un evidente approccio riformista. Sugli altri aspetti importanti – come il governo centrale del sistema, la residenzialità, la prestazione universale e la domiciliarità – o c'è un forte ridimensionamento di quel che era previsto nella legge delega oppure c'è un rinvio a decisioni future. Per esempio, la legge delega prevedeva un governo unitario del sistema da parte del ministero del Lavoro, del ministero della Sanità e dell'Inps per l'indennità di accompagnamento. Nei fatti, però, il governo del sistema è affidato unicamente al ministero del Lavoro, mentre il tema della non autosufficienza andrebbe affrontato in modo assolutamente integrato. Sulla residenzialità, invece, non ci sono novità, se non il rinvio a un ulteriore decreto che affronterà il tema degli standard strutturali e del personale. La situazione, poi, è particolarmente grave per quanto riguarda la prestazione universale, perché il decreto prevede di una sperimentazione di due anni, in cui verranno assistite meno di 30mila persone su 1 milione e mezzo di quelle che hanno oggi l'indennità di accompagnamento, senza dire nulla di quello che accadrà dopo. Ecco perché la delusione è così grande.

### **E sul fronte della domiciliarità?**

Nell'ambito dell'assistenza agli anziani esistono oggi due grandi problemi: l'integrazione tra il sociale e il sanitario e la necessità di un'assistenza domiciliare tagliata sulle necessità della persona non autosufficiente, quindi con una durata e un'intensità rapportata ai bisogni effettivi dell'anziano. Mentre oggi, secondo i dati del ministero della Sanità, l'assistenza domiciliare integrata non supera le 17 ore annuali, una goccia nel mare. Quindi occorre adeguare la durata, che attualmente contempla solo qualche mese, e il numero di ore di assistenza necessarie. Nella legge, insomma, c'è sì attenzione al tema della domiciliarità e dell'integrazione, ma non ci sono novità. Tutto viene rinviato a un successivo decreto che fisserà le linee guida sull'integrazione socio-sanitaria applicata alla domiciliarità. Non vi è, invece, nulla sulla modifica della durata e dell'intensità, che era stata richiesta a gran voce anche dal **Patto per la non autosufficienza**.

### **Cosa ne pensa, invece, sulle nuove forme di coabitazione promosse dal decreto?**

Per quanto riguarda gli alloggi per gli anziani la legge presenta un errore di impostazione. Si parla tanto di cohousing o housing intergenerazionale, intendendo nel primo caso alloggi dove è possibile accogliere anziani non legati da un vincolo di parentela e, nel secondo, modalità abitative dove, per fare un esempio, una persona anziana ospita uno studente universitario. Entrambe queste tipologie possono esistere, ma sono totalmente marginali. L'anziano fragile vorrebbe continuare ad abitare in una casa propria, dove vivere da solo o con il coniuge, se è ancora in vita. Manca, invece, totalmente la tipologia più diffusa al mondo, quella degli alloggi protetti. A differenza del cohousing la persona continua a vivere in un proprio alloggio, dove è

possibile garantire una serie di servizi a domanda. Questo modello è pensato, in particolare, per persone sole che hanno bisogno di un livello di protezione più alto rispetto all'assistenza domiciliare, ma che possono vivere in un alloggio protetto senza andare in una casa di riposo. A Pesaro per esempio ne sono stati realizzati 150, mentre a Jesi ce ne sono una ventina. Si tratta di un'esperienza straordinaria di libertà e di autonomia, molto diffusa in altri Paesi come la Danimarca, dove vi vive l'11% degli anziani. In Italia questa tipologia abitativa dovrebbe essere valorizzata come alternativa alla casa di riposo, perché preserva l'autonomia dell'anziano, aiutandolo a rimanere nella propria abitazione, anche nel momento in cui diventa fragile.

[https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/anziani\\_assistenza\\_domiciliare\\_e\\_alloggi\\_protetti\\_nessun\\_passo\\_avanti\\_nel\\_decreto\\_attuativo](https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/anziani_assistenza_domiciliare_e_alloggi_protetti_nessun_passo_avanti_nel_decreto_attuativo)



## **Forum delle Associazioni Familiari: servono politiche attive universali e strutturali**

*Al Senato si è tenuto il convegno “Assegno Unico, fisco, politiche familiari. La politica in dialogo con la famiglia”, promosso dal Forum delle Associazioni Familiari, per affrontare il nodo delle politiche pubbliche a favore delle famiglie e, quindi, delle nascite. In effetti, le politiche familiari del nostro Paese sono rimaste per decenni sostanzialmente ferme, relegate in un dibattito sociale, culturale e politico il più delle volte sterile. Negli ultimi anni, tuttavia si registra una positiva accelerazione, con l'introduzione del Family Act all'interno del quale è stato previsto l'Assegno Unico Universale.*

*Nel corso dell'evento sono stati citati i dati riportati nel CISF (Centro Internazionale Studi Famiglia) Family Report 2023.*

### **Fisco**

*È opportuno che ci siano politiche attive per la famiglia, in termini di servizi, di sostegno economico, di pari opportunità, di equità fiscale. In particolare, proprio l'equità fiscale, secondo i carichi familiari, appare la nuova frontiera per costruire politiche familiari promozionali ed eque, in aggiunta a un più forte Assegno Unico e a una maggiore offerta di servizi.*

### **L'Assegno Unico Universale**

*L'Assegno Unico Universale, introdotto nel 2021, appare tuttora insufficiente: solo il 5,5% delle giovani famiglie intervistate sostiene che la cifra sia stata molto adeguata alle proprie necessità, mentre due terzi delle famiglie si dichiarano insoddisfatte: il 41,6% la definisce “poco” adeguata, e il 25,9% “per niente” adeguata. In tal senso, l'intervento dello Stato deve sostenere le famiglie nel loro compito primario: generare relazioni di fiducia, solidarietà e cura reciproca tra i propri membri, nella coppia, tra genitori e figli, anche quando sono i genitori a diventare anziani.*

### **Sostenere le famiglie conviene**

*Sostenere le famiglie conviene, anche dal punto di vista economico, in quanto le relazioni familiari sono un sistema efficace di solidarietà interna e di responsabilità sociale verso il bene comune. All'interno, in famiglie stabili e integre, si rilevano migliori condizioni di salute, migliori risultati nell'apprendimento, più alti livelli di soddisfazione e di felicità individuale, più stabili relazioni di cura reciproca per i propri membri fragili; all'esterno, famiglie stabili e integre generano maggiore responsabilità sociale nei propri membri, maggior impegno nel sociale e nel volontariato, maggiore partecipazione all'azione politica.*

*Per **Gian Marco Centinaio**, Vicepresidente del Senato della Repubblica: “Se riconosciamo la centralità della famiglia non possiamo non affermare la necessità di politiche pubbliche adeguate a suo sostegno. L'universalità degli interventi è un elemento cruciale: il sostegno alle famiglie è necessario in quanto tale, va distinto dalle misure di contrasto alla povertà e non può essere legato al contratto di lavoro dei genitori. In secondo luogo, l'integrazione tra welfare statale e aziendale per la fornitura di servizi adeguati, in una collaborazione pubblico-privato, va potenziata ed estesa sempre più anche al Terzo Settore, con il coinvolgimento attivo e operativo delle famiglie stesse. Ma, prima di tutto, è importante restituire alla famiglia la centralità che merita sul piano sociale, educativo e culturale”.*

***Raffaele Speranzon**, Commissioni Affari Esteri e difesa e Cultura e patrimonio culturale, istruzione pubblica, del Senato della Repubblica, ha affermato: “Occorre seguire un doppio binario. Da un lato*

aumentare risorse economiche, dall'altro attuare riforme strutturali. A tal fine è prioritario garantire stabilità. Oggi abbiamo una grande opportunità anche grazie alla convergenza politica su questi temi. Nonostante l'attuale congiuntura economica il Governo ha previsto misure come la decontribuzione per le mamme lavoratrici, l'aumento dei congedi parentali, il raddoppio dello sgravio sui fringe benefits, l'asilo nido gratuito a partire dal secondo figlio. Si tratta di primi segnali che indicano una direzione verso cui bisogna andare”.

Per **Simona Malpezzi**, Vicepresidente della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza: “È fondamentale che la politica intervenga per individuare prospettive e costruire una progettualità, rimuovendo le cause economiche che spaventano le giovani generazioni a mettere su una famiglia. Iniziamo a consentire che il nido sia un diritto esigibile economicamente da tutti. Diciamo che bisogna intervenire sugli stipendi attuando il diritto alla parità salariale, contrastando il lavoro povero di cui le donne sono spesso vittime”.

**Alessandro Cattaneo**, Commissione Politiche dell'Unione Europea della Camera dei Deputati ha dichiarato: “L'incontro di oggi rappresenta un'occasione davvero preziosa per confrontarsi sul tema delle politiche per la famiglia. Servono misure economiche adeguate e iniziative concrete. A noi l'impegno di proseguire il lavoro iniziato. Siamo lavorando su diversi fronti ma con un unico obiettivo: mettere la famiglia al centro, attraverso politiche economiche volte a sostenerla. L'elemento economico, tuttavia, non è l'unico aspetto. La sfida è coniugare progresso economico con una politica culturale che valorizzi famiglia e natalità”.

Secondo **Elena Bonetti**, Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, già Ministro per le Pari Opportunità: “È importante oggi riprendere con forza e determinazione il discorso, purtroppo interrotto, della riforma delle politiche familiari. L'Assegno Unico sta portando frutti importanti, ma non si può arretrare. Oggi va rivisto e va riformato l'Isee. Servono decreti attuativi del Family Act che prevedono una fiscalità agevolata per le famiglie, il rimborso spese scolastiche, un incentivo al lavoro femminile, la riforma dei congedi parentali e occorre dedicare un capitolo importante ai giovani affinché possano sentirsi più sicuri e iniziare un progetto familiare il prima possibile”.

**Luigi Marattin**, Commissione Bilancio, tesoro e programmazione della Camera dei Deputati ha osservato: “Il calo della natalità minaccia di mettere in crisi il Sistema Paese. Se non si interviene concretamente rischiamo non un inverno, bensì un vero e proprio 'inferno' demografico. In tal senso, vanno stanziati più risorse destinate all'Assegno Unico, che occorre potenziare anno dopo anno, e alla detassazione del secondo percettore di reddito che spesso è la donna. Unitamente bisogna mettere in campo politiche volte a incoraggiare quella che è una priorità per il Paese, ovvero sostenere le famiglie”.

Secondo **Adriano Bordignon**, Presidente del Forum delle Associazioni Familiari: “Tutti gli indicatori ci raccontano che la sfida di rilanciare la famiglia e la natalità può essere alla nostra portata, solo se sarà capace di impattare la realtà con una serie di interventi estremamente significativi, che possano riavviare un motore che da tempo si è ingolfato. Non è più pensabile una politica dei piccoli aggiustamenti. Abbiamo bisogno di una grande alleanza capace di coinvolgere Unione Europea, Governo e Parlamento, Regioni ed enti locali, ma anche mondo del lavoro, scuola ed università, Terzo Settore, mondo della cultura e della comunicazione. In tal senso, servono progetti ad alta intensità e a lungo respiro, capaci di riattivare prima di tutto la fiducia e la speranza delle giovani famiglie, convincendole che mettere al mondo un figlio non sarà una fatica individuale ma, oltre a essere la più splendida avventura per un essere umano, sarà un'esperienza che viene riconosciuta e sostenuta realmente come investimento di comunità”.

Per **Francesco Belletti**, Sociologo, Direttore del Centro Internazionale Studi Famiglia: “La famiglia non è più una questione di parte, ma è la microfibrà relazionale del Paese e la principale risorsa di solidarietà. Sono state fatte molte cose buone, ma bisogna verificare quanto gli attuali strumenti siano efficaci. Servono politiche familiari a lungo termine e interventi più consistenti dal punto di vista economico, a partire dalla riforma del fisco. Occorrono, inoltre, misure a tutela delle donne lavoratrici e servizi di cura per le persone fragili”.

**Matteo Rizzoli**, Professore Associato di Politica Economica, Università Lumsa, ha rilevato: “Possiamo utilizzare le evidenze empiriche che ci vengono fornite dalle scienze sociali per affermare che il modello della famiglia è migliore in termini di efficienza. Abitare una famiglia ha effetti positivi in primis riguardo il benessere soggettivo dei membri che la abitano, con riferimento alla situazione economica e anche rispetto agli indicatori relativi alla salute. La famiglia, infatti, aumenta la salute fisica e mentale dei componenti che la vivono. In tal senso, le politiche della famiglia ci permettono, dunque, di sostenere indirettamente le politiche della salute”.

**Margherita Daverio**, Ricercatrice in Filosofia del diritto, Università Lumsa, ha dichiarato: “Le politiche fiscali destinate alla famiglia sono un riconoscimento del capitale sociale che la famiglia genera, svolgendo

funzioni di interesse collettivo come l'educazione, la presa in carico di situazioni di vulnerabilità, il sostegno in caso di disoccupazione, l'accompagnamento e la cura delle persone anziane. Il sostegno alla famiglia quindi è motivato da ragioni di equità. Oltre alle misure di tipo erogativo occorre rafforzare i servizi essenziali alla persona. Attraverso il riconoscimento fiscale, inoltre si trasmette un messaggio culturale importante a fronte del contributo fondamentale offerto al Paese dalle famiglie”.

Per **Cristina Riccardi**, Vicepresidente del Forum delle Associazioni Familiari: “È centrale uscire dalla logica del bonus e dell'assistenzialismo, per attuare investimenti e interventi a carattere strutturale. Servono misure di tipo preventivo per tutelare le famiglie in difficoltà. In tal senso è necessario favorire un'alleanza tra i vari livelli governativi e le diverse istituzioni. La famiglia è una realtà in sé da valorizzare, che genera capitale sociale ed economico e non una somma di singoli individui. Occorre, dunque, uno sguardo ampio, una prospettiva a lungo termine e un approccio trasversale”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-02-14/forum-associazioni-familiari-servono-politiche-attive-universali-e-strutturali-125118.php?uuid=AFzclaiC&cmpid=nlqf>



**lavoce.info**

LUNEDÌ 19 FEBBRAIO 2024

## **Assistenza agli anziani: fatto il decreto, manca ancora la riforma**

**Cristiano Gori**

La legge delega sull'assistenza agli anziani non autosufficienti aveva come obiettivo il riordino complessivo del settore. Le misure previste nel decreto attuativo non danno vita però a un progetto per il welfare del futuro. La questione delle risorse.

### **Un settore integrato**

Inizia una nuova stagione nell'assistenza agli anziani non autosufficienti? La risposta è nel decreto attuativo della legge di riforma approvata lo scorso anno dal parlamento (legge delega 33/2023), recentemente presentato dal governo. Obiettivo della riforma – prevista nel Piano nazionale di ripresa e resilienza – è il complessivo riordino del settore affinché possa meglio rispondere al numero crescente e a condizioni sempre più critiche dei non autosufficienti. Vediamo in quale misura è stato raggiunto.

Per valutare il decreto, guardo ai suoi punti principali e seguo i due grandi obiettivi della riforma. Uno consiste nel fare dell'assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti un settore integrato, mentre oggi è suddivisa in tre filiere ben poco coordinate: le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps. Ne derivano lo spezzettamento delle misure disponibili e una babele di regole e procedure da seguire, che disorientano anziani e famiglie. Inoltre, la frammentazione limita la possibilità di fornire interventi appropriati.

La legge 33, pertanto, introduce lo Snaa (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente). Lo Snaa prevede – a livello centrale, regionale e locale – la programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza, appartenenti alle tre filiere menzionate. In pratica, gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente come utilizzare l'insieme delle risorse per la non autosufficienza, a livello statale, regionale e locale, ognuno tenendo conto delle indicazioni del livello di governo superiore.

Nel decreto, invece, la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure bensì i soli servizi e interventi sociali. In tal modo, lo Snaa viene mantenuto nella forma, ma cancellato nella sostanza.

Di conseguenza, non si rispettano più i criteri standard impiegati a livello internazionale per identificare le riforme dell'assistenza agli anziani: i) la costruzione di un settore integrato, cioè guidato da logiche e modelli d'interventi unitari; ii) la costruzione di un settore con un certo grado di autonomia rispetto agli altri del welfare.

Se lo Snaa riguarda il livello di sistema, con la modificazione dei percorsi di anziani e famiglie si passa a quello dei singoli individui. Viene rivista la pletora delle valutazioni della condizione di non autosufficienza

degli anziani, che determinano gli interventi da ricevere. Oggi ce ne sono troppe (cinque-sei) e non collegate tra loro, duplicando così gli sforzi degli operatori e rendendo assai complicato il percorso delle persone coinvolte. Con la riforma, le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale e una di competenza delle regioni. Inoltre, i due momenti valutativi previsti nel nuovo impianto sono in stretta correlazione, a garanzia della continuità. Il disegno della sua concreta realizzazione viene rimandato ad atti successivi, ma il lavoro per razionalizzare procedure e passaggi è ben avviato.

### **Nuovi modelli d'intervento**

L'altro obiettivo della riforma risiede nella definizione di nuovi modelli d'intervento.

Quelli esistenti, infatti, non di rado sono stati progettati molti anni fa secondo logiche ormai superate dalla realtà e inadeguate al futuro. Facciamo il punto in proposito con riferimento alle misure più diffuse.

Nel passaggio dalla legge delega al decreto attuativo viene cancellata la prevista riforma dell'assistenza a casa. Si sarebbe dovuto introdurre un modello di servizio domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza, oggi assente nel nostro paese.

Rimane, invece, solo il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari, mentre sono assenti aspetti decisivi, quali la durata dell'assistenza fornita e i diversi professionisti da coinvolgere.

A mancare è, soprattutto, un progetto che risponda alla domanda: "di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?".

La cancellazione di questa riforma è tanto più sorprendente se si considera con quale forza, dalla pandemia in avanti, opinione pubblica, media e politici abbiano insistito sulla necessità di realizzarla.

Oggi gli interventi a casa, offerti prevalentemente dall'assistenza domiciliare integrata (Adi) delle Asl, durano in prevalenza al massimo tre mesi mentre la non autosufficienza si protrae spesso per anni. Forniscono, inoltre, singole prestazioni infermieristiche, certamente utili (medicazioni, cambio catetere), ma senza affrontare le esigenze dovute alla non autosufficienza, come quelle di servizi di informazione, consulenza e di sostegno psicologico per i familiari. Detto altrimenti, sono servizi utili ma non pensati per la non autosufficienza.

Venendo ai servizi residenziali (case di riposo) siamo ancora in una situazione interlocutoria. Il decreto attuativo, infatti, non contiene indicazioni sostanziali e rimanda a un successivo ulteriore decreto.

La legge 33, infine, comprendeva la riforma dell'indennità di accompagnamento, la misura più diffusa.

È un contributo monetario in somma fissa (531 euro mensili) senza vincoli d'uso, divenuto un simbolo del cattivo impiego delle risorse pubbliche.

Era stato previsto un intervento ispirato alle direttrici condivise dal dibattito tecnico, in particolare: i) mantenimento dell'accesso solo in base al bisogno di assistenza (universalismo), ii) graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno, iii) possibilità di utilizzare l'indennità per fruire di servizi alla persona regolari e di qualità (badanti o organizzazioni del terzo settore), in questo caso ricevendo un importo maggiore.

Nel passaggio al decreto, tuttavia, anche la revisione dell'indennità è scomparsa.

La prestazione universale, di cui si è molto parlato quando è uscito il decreto, nella legge delega era un'altra cosa: si trattava - appunto - della riforma strutturale dell'indennità sopra delineata.

Nel decreto, invece, è divenuta un intervento temporaneo che lascia immutata l'indennità e vi aggiunge ulteriori risorse. Una misura che si colloca nell'antica tradizione italiana di non riformare, ma di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è.

**Tabella 1 - La riforma dell'assistenza agli anziani dopo il decreto attuativo**

<b>Obiettivo</b> <b>Costruzione di un sistema integrato</b>	
Sistema nazionale assistenza anziani	Mantenuta nella forma, cancellato nella sostanza
Riforma percorsi di anziani e famiglie	Ben impostata, il disegno concreto rimandato ad atti successivi
<b>Obiettivo</b> <b>Nuovi modelli d'intervento</b>	
Riforma servizi domiciliari	Cancellata

Riforma servizi residenziali	Il decreto rimanda ad un successivo decreto
Riforma indennità di accompagnamento	Cancellata

### Il futuro aspetta ancora un progetto

Il decreto stanziava 500 milioni di euro per il biennio 2025-2026, dedicati alla prestazione universale. Non vi sono – come atteso – risorse aggiuntive di natura strutturale. Sarebbe miope, tuttavia, concentrarsi oggi sui fondi, per farne un vanto o un oggetto di critica. Quello che conta, prima di tutto, è il progetto per il welfare futuro: solo se questo è solido, ha senso discutere di finanziamenti.

Pur contenendo parti significative, purtroppo, nel decreto manca un progetto per il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Si compie, inoltre, un significativo arretramento rispetto alla legge delega 33/2023. Il decreto attuativo c'è, ma quella riforma attesa nel nostro paese da un quarto di secolo è (in gran parte) ancora da fare.

<https://lavoce.info/archives/103604/assistenza-agli-anziani-fatto-il-decreto-manca-ancorala-riforma/>



## Decreto anziani/ Gimbe: passo avanti per 14 milioni di persone ma non ci sono risorse aggiuntive

Fondazione Gimbe

Si è svolta questa mattina, presso la 10a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica l'audizione della Fondazione GIMBE nell'ambito dell'esame dell'atto del Governo n. 121, "Schema di decreto legislativo recante politiche in favore delle persone anziane", cd. "Decreto anziani".

«Lo schema del Decreto anziani predisposto dal Governo – ha esordito Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – rappresenta indubbiamente un grande passo per rispondere ai bisogni di oltre 14 milioni di persone anziane che, insieme a familiari e caregiver, ogni giorno affrontano difficoltà, disagi e fenomeni di impoverimento economico. Situazioni aggravate dalle enormi diseguaglianze nell'erogazione dei servizi socio-sanitari, sia tra le Regioni, in particolare tra Nord e Sud, sia tra aree urbane e rurali».

«L'analisi ha riguardato anzitutto il testo dei 42 articoli del Decreto anziani, la relazione illustrativa e la relazione tecnica – ha spiegato Cartabellotta – al fine di identificare la copertura finanziaria delle misure». In sintesi:

- Per 13 misure si fa riferimento a risorse già stanziate: PNRR Missione 5 e Missione 6, Fabbisogno Sanitario Nazionale, Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo per la non autosufficienza, Fondo per la promozione dell'attività sportiva, Fondo per le politiche della famiglia, Ministero della Salute.
- Un finanziamento apparentemente aggiuntivo di € 250 milioni per il 2025 e € 250 milioni per il 2026 è previsto solo per la misura "assegno di assistenza", che sarà destinato all'acquisto di servizi o contratti: badanti, caregiver, strutture per la presa in cura dell'anziano. «Tuttavia dei complessivi € 500 milioni stanziati – ha tenuto a puntualizzare il presidente – € 150 milioni provengono dalla riduzione del Fondo per le non autosufficienze, € 250 milioni sono a valere sul Programma nazionale "Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027" e € 100 milioni a valere sulle disponibilità della Missione 5 del PNRR. In altri termini anche l'assegno di assistenza di fatto viene finanziato con risorse già stanziate su altri capitoli di spesa pubblica».
- Per tutte le altre misure non sono previsti maggiori oneri per la finanza pubblica. «Al fine di contestualizzare le misure previste nell'attuale contesto socio-sanitario – ha continuato il presidente – abbiamo quindi condotto alcune analisi su aspetti epidemiologici, spesa socio-sanitaria e diseguaglianze regionali sui servizi socio-sanitari previsti dal Decreto anziani».

**La platea dei destinatari.** A beneficiare delle misure previste dal provvedimento sarà il 24% della popolazione residente al 1° gennaio 2023 (dati ISTAT), ovvero 14.181.297, di cui 9.674.627 nella fascia 65-69 anni (cd. anziani) e 4.506.670 di over 80 (cd. grandi anziani). «Un numero – ha commentato Cartabellotta – che secondo le proiezioni demografiche aumenterà nei prossimi anni, generando un progressivo incremento dei costi socio-sanitari». Infatti, secondo le proiezioni ISTAT al 2050 gli over 65 sfioreranno quota 18,8 milioni (pari al 34,5% della popolazione residente), circa 4,6 milioni in più rispetto al 2022.

**I servizi socio-sanitari e la spesa socio sanitaria.** «Sebbene formalmente inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza – ha spiegato Cartabellotta – le prestazioni di assistenza socio-sanitaria, residenziale, semi-residenziale, domiciliare e territoriale sono finanziate solo in parte dalla spesa sanitaria pubblica. Un'esigua parte viene erogata dai Comuni (in denaro o in natura), mentre la maggior parte è sostenuta tramite provvidenze in denaro erogate dall'INPS». In dettaglio nel 2022, anno più recente per il quale sono disponibili tutti i dati, alla spesa socio-sanitaria è stato destinato un totale di € 44.873,6 milioni, «una cifra totale – ha precisato il Presidente – sulla cui precisione pesano vari fattori: differenti fonti informative con variabile livello di precisione e accuratezza, possibile sovrapposizione degli importi provenienti da fonti differenti». In dettaglio:

- Le prestazioni di assistenza sanitaria a lungo termine – Long Term Care (LTC) – hanno assorbito una spesa sanitaria di € 16.897 milioni, di cui € 12.834 milioni (76%) finanziati con la spesa pubblica, € 3.953 milioni (23,4%) a carico delle famiglie e € 110 milioni (0,7%) di spesa intermediata. Fonte ISTAT

- L'INPS ha erogato complessivamente € 25.332,4 milioni, di cui € 14.500 milioni di indennità di accompagnamento, € 3.900 milioni di pensioni di invalidità civile, € 3.300 milioni di pensioni di invalidità e € 2.432,4 milioni per permessi retribuiti secondo L. 104/92. Fonte 19° Rapporto CREA Sanità

- I Comuni hanno erogato € 1.822,2 milioni, di cui € 1.200 milioni in denaro e € 622,2 milioni in natura. Fonte 19° Rapporto CREA Sanità

- Il Fondo nazionale per le non-autosufficienze nel 2022 era pari a € 822 milioni. Fonte Servizio Studi – Camera dei Deputati

«Ai quasi € 45 miliardi di spesa socio-sanitaria – ha precisato Cartabellotta – si aggiungono i fondi per la non autosufficienza erogati dalle singole Regioni. Tuttavia su queste risorse non esiste alcuna ricognizione effettuata da enti pubblici o privati e le risorse non sono stanziare in maniera continuativa in quanto i fondi regionali non sono strutturali, fatta eccezione per quello della Regione Emilia-Romagna, che per il 2022 ammonta a € 457 milioni».

**Le diseguaglianze regionali nell'accesso ai servizi socio-sanitari.** «Il Nuovo Sistema di Garanzia – ha spiegato Cartabellotta – che il ministero della Salute usa per monitorare gli adempimenti delle Regioni ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) dispone tre indicatori CORE sulle misure contenute nel D.lgs». Indicatori su cui le performance regionali documentano enormi diseguaglianze:

- Persone non autosufficienti di età  $\geq 75$  anni in trattamento socio-sanitario residenziale.** A fronte di una media nazionale di 40,2 persone per 1.000 abitanti esistono notevoli differenze tra Regioni: da 144,6 persone per 1.000 abitanti nella Provincia autonoma di Trento ai 4,1 nella Campania. In generale, tutte le Regioni del Sud si trovano fondo classifica e nessuna Regione supera i 20 assistiti per 1.000 abitanti. «Ovviamente – commenta Cartabellotta – questo dato è condizionato al ribasso dalla disponibilità di altre forme di assistenza per le persone non autosufficienti, in particolare l'assistenza domiciliare integrata».

- Cure palliative.** L'indicatore definisce il rapporto tra il numero deceduti per tumore assistiti dalla rete di cure palliative sul totale dei deceduti per tumore. A fronte di una media nazionale del 28,4% la variabilità regionale oscilla dai 56,2% del Veneto ai 4,5% della Calabria. «Su questo indicatore – commenta Cartabellotta – va segnalato che, secondo i parametri definiti dal Ministero, solo 5 Regioni risultano adempienti: Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana e Veneto».

- Assistenza domiciliare integrata (ADI).** L'indicatore si concentra sui tutti i pazienti assistiti in ADI e non sugli over 65. Per tale ragione è stato escluso dalla valutazione. «Considerato che il Decreto anziani fa riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) – ha chiosato il Presidente – diventa inderogabile la necessità di colmare inaccettabili divari tra Regioni, in particolare tra il Nord e il Sud del Paese, che saranno inevitabilmente acuiti dall'autonomia differenziata. Diseguaglianze che oggi ledono i diritti civili e la dignità delle persone più deboli e più fragili del Paese. L'assenza di finanziamenti dedicati ai vari interventi fanno, al momento, del Decreto anziani un'eccellente ricognizione di tutte le misure di cui possono beneficiare le persone anziane, ma la cui attuazione è fortemente condizionata, oltre che dall'emanazione di numerosi decreti attuativi, dalle risorse e dalle rilevanti diseguaglianze Regionali».

«La vera sfida che questo provvedimento lancia – ha concluso Cartabellotta – è se il Paese è pronto per istituire un Servizio Socio-Sanitario Nazionale, con relativo fabbisogno finanziario. Sia perché ormai non è più possibile per i pazienti cronici e gli anziani differenziare i bisogni sanitari da quelli sociali, sia perché tutte le erogazioni in denaro disposte dall'INPS non hanno vincolo di destinazione e non vengono sottoposte ad alcuna verifica oggettiva. È cioè impossibile stimare il reale ritorno di salute e di qualità di vita per le persone anziane».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-02-14/decreto-anziani-gimbe-passo-avanti-14-milioni-persone-ma-non-ci-sono-risorse-aggiuntive-100047.php?uuid=AFI3AViC&cmpid=nlqf>



Carissime e carissimi,

è già il momento della seconda puntata della nostra nuova newsletter mensile pensata per condividere con voi in modo sempre più efficace analisi, riflessioni, progetti e attività che portiamo avanti ogni giorno per costruire, con proposte concrete, una società più giusta.

Per il Forum Disuguaglianze e Diversità febbraio sarà un mese di semina e di lavoro “dietro le quinte” per porre le basi per molti progetti che non vediamo l'ora di raccontarvi.

[Come già anticipato](#) quando ci siamo riuniti in assemblea a ottobre scorso, stiamo lavorando immersi nell'orizzonte delle prossime elezioni europee che in Italia si terranno il 9 giugno 2024, elezioni davvero strategiche per le sorti dell'Europa e del nostro Paese e per determinare che un futuro di giustizia sociale e ambientale sia possibile.

Con questa convinzione, non può lasciarci indifferenti quello che sta accadendo nel nostro Paese dove procede il percorso della legge sull'autonomia differenziata.

Esattamente il contrario di un progetto di riduzione delle disuguaglianze bensì una legge che aumenterà e certificherà i divari territoriali “basata sull'idea che chi ha di più tutela la propria ricchezza abbandonando chi ha di meno ed è più indietro”, [come scrive Andrea Morniroli su Vita.it](#). E come ha scritto bene ["Sottosopra per il Forum Disuguaglianze e Diversità" sul Fatto Quotidiano l'11 gennaio scorso](#), “

Ecco a che serve il darwinismo regionale promosso a obiettivo di governo: chi i soldi già li ha, li avrà; chi non li ha oggi ne avrà ancor meno domani. E mentre l'unità nazionale viene smantellata, mentre l'universalismo di servizi e prestazioni che fu cuore nobile e pulsante della Repubblica diventa utopia, con le Regioni “povere” non più in grado di fornire carissime e indispensabili cure contro il cancro, Tac di prevenzione, posti letto in ospedale, è già pronto lo scaricabarile: non è dello Stato o del governo la responsabilità, bensì di chi non si sa amministrare”.

## **In Europa**

Rossella Muroli e Silvia Vaccaro hanno intervistato su **L'Espresso** del 12 gennaio 2024 [Monica Frassoni](#), già europarlamentare e presidente dei Verdi europei, oggi alla guida di Euase, un network del quale fanno parte imprese attive nel settore dell'efficienza energetica.

Frassoni ha raccontato di un Parlamento europeo in cui ogni voto “anche nella commissione ambiente, va conquistato”. Un cambiamento “iniziato più o meno un anno e mezzo fa, intorno alla prima grande polemica che ha diviso il fronte del **Green Deal**, quella sull'uscita dalle auto a motore a combustione entro il 2035”. Frassoni ha anche ribadito l'importanza di un nuovo modello, frutto di un dialogo costante tra istituzioni europee e imprese, per spingere la transizione energetica, modello richiamato anche da **Charles Sabel**, coautore del libro “Fixing the Climate” che a novembre su invito del Forum ha svolto una [“missione” in Italia](#), raccontata in un'[intervista](#) a lui e a Rossella Muroli condotta da Fabrizio Barca e pubblicata per L'Espresso.

## **I nostri percorsi**

### **Coesione Italia: l'Europa vicina**

Il 24 gennaio Domani ha pubblicato il secondo articolo legato al [progetto “#CoesioneItalia. L'Europa vicina”](#) di cui il quotidiano è partner, promosso da **Fondazione Basso** e **ForumDD** e finanziato dalla **Direzione generale della politica regionale e urbana (DG Regio)** della

Commissione europea con l'obiettivo di migliorare la conoscenza della politica di coesione europea nel nostro paese.

La giornalista Francesca De Benedetti ha intervistato la commissaria europea che si occupa di coesione e di riforme **Elisa Ferreira**. Con lei ha parlato dei rapporti con il governo Meloni, delle buone pratiche che l'Italia dovrebbe applicare per utilizzare al meglio i fondi Ue, e del ruolo (e del futuro) della politica di coesione in tempi di crisi, compresa quella climatica. [Qui](#) per leggere l'articolo integrale.

## **FUTURA**

**FUTURA**, progetto nazionale attuato nelle città di **Venezia, Roma e Napoli**, è promosso da **Save the Children, Forum Disuguaglianze e Diversità e YOLK™** in collaborazione con **Intesa Sanpaolo**, e vede protagoniste trecento ragazze e giovani donne tra i 13 e i 24 anni - tra cui 50 mamme – che vivono situazioni di grave povertà e/o forte vulnerabilità. Sperimentando modalità operative concrete e innovative, **FUTURA** prevede l'attivazione di **“Piani personalizzati di accompagnamento educativo”**, definiti a partire dagli specifici bisogni e aspirazioni di ogni ragazza e giovane donna coinvolta. A ogni programma attivato è collegata una **“risorsa economica a dote”** che, grazie al protagonismo e confronto con giovani e famiglie, viene declinata su specifiche attività o sostegni materiali e immateriali in una sorta di **“contratto socio-educativo”** in cui entrambe le parti in causa sottoscrivono impegni, responsabilità e investimenti. A **Napoli**, in particolare, attorno all'iniziativa, **si è sviluppata una ricca rete di scuole, assistenti sociali, allenatori sportivi, insegnanti e mamme** che hanno condiviso il senso del progetto e stanno accompagnando i percorsi di emancipazione delle giovani beneficiarie. A partire dall'esperienza maturata nei primi mesi di progetto, [giovedì 8 febbraio, alle ore 11.00 Dedalus Cooperativa Sociale](#), che è il soggetto attuatore del progetto a **Napoli**, ospita una discussione sulla povertà educativa femminile con importanti interlocutori nazionali e con le istituzioni cittadine commentando gli interventi innovativi che **FUTURA** mette in campo, in grado di arginare e contrastare la complessità di fattori che producono dispersione scolastica e fallimento formativo con una doppia finalità: sostenere le persone prese in carico con i programmi individualizzati (lavorando con loro e non per loro, per favorirne il protagonismo) e, allo stesso tempo, attraverso il monitoraggio attento e la valutazione severa sull'andamento progettuale, estrarre dalle azioni indicazioni e indirizzi di policy applicabili a livello locale e nazionale. Tra gli altri, saranno presenti all'evento: **Paolo Bonassi** - Responsabile Iniziative Strategiche e Social Impact, Intesa Sanpaolo, **Luca Cordero di Montezemolo** - Presidente, Telethon e Italo e il Sindaco di Napoli **Gaetano Manfredi**.

## **L'intelligenza artificiale che genera testi e che predice il futuro**

Quattro conversazioni con **Guido Vetere e Daniela Tafani** sui sistemi di apprendimento automatico che generano testi e sulle proprietà politiche di quelli che prevedono il futuro. Gli incontri sono organizzati dalla Scuola critica del digitale del **Centro per la Riforma dello Stato** e dal **Forum Disuguaglianze e Diversità** e si svolgeranno a Roma, dal 25 gennaio al 29 febbraio, presso la Fondazione Basso in via della Dogana Vecchia 5, a partire dalle 17:30. [Qui](#) è possibile rivedere la registrazione della prima conversazione. I prossimi incontri saranno giovedì 8 febbraio, giovedì 22 febbraio e giovedì 29 febbraio. [Tutte le info qui](#).

## **Sottosopra per il ForumDD**

Ogni due settimane esce la nostra penna tagliente **“Sottosopra per il Forum Disuguaglianze e Diversità”** sul **Fatto Quotidiano**. [Qui](#) trovate tutti gli articoli usciti in questi mesi. Di seguito potete leggere l'ultimo articolo, sulla politica industriale di cui tanto si sta discutendo in questi giorni. Un estratto: **“Sono 37 i tavoli di crisi industriale recensiti dal ministero dello Sviluppo economico e del Made in Italy in quella che il suo titolare, Adolfo Urso, ha definito “operazione trasparenza”**. Nell'elenco ci sono pezzi di storia italiana: da Ansaldo energia all'ex Ilva, passando per Brioni, GKN, Marelli, Menarinibus, Natuzzi, Piaggio Aero. Ci sono poi anche altri 22 tavoli definiti **“in monitoraggio”**, cioè teoricamente in via di risoluzione: e basti dire che l'ex Alitalia rientra in questa seconda categoria. La sostanza è che siamo davanti alle macerie dell'economia italiana, nonché all'ultimo grande tradimento della politica: il governo dell'orgoglio nazionale, scelto da (poco) popolo per il popolo, già pronto a chiedere nuovo potere e cambiamenti costituzionali, si è dimenticato nei fatti di quella politica industriale che, al suo insediamento, aveva menzionato come missione strategica”. [CONTINUA A LEGGERE](#)

È online il nuovo Docu-ForumDD



## “ LA PA CHE VORREMMO ”

Rigenerare le amministrazioni pubbliche  
per garantire i diritti e attrarre i giovani ”



Per realizzare politiche necessarie a un Paese più giusto, l'Italia ha bisogno di **rigenerare la pubblica amministrazione**. Oggi una PA sottodimensionata e invecchiata può trasformarsi grazie all'entrata di 500mila giovani. È il tema dell'ultimo mini-documentario prodotto dal ForumDD.

### **Dove saremo... ci vediamo?**

**6 febbraio 2024 ore 20:45**

Sala del quartiere Cesuola, in via Ponte Abbadesse 451 – Cesena

**“Un problema grande come una CASA”**

Un incontro organizzato dalla Fondazione Radici della Sinistra Cesena sull'emergenza abitativa in Italia e sul territorio cesenate.

[Qui](#) tutte le informazioni. Partecipa **Sabina De Luca**.

**9 febbraio 2024 ore 11:30**

Online

**“La transizione ecologica nella rigenerazione e utilizzo degli spazi e risorse pubbliche: quale approccio, quali sfide e quali opportunità”**

Un webinar per riflettere e confrontarsi su rigenerazione degli spazi pubblici, transizione ecologica e transizione energetica. Il webinar è parte di Hangar Plus, programma realizzato in collaborazione con Fondazione Compagnia di San Paolo e ANCI Piemonte.

[Qui](#) tutte le info anche per iscriversi. Partecipa **Giovanni Carrosio**.

**15 febbraio 2024 ore 17:30**

Istituto Superiore di Scienze Religiose, largo Donnaregina 24 – Napoli

**“Prevenire e contrastare le discriminazioni e i discorsi d'odio”**

Un ciclo di cinque incontri per acquisire conoscenze e competenze organizzati dall'Arcidiocesi di Napoli e dall'Ufficio Aggregazioni Laicali - CDAL.

Per informazioni scrivere a: [laici@chiesadinapoli.it](mailto:laici@chiesadinapoli.it). Partecipano **Andrea Morniroli** e **Raffaella Palladino**.

**19 febbraio 2024 ore 10:00**

Sala ACLI, Via Marcora 18 - Roma

**SALUTE TERRITORIO COMUNITA. Come non sprecare l'occasione delle Case della Comunità**

Un convegno nazionale organizzato dall'Associazione Prima la comunità.

[Qui](#) il programma completo. Partecipano **Elena Granaglia** e **Andrea Morniroli**.

### **Consigli di lettura**

["Where do billionaires come from? Mom and Dad."](#), un articolo su Vox, dove **Salvatore Morelli** commenta l'aumento delle disuguaglianze di ricchezza negli Stati Uniti e come condizionano il futuro di ragazzi e ragazze.

["Domani è Oggi. Costruire il futuro con le lenti della demografia"](#), un saggio di **Francesco Billari** (Egea, 2023) che contiene proposte politiche e proposte per invertire le rotte della crisi su diversi fronti

["In Search of Lost Time: An Ensemble of Policies to Restore Fiscal Progressivity and Address the Climate Challenge"](#), uno studio di **Demetrio Guzzardi, Elisa Palagi, Tommaso Faccio, e Andrea Roventini**.

Dal Menabò N. 208/2024 di [EticaEconomia](#) consigliamo una serie di articoli:

["Le disuguaglianze dei redditi e il sistema fiscale in Italia"](#), in cui **Demetrio Guzzardi e Elisa Palagi**, applicando una metodologia originale, indagano le tendenze della distribuzione dei redditi in Italia

["La disuguaglianza nella ricchezza in Italia e il ruolo dell'eredità: uno sguardo al futuro"](#), in cui **Michele Bavaro e Simone Tedeschi** affrontano la questione della disuguaglianza nella ricchezza in Italia, concentrandosi sul ruolo dei trasferimenti intergenerazionali. ["La fragilità dei comuni italiani. A Nord e a Sud"](#), in cui **Martina Caroleo e Annalisa Cicerchia** si occupano di fragilità dei territori ricordando che per la statistica un territorio è fragile se è esposto a rischi di origine naturale e antropica e a criticità nelle principali caratteristiche demo-sociali della popolazione e del sistema. economico-produttivo.

E dal Menabò N. 207/2023 di [EticaEconomia](#) altri due articoli:

["Se il medico sceglie un solo lavoro"](#), in cui **Elena Granaglia** riprende un articolo di Giovanni Berlinguer pubblicato nel 1991 sull'Unità che avanza diversi argomenti in difesa dell'esclusività del rapporto di lavoro per i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. ["La povertà globale è diminuita. Ne siamo certi?"](#), in cui **Maurizio Franzini e Michele Raitano** mettono in dubbio la tesi, portata a sostegno dei vantaggi della globalizzazione, della forte diminuzione della povertà a livello globale e in particolare in Cina.

## **Energie civiche**

Progetti sul territorio, ricerche, analisi, proposte alla politica per combattere le disuguaglianze e aumentare la giustizia sociale e ambientale. Un elenco - assolutamente parziale - di alcune delle attività delle organizzazioni e fondazioni promotrici del ForumDD.

La Campagna ["Giovani in pausa"](#) di **ActionAid e CGIL** per rimettere al centro dell'agenda politica il diritto delle giovani generazioni a costruire il proprio futuro.

"Feel Good" è la [campagna di sensibilizzazione ed informazione sull'obesità](#) di **Cittadinanzattiva** rivolta ad adolescenti ed adulti attraverso attività di formazione, prevenzione e attivazione dei cittadini coinvolti, a partire dai più giovani.

Tutte le news di [Dedalus cooperativa sociale](#).

Tutte le news della [Fondazione MeSSInA](#).

[Ecosistema Scuola](#), l'indagine annuale di **Legambiente**, denuncia che in Italia la riqualificazione degli edifici scolastici è in ritardo cronico, in Sicilia e Calabria una scuola su tre necessita di interventi urgenti di manutenzione e nel centro Italia colpito dal sisma del 2016 l'obiettivo della messa in sicurezza delle scuole è ancora lontano.

[Vivicit ](#), la manifestazione di **UISP** compie quaranta anni e torna domenica 14 aprile: era il primo aprile 1984 quando 30.000 persone hanno corso contemporaneamente in 20 citt  italiane per la prima volta, con l'obiettivo di "riappropriarsi" dei centri storici.

Tutte le [news](#) della **Fondazione Unipolis**.

Tutte le [news](#) della **Fondazione Charlemagne**.

Aperte le iscrizioni al [Social Innovation Campus](#), sostenuto anche quest'anno da **Coopfond** insieme ai Fondi mutualistici delle altre due centrali cooperative riunite nell'Alleanza per portare lo sviluppo sostenibile – e le opportunit  che la cooperazione pu  offrire in questa direzione – nelle scuole superiori.

["Crescere   un lavoro"](#): l'iniziativa nata dalla collaborazione tra **Con i Bambini**, Fondazione Con Il Sud e JPMorgan Chase, ha portato al sostegno di otto progetti innovativi di orientamento e transizione scuola-lavoro per ragazzi tra i 14-19 anni in situazioni di povert  educativa, in 9 regioni sul territorio nazionale.



**lavoce.info**

LUNEDÌ 19 FEBBRAIO 2024

## La riforma tradita: la nuova prestazione universale

**Costanzo Ranci**

La prestazione universale per gli anziani non autosufficienti rischia di rendere ancora pi  complicato il sistema. In pi  riguarder  un numero molto esiguo di persone. Vuole anticipare una riforma che, con l'attuale impostazione, non potr  realizzarsi.

### Cos'  la prestazione universale

La presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, ha annunciato la prossima introduzione, in via sperimentale dal 2025, della prestazione universale – la principale misura assistenziale a favore degli anziani non autosufficienti contenuta nel decreto legislativo attuativo del cosiddetto "Patto per la terza et " del 25 gennaio – con queste parole: "Con pi  di un miliardo di euro in due anni e l'avvio della sperimentazione di una prestazione universale che consentir  di aumentare di oltre il 200 per cento l'assegno di accompagnamento degli anziani pi  fragili e bisognosi, diamo finalmente risposte concrete ai bisogni dei nostri oltre 14 milioni di anziani, ai non autosufficienti e alle loro famiglie".

  proprio cos ? La prestazione universale, cos  concepita, realizza finalmente la riforma della non autosufficienza attesa da decenni? Viene finalmente rotta l'inerzia istituzionale che ha reso l'Italia, da decenni, l'unico paese dell'Europa occidentale senza un sistema moderno di long-term care? Vediamo i fatti. Le risorse impegnate nella nuova misura sono 500 milioni di euro, 300 per il 2025 e 200 per il 2026. Si tratta di una sperimentazione biennale, che dovrebbe preludere all'introduzione di una prestazione universale definitiva. Alla sperimentazione hanno accesso solo gli over 80, con disabilit  gravissima, gi  in possesso di indennit  di accompagnamento e con Isee sino a 6 mila euro annui. Si stima una platea inferiore alle 30 mila persone, tenendo conto delle risorse disponibili.

La prestazione non sostituisce, ma integra di 850 euro mensili (importo fisso), l'attuale indennit  di accompagnamento (pari a 531 euro mensili), con un incremento pari al 160 per cento sulla misura base. Il totale della prestazione arriva dunque a 1.381 euro mensili. La prestazione universale integrativa pu  essere fruita solo per remunerare il costo di una badante con contratto regolare oppure per acquistare servizi di cura domiciliari presso "imprese qualificate". I residenti in strutture residenziali non sono ammessi. Entro la fine del 2024 il governo dovr  chiarire le modalit  di fruizione tramite nuovi decreti.

### I numeri

Gli anziani (over 65) non autosufficienti (con disabilità al 100 per cento) che attualmente percepiscono l'indennità di accompagnamento sono 1 milione e 568 mila (Osservatorio statistico dell'Inps, anno di riferimento 2023). È facile stimare che i beneficiari della sperimentazione saranno invece al massimo 29.400 nel 2025 (con budget 300 milioni) e 19.600 nel 2026 (con budget 200 milioni). Rappresenteranno dunque l'1,9 per cento dei beneficiari di indennità nel primo anno e solo l'1,2 per cento nell'anno successivo. La sperimentazione è focalizzata solo sui disabili gravissimi, persone con forte compromissione fisica o psichica che necessitano di cure continuative 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana.

Il numero complessivo dei gravissimi nel nostro paese è stimabile in circa 113 mila. Di costoro, entrerà nella sperimentazione il 26 per cento nel 2025 e il 17 per cento nell'anno successivo.

L'importo complessivo della prestazione universale è pari a 500 milioni in due anni, ovvero in media 250 milioni in un anno. Rispetto ai 9,3 miliardi spesi annualmente per l'indennità di accompagnamento, l'aumento previsto è quindi soltanto del 2,7 per cento.

Cosa ci dicono questi numeri? Dicono che, nonostante la prestazione universale offra una protezione forte ai soggetti che ne usufruiranno, la sua estensione attuale è troppo stretta per considerarla, in quanto tale, una vera e propria riforma del sistema long-term care. Ne resta infatti escluso il 98 per cento degli anziani non autosufficienti del paese. Le risorse investite sono troppo limitate, specie se confrontate con quelle spese annualmente per la misura che già esiste.

### **Una anticipazione della riforma?**

La prestazione universale viene presentata comunque come il primo passo nella direzione di una riforma complessiva, che estenderà la nuova misura a una platea più grande.

È davvero così?

La prestazione universale è stata disegnata, nel decreto del governo, come una misura che si cumula all'importo dell'indennità di accompagnamento, che resta invariata. È chiaro l'orientamento del governo di non riformare l'indennità di accompagnamento, ma di offrire prestazioni integrative.

È una strategia sensata? Se la prestazione universale così disegnata venisse ampliata a tutti gli anziani con disabilità grave o gravissima (circa il 15 per cento dei beneficiari attuali di Indennità), il costo complessivo sarebbe pari a 3 miliardi di euro per anno, ovvero almeno dieci volte l'importo attuale.

Se anche si prevedesse una riduzione dell'importo pro-capite, la spesa pubblica aumenterebbe in modo esponenziale e coprirebbe comunque soltanto un sesto degli anziani non autosufficienti del nostro paese. Per coprirli tutti, ci vorrebbe una somma almeno tre volte superiore, anche graduando gli importi in base al bisogno. Ai 9,3 miliardi già spesi annualmente per l'indennità di accompagnamento, dovremmo aggiungerne altrettanti se il progetto fosse di introdurre ed estendere una prestazione integrativa.

È chiaro che, senza una rimodulazione dell'indennità di accompagnamento, una riforma reale del long-term care non potrà mai avvenire nel nostro paese.

### **Un nuovo modello di assistenza?**

La sperimentazione intende introdurre un nuovo modello di assistenza, da estendere progressivamente a tutti gli anziani in stato di bisogno. È il messaggio che emerge dal dettato del decreto e dalle dichiarazioni politiche degli ultimi giorni.

Ci sono elementi di novità nella prestazione universale?

Il dispositivo contiene un importante passo in avanti. La prestazione universale non distribuisce infatti trasferimenti monetari, ma deve essere obbligatoriamente convertita in servizi di cura, forniti su base individuale oppure organizzata. Si risponde così a una sollecitazione avanzata soprattutto dal Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, che ha richiesto a gran voce un investimento di risorse in servizi di cura adeguati e qualificati, che consenta di superare il "fai da te" delle famiglie.

A questo indubbio passo in avanti, corrisponde però un passo indietro. Nonostante la prestazione sia chiamata "universale", l'accesso è consentito solo a chi dispone di un Isee inferiore a 6 mila euro.

Si tratta di un grave arretramento rispetto all'indennità di accompagnamento, che viene erogata indipendentemente dal reddito delle persone, riconoscendo il diritto alla cura come un bene primario di cittadinanza. La prestazione universale, dunque, universale non è, configurandosi come un diritto solo per i più poveri.

### **La riforma si allontana**

La legge 33/2023 sugli anziani aveva sollecitato molte aspettative sulla possibilità che trovasse sbocco, al termine di un lungo processo, la tanto attesa riforma del sistema italiano di long-term care. Già la legge

33/2023 istituiva, su sollecitazione del Patto, la prestazione universale, che introduceva una graduazione fondata sul bisogno e la possibilità di optare tra l'indennità già esistente e un'opzione servizi opportunamente sostenuta.

La misura ora introdotta non è che una lontana parente di quella proposta.

**Tabella 1** – La prestazione universale in rapporto alla indennità di accompagnamento

	<b>Indennità di accompagnamento</b>	<b>Prestazione universale</b>	<b>Rapporto tra le due misure</b>
Spesa annuale	9,3 miliardi	300/200 milioni	+ 2,7% (media 2 anni)
Numero beneficiari	1,568 milioni	29mila/19mila	1,5% (media 2 anni)
Importo mensile del beneficio	531 euro	531+850=1381 euro	+ 160%
Accesso	Invalidi 100% che necessitano di cura continuativa	Invalidi 100%, over 80 anni, disabili gravissimi con Isee < 6000 euro	

A ben vedere, ne tradisce gran parte degli obiettivi. È molto magra e riguarda un ristretto gruppo di anziani non autosufficienti. Non prevedendo una rimodulazione dell'indennità di accompagnamento, rischia di aggiungersi alle misure già esistenti, aumentando la complicatezza del sistema e senza incidere sulle condizioni di vita del 98 per cento degli anziani disabili del nostro paese.

Intende anticipare una riforma che, sulla base dell'impostazione attuale, non potrà realizzarsi. Sperimenta un modello di intervento potenzialmente innovativo, ma introduce una prova dei mezzi che riporta la legislazione italiana indietro agli anni Settanta.

Il rischio che, alla fine del biennio, la sperimentazione non abbia alcun seguito è dunque elevato.

Non è certo la riforma annunciata dalla legge 33/2023, al di là delle affermazioni propagandistiche.

Augurandoci che la sperimentazione sia efficace per chi ne beneficerà, non potrà comunque essere estesa a condizioni simili anche agli altri anziani in condizioni gravi o gravissime.

Non contiene infatti, purtroppo, i germi di una promessa realistica per il futuro del long-term care in Italia.

Non ci resta che augurarci che il governo introduca correttivi importanti nella fase di organizzazione e realizzazione della misura.

<https://lavoce.info/archives/103605/la-riforma-tradita-la-nuova-prestazione-universale/>



## **Anziani non autosufficienti, le associazioni: “Il decreto va rivisto. Il nuovo aiuto economico è solo per i più poveri e non risolve i problemi”**

Le organizzazioni del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza a pochi giorni dall'approvazione dello schema di decreto legislativo della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, scrivono a Giorgia Meloni per chiedere una revisione della riforma.

Che ritengono non in linea “con le previsioni più innovative della legge-delega”.

Ben vengano le risorse, si legge nella lettera inviata alla premier, ma “non è questo ora il nostro focus. Prima bisogna discutere il progetto per il futuro dell'assistenza agli anziani: solo se questo è solido

*ha senso affrontare i finanziamenti. E il decreto approvato in via preliminare, a nostro parere, non sviluppa adeguatamente il progetto che invece la legge prevede”.*

*L’organizzazione chiede un ripensamento su tre ambiti principali: riforma dell’assistenza domiciliare, nuovi criteri e requisiti per migliori strutture residenziali per anziani, prestazione universale per la non autosufficienza.*

*Sul primo fronte, ricordano, “lo schema di decreto rimanda a successivi provvedimenti di semplice indirizzo, mentre si dovrebbero già qui individuare alcuni criteri che siano vincolanti e che orientino il ridisegno dell’assistenza domiciliare verso la non autosufficienza”.*

*Per quanto riguarda le strutture – indispensabili nei casi più gravi – “ci saremmo aspettati delle previsioni più stringenti, tanto nella definizione di tutti i criteri utili per l’accreditamento, quanto dei necessari requisiti di sicurezza e qualità. Il decreto attuativo, invece, contiene solo prime indicazioni in merito e rimanda a ulteriori provvedimenti”.*

*Infine, la nuova misura sperimentale rivendicata da Meloni: per ottenerla “sono richiesti un elevato bisogno assistenziale, un’età di almeno 80 anni, e ridotte disponibilità economiche.*

*Viene così introdotto il principio che si può fruire dell’assistenza per la non autosufficienza solo se, oltre a trovarsi in questa condizione, si è poveri, mentre attraverso il welfare è necessario sostenere anche le classi medie.*

*Inoltre, con la prestazione vengono aggiunti 850 euro mensili all’indennità di accompagnamento – la più diffusa misura pubblica – che rimane immutata, senza affrontarne i tanti problemi. Sarebbe auspicabile che la sperimentazione prevedesse anche una revisione dell’indennità per le persone coinvolte: solo così potrà costituire un’utile base per il futuro”.*

*Nella lettera, l’organizzazione ribadisce la sua disponibilità a collaborare per l’attuazione della riforma della non autosufficienza, considerata necessaria ed urgente.*

*Il Patto coinvolge 60 organizzazioni: la gran parte di quelle della società civile coinvolte nell’assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese.*

*“Si tratta della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi” scrivono le organizzazioni. Il Patto ha seguito la riforma sin dall’inizio.*

*Nel 2021 ne ha ottenuto l’introduzione nel Pnrr e ha poi salutato con favore l’impatto innovativo contenuto dalla successiva legge delega (Legge 33/2023), che riprendeva in ampia misura anche le dettagliate proposte delle organizzazioni.*

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2024/02/03/anziani-non-autosufficienti-le-associazioni-il-decreto-va-rivisto-il-nuovo-aiuto-economico-e-solo-per-i-piu-poveri-e-non-risolve-i-problemi/7432531/>



**lavoce.info**

LUNEDÌ 19 FEBBRAIO 2024

## **Le disuguaglianze nella retribuzione? Dipendono anche dalle ore lavorate**

**Daniele Checchi e Cecilia García-Peñalosa**

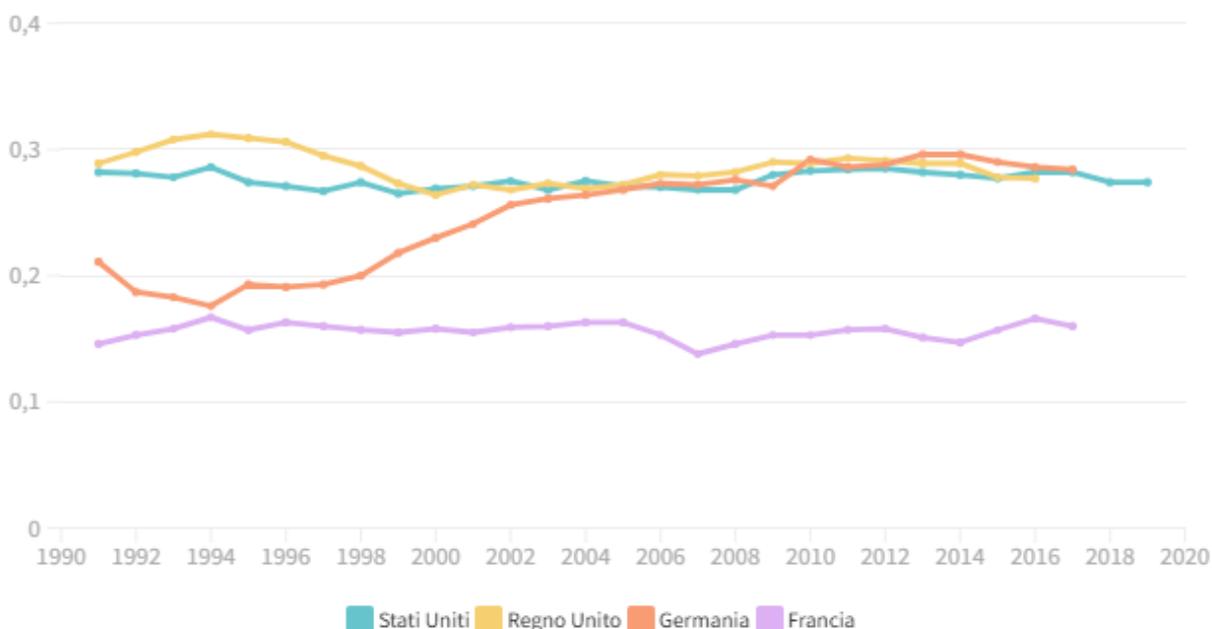
*Le differenze nelle ore lavorate tra lavoratori a basso e alto salario possono spiegare una parte significativa dell’aumento complessivo della disuguaglianza di reddito. I risultati di una analisi su quattro paesi: Usa, Regno Unito, Francia e Germania.*

### **Le disuguaglianze di reddito**

*Negli ultimi decenni, una vasta letteratura ha documentato il cambiamento nella distribuzione dei redditi da lavoro nei paesi ad alto reddito. La tempistica e la portata variano da paese a paese: alcuni, come gli Stati Uniti e il Regno Unito, hanno registrato un aumento della disuguaglianza negli anni Ottanta prima di arrivare a stabilizzarsi su valori elevati. In altri paesi, come la Germania, l’aumento della disuguaglianza è avvenuto solo negli ultimi anni.*

Nella figura 1 abbiamo inserito l'andamento di un indice di disuguaglianza per le retribuzioni da lavoro per quattro paesi occidentali rilevanti, così da potere osservare le differenze nei livelli e nelle tendenze. I cambiamenti nella dispersione della retribuzione oraria, cioè la retribuzione percepita da un individuo per ora di lavoro, sono stati la principale spiegazione delle differenze nei livelli di disuguaglianza salariale nazionale. Per esempio, la disuguaglianza nella retribuzione oraria si rivela considerevolmente maggiore negli Stati Uniti rispetto ad altri paesi, mentre è notevolmente aumentata in Germania negli ultimi decenni, in linea con le differenze osservate nella disuguaglianza complessiva (figura 1).

Figura 1 - Evoluzione della disuguaglianza nella retribuzione settimanale del lavoro in quattro economie sviluppate nel periodo 1995-2016 (in mld)

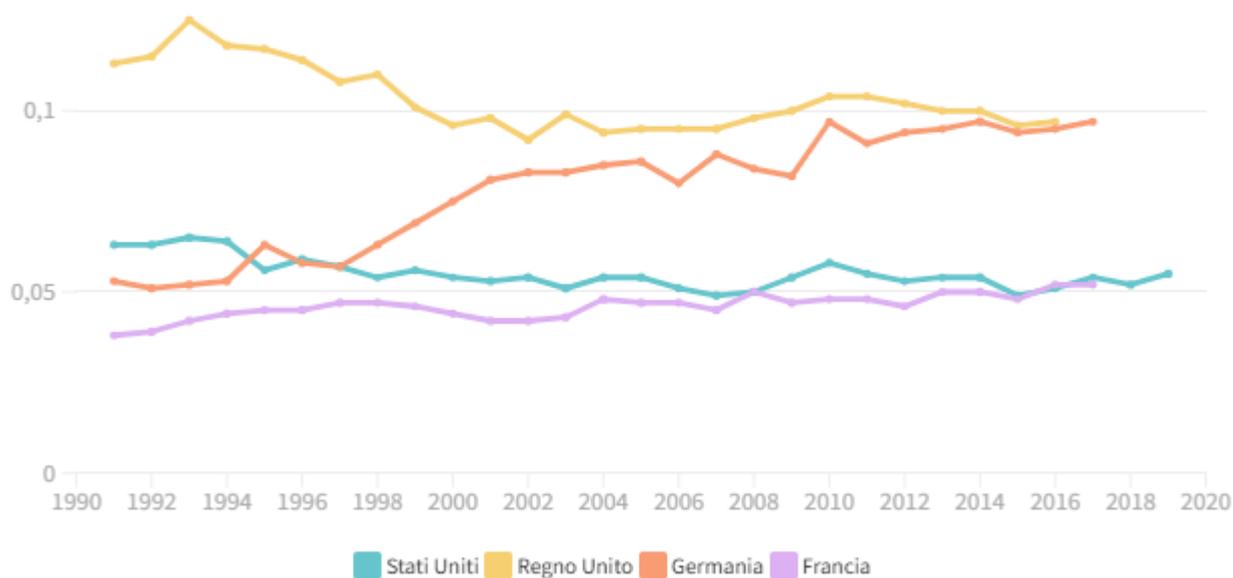


Nota: La disuguaglianza è misurata dalla deviazione logaritmica media (Mld), ovvero un indicatore statistico che risulta nullo in caso di distribuzione egualitaria e che è crescente nella dispersione, soprattutto nella parte

 lavoce.info

Sebbene i guadagni siano il prodotto della paga oraria e delle ore lavorate, queste ultime hanno finora ricevuto poca attenzione nella letteratura. In un recente articolo analizziamo il ruolo che le ore lavorate giocano nello spiegare le differenze nella disparità di reddito tra paesi e nel tempo. Se tutti gli occupati lavorassero lo stesso numero di ore settimanali, le differenze di retribuzione sarebbero dovute esclusivamente alla dispersione delle retribuzioni orarie. Al contrario, quando ciò non avviene, e al fine di comprendere la dinamica dei guadagni, dobbiamo esaminare le differenze nelle ore lavorate.

Figura 2 - Evoluzione della disuguaglianza nelle ore lavorative in quattro economie sviluppate nel periodo 1995-2016 (in mld)



lavoce.info

Nella figura 2 viene riportata la disuguaglianza nelle ore settimanali lavorate nei quattro paesi considerati nel nostro studio. I dati ci mostrano che la disparità di orario è bassa in Francia e negli Stati Uniti ed è alta in Germania e nel Regno Unito. Inoltre, nel periodo da noi considerato (1995-2016), la Germania ha visto aumentare la dispersione delle ore, mentre nel Regno Unito è diminuita. Nel 2016, la nostra misura di disuguaglianza delle ore lavorate era doppia in Germania e nel Regno Unito rispetto a Francia e Stati Uniti.

### Scomponiamo la disuguaglianza dei guadagni

Una maggiore disuguaglianza nell'orario di lavoro implica una distribuzione più dispersa nelle retribuzioni dei lavoratori? Non necessariamente. Il motivo è che l'impatto della disparità delle ore lavorate dipende da chi lavora di più.

Consideriamo un lavoratore ben pagato con un salario doppio rispetto a quello di un lavoratore a basso salario: se entrambi sono impiegati per lo stesso numero di ore, la retribuzione del primo è doppia rispetto a quella del secondo.

Supponiamo invece che l'individuo a bassa retribuzione lavori il doppio delle ore di quello ad alta retribuzione: la disparità di orario sarà maggiore, ma i due lavoratori avranno lo stesso guadagno, il che implica che non ci sarà nessuna disparità retributiva.

Di fatto, nel momento in cui le differenze nelle ore lavorate tendono ad aumentare o a diminuire, la disuguaglianza salariale dipende dalla correlazione tra ore e salari.

Se i lavoratori con salari bassi tendono a lavorare di più, cioè se la correlazione è negativa, allora la disuguaglianza delle ore sarà una forza equalizzante.

Nel caso in cui la correlazione sia positiva, la diversità di ore lavorate sarà una forza disegualizzante, che tenderà a rafforzare la dispersione delle retribuzioni orarie e la disuguaglianza dei guadagni totali.

Per comprendere l'importanza delle ore lavorate per la disuguaglianza salariale, eseguiamo una scomposizione che ci consente di calcolare quale frazione della dispersione complessiva dei guadagni sia dovuta ai salari e quale alle ore, con quest'ultima che incorpora sia la dispersione delle ore che la loro correlazione con i salari.

Nella figura 3 possiamo osservare, per ciascun paese e per il primo e ultimo anno del nostro campione (1995 e 2016), la frazione della disuguaglianza salariale dovuta alla dispersione delle retribuzioni orarie (in blu) e quella dovuta alle ore (in arancione).

Il grafico mostra importanti differenze tra le quattro economie. Negli Stati Uniti e in Francia il contributo complessivo delle ore nel 2016 è moderato: le ore lavorate rappresentano al massimo il 40 per cento della

disuguaglianza salariale. Al contrario, le ore giocano un ruolo più importante nel Regno Unito e in Germania, dove sono responsabili di quasi la metà della dispersione nei guadagni.

Nel tempo, il contributo della disuguaglianza delle ore lavorate alla disuguaglianza totale dei redditi è stabile negli Stati Uniti e nel Regno Unito.

Al contrario, il contributo delle ore è aumentato in Francia e Germania, passando rispettivamente dal 25 e 28 per cento nel 1995 al 40 e 48 per cento nel 2016.

In Francia, l'aumento della disparità di orario è stato compensato da un calo della dispersione salariale, lasciando sostanzialmente invariata la disparità di reddito complessiva.

In Germania, le ore sono state il fattore principalmente responsabile dell'aumento del 50 per cento dell'indice di disuguaglianza salariale che osserviamo nella figura 1.

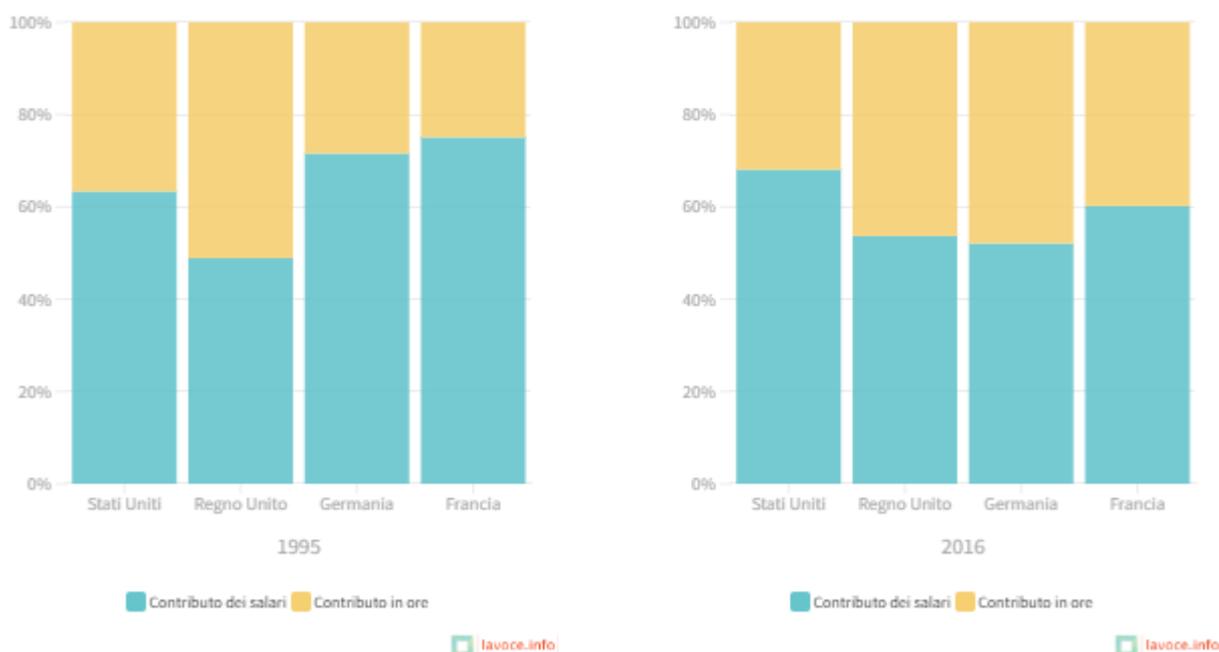
Il contributo delle ore alla disuguaglianza retributiva è aumentato nelle economie continentali, sia perché le ore di lavoro sono diventate più disperse, sia perché in entrambi i paesi la correlazione tra salario e ore lavorate è passata da negativa a positiva.

Il fenomeno può essere spiegato dal fatto che, mentre negli anni Novanta lavoravano di più le persone con i salari più bassi, negli ultimi anni sono stati quelli ai vertici della distribuzione a lavorare di più.

Per evidenziare questo fenomeno, suddividiamo i dati in cinque gruppi in base alla posizione dell'individuo nella distribuzione della retribuzione oraria: la figura 4 riporta le ore medie lavorate dagli individui in ciascuno di questi gruppi.

Negli Stati Uniti la correlazione positiva è ampiamente stabile, con coloro che si trovano nei quintili salariali più alti che lavorano di più rispetto a quelli nel quintile più basso.

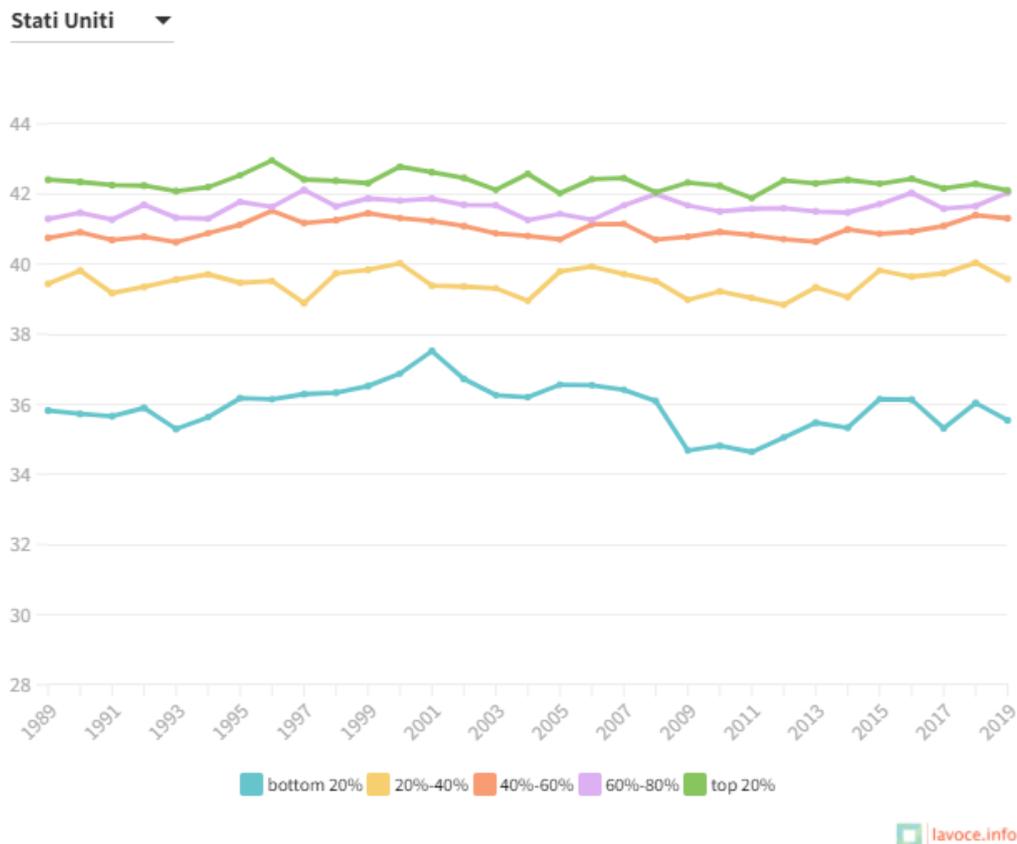
Figura 3 - Contributo di salari e ore



Il caso della Germania è sorprendente: mentre a metà degli anni Novanta le persone con salari bassi lavoravano leggermente di più rispetto a quelle con salari alti, nei due decenni successivi lo schema si è invertito, facendo sì che l'orario di lavoro di chi guadagna di più sia aumentato e quello delle persone nei due quintili più bassi sia diminuito.

Il risultato è stato non solo una maggiore dispersione dell'orario di lavoro, ma anche una correlazione che da negativa (e quindi egualizzante) è passata a positiva (e quindi disegualizzante).

Figura 4 - Ore medie lavorate per quintile della distribuzione dei salari



### Alla ricerca di una spiegazione per i cambiamenti nell'orario di lavoro

I nostri risultati sollevano la questione di quali siano i fattori che hanno guidato le dinamiche delle modalità di lavoro. I cambiamenti nella disuguaglianza delle ore lavorate e nella correlazione con i salari possono essere dovuti a effetti di composizione o a cambiamenti per una particolare categoria di individui. Per esempio, le donne tendono a lavorare meno ore degli uomini e sono più reattive alle variazioni salariali (dimostrano una maggiore elasticità dell'orario rispetto al salario).

I risultati derivanti dalle regressioni orarie individuali suggeriscono che, sebbene l'aumento dell'occupazione femminile abbia svolto un ruolo, sono stati importanti anche i cambiamenti nell'elasticità della retribuzione oraria per ciascuna categoria di lavoratori.

In particolare, questa elasticità è aumentata per gli uomini nelle due economie continentali: ciò porta a chiedersi se si tratti di una scelta ottimale da parte dei lavoratori (risposta dell'offerta di lavoro), o se i lavoratori debbano affrontare una serie di vincoli per lavorare il numero di ore che desiderano (vincoli della domanda di lavoro).

Dato che non è possibile identificare gli effetti causali, abbiamo esaminato una serie di variabili che si muovono insieme all'elasticità delle ore lavorate.

I risultati mostrano che maggiore apertura commerciale o volatilità della produzione sono correlate a una maggiore elasticità, in linea con l'ipotesi che il commercio e l'incertezza costringano le imprese a essere più competitive e quindi a offrire orari di lavoro più corti (per esempio facendo più ampio ricorso ai contratti a termine) ai lavoratori meno produttivi (meno pagati).

Nel periodo esaminato, l'indebolimento delle istituzioni del mercato del lavoro è correlato anche all'aumento dell'elasticità, perché rende più facile per le imprese utilizzare contratti a zero ore o a giorni frazionati.

### Quali sono le implicazioni politiche?

Oggi, in alcuni paesi, coloro che si trovano in fondo alla distribuzione dei salari lavorano meno di quanto non facessero due decenni fa.

La nostra analisi dimostra che ciò aumenta la disuguaglianza retributiva, ma non considera né il fatto che la riduzione dell'orario di lavoro possa essere il risultato di scelte individuali da cui consegue un aumento

*del tempo libero che compensa la perdita di reddito relativo né che, magari, i lavoratori a basso salario non possono lavorare quanto vorrebbero.*

*Alcune recenti evidenze in Germania sembrano dimostrare che quest'ultima ipotesi sia la più plausibile.*

*In un contesto in cui alcuni lavoratori affermano di non essere in grado di lavorare quanto vorrebbero, è importante capire quali sono gli ostacoli che gli impediscono di farlo.*

*Sulla base di ciò, abbiamo identificato alcune correlazioni macroeconomiche e istituzionali che potrebbero spiegare il fenomeno. Un'ampia letteratura ha esaminato gli effetti che una maggiore apertura commerciale e più deboli istituzioni del mercato del lavoro hanno avuto sulla distribuzione attraverso il loro impatto sui salari. La nostra analisi indica che hanno effetti anche per le ore lavorate da gruppi diversi, influenzandone il numero e quindi la disparità salariale.*

*In conclusione, un avvertimento è d'obbligo.*

*La nostra analisi si è concentrata su individui con guadagni positivi, per i quali abbiamo osservato andamenti diversi nei vari paesi. I cambiamenti, però, possono nascondere il fatto che sono entrati nel mercato del lavoro individui che in precedenza non erano occupati, e viceversa.*

*Nel caso della Germania, l'aumento della disparità salariale è stato accompagnato da un più largo accesso all'occupazione di lavoratori a basso salario, motivo per cui questi individui sono passati dal non guadagnare nulla a salari bassi, ma positivi. Le politiche che mirano a ridurre la disparità di reddito non dovrebbero quindi ignorare il fatto che la selezione nel mondo del lavoro è un altro aspetto importante della distribuzione osservata.*

<https://lavoce.info/archives/100544/le-disuguaglianze-nella-retribuzione-dipendono-anche-dalle-ore-lavorate/>

## **Anziani, il 'Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza' al Premier: "Riformare i servizi domiciliari e riqualificare le strutture residenziali"**

**Le 60 organizzazioni che hanno sottoscritto il 'Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza' in una lettera aperta al Premier Meloni: "Lo schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane è un atto decisivo per 10 milioni di persone"**

"Lo schema di [decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane](#) è un atto decisivo per 10 milioni di persone: i 3,8 milioni di anziani coinvolti, i familiari che li assistono e chi lo fa professionalmente". A sostenerlo, in una lettera aperta al Presidente del Consiglio dei Ministri, **Giorgia Meloni**, le 60 organizzazioni che hanno sottoscritto il "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza". Lo schema di decreto legislativo a cui si riferiscono le organizzazioni è quello in attuazione della delega di cui agli art. 3, 4 e 5 della Legge 23 marzo 2023, n.33 della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti presentato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 25 gennaio.

### **Il Patto rappresenta la società civile**

Nella lettera si sottolinea l'ampio platea coinvolta dal Patto, ovvero la gran parte di quelle della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti del Paese. "Si tratta della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi – scrivono le 60 organizzazioni -. Il Patto ha seguito la riforma sin dall'inizio. **Nel 2021 ne ha ottenuto l'introduzione nel PNRR**, ha poi salutato con favore l'impatto innovativo contenuto dalla successiva legge delega (Legge 33/2023), pur perfettibile, che riprendeva in ampia misura anche le dettagliate proposte delle organizzazioni".

### **Necessario discutere il progetto per il futuro dell'assistenza agli anziani**

Oggi, a pochi giorni dall'approvazione dello schema di decreto legislativo e a seguito di una sua attenta lettura, le organizzazioni "pur apprezzando l'attenzione riservata ad alcune rilevanti questioni, in particolare il processo di valutazione multidimensionale dell'anziano non autosufficiente", ritengono importante condividere con il Premier alcune considerazioni su quello che invece manca o appare poco definito.

"Anche se il settore ha evidente necessità di maggiori risorse, non è questo ora il nostro focus – aggiungono -. Prima bisogna **discutere il progetto per il futuro dell'assistenza agli anziani**: solo se questo è solido ha senso affrontare i finanziamenti. E il decreto approvato in via preliminare, a nostro parere, non sviluppa adeguatamente il progetto che invece la legge prevede".

### **In Italia manca un servizio domiciliare pubblico strutturato**

Per questo motivo le organizzazioni del Patto, auspicano che l'attuale Governo "possa compiere **una revisione del decreto** perché sia in linea con le previsioni più innovative della legge-delega, a partire dai seguenti punti. Riformare i servizi domiciliari. Dalla pandemia in poi, opinione pubblica, media e politici hanno insistito – come una sola voce – sull'imperativo di assicurare agli anziani la possibilità di continuare a vivere a casa. In Italia, però, manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per assistere gli anziani non autosufficienti.

Quelli esistenti – di Asl e Comuni – sono utili ma pensati per altre categorie di persone e ad altri fini e non tengono conto di aspetti ineludibili come, ad esempio, la durata dell'assistenza. Sul punto – scrivono ancora nella lettera al Presidente Meloni -, lo schema di decreto rimanda a successivi provvedimenti di semplice indirizzo, mentre si dovrebbero già qui individuare alcuni criteri che siano vincolanti e che orientino il ridisegno dell'assistenza domiciliare verso la non autosufficienza".

## La riqualificazione delle strutture residenziali

---

Tra le richieste anche quella di avviare la riqualificazione delle strutture residenziali. “Seppure la priorità sia sostenere la permanenza dell’anziano a domicilio, nei casi più gravi questa non è un’opzione possibile. Se questo tema è prioritario, come è emerso durante la pandemia, ed è indispensabile, come il decreto stesso contempla, che le strutture siano luoghi accoglienti dove gli ospiti godano della miglior qualità di vita possibile, ci saremmo aspettati delle previsioni più stringenti, tanto nella **definizione di tutti i criteri utili per l’accreditamento**, quanto dei necessari requisiti di sicurezza e qualità. Il decreto attuativo, invece – continuano – contiene solo prime indicazioni in merito e rimanda a ulteriori provvedimenti. Dare un futuro alla prestazione universale”, sottolineano.

## Il welfare sostenga anche le classi medie

---

“Per ottenere la nuova misura – sperimentale per il 2025- 2026 – sono richiesti un elevato bisogno assistenziale, un’età di almeno 80 anni, e ridotte disponibilità economiche. Viene così introdotto il principio che si può fruire dell’assistenza per la non autosufficienza solo se, oltre a trovarsi in questa condizione, si è poveri mentre attraverso il welfare è necessario sostenere anche le classi medie. Inoltre, con la prestazione vengono aggiunti 850 euro mensili all’indennità di accompagnamento – la più diffusa misura pubblica – che rimane immutata, senza affrontarne i tanti problemi!”. Le organizzazioni del Patto auspicano “che la sperimentazione possa prevedere anche **una revisione dell’indennità per le persone coinvolte**: solo così potrà costituire un’utile base per il futuro. Tutto ciò premesso, e nonostante riteniamo che sarebbe stato auspicabile un pieno coinvolgimento delle organizzazioni rappresentanti il mondo della non autosufficienza degli anziani nella fase ascendente del decreto, come d’altra parte era stato annunciato, il Patto – concludono – continua ad esprimere la propria disponibilità alla collaborazione sulla riforma, a partire da queste settimane che ci separano dalla definitiva approvazione del provvedimento”.

## Le 60 organizzazioni del ‘Patto’:

---

### **ORGANIZZAZIONI DI CITTADINANZA SOCIALE**

ACLI – Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani  
Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete – Salute a km 0  
Associazione Prima la Comunità  
Caritas Italiana  
Cittadinanzattiva  
Diaconia Valdese  
Federcentri APS  
Forum Disuguaglianze Diversità  
Forum Nazionale del Terzo Settore  
La Bottega del Possibile APS  
Movimento per l’Invecchiamento Attivo  
Network Non Autosufficienza (NNA)  
Percorsi di Secondo Welfare  
Rinata APS – ETS

### **RAPPRESENTANTI DEI PENSIONATI**

ANAP Confartigianato Persone  
Associazione Nazionale Anziani e Pensionati  
ANPA Confagricoltura  
Associazione Nazionale Pensionati Agricoltori  
ANP-CIA – Associazione Nazionale Pensionati Cia  
Federazione Nazionale Coldiretti Pensionati  
CNA Pensionati  
FNPA Casartigiani-Federazione Nazionale Pensionati Artigiani  
FNP CISL PENSIONATI

### **RAPPRESENTANTI DELLE PERSONE COINVOLTE E DEI FAMILIARI**

AISLA – Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica  
A.L.I.Ce. Italia ODV – Lotta all'Ictus Cerebrale  
Alzheimer Uniti Italia Onlus  
AMOR – Associazione Malati in Ossigeno-Ventiloterapia e Riabilitazione  
ANNA – Associazione Nutriti Artificialmente  
ASSINDATCOLF – Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro Domestico  
Associazione Apnoici Italiani – APS  
Associazione Comitato Macula  
Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus  
Associazione Respiriamo Insieme APS  
CARER ETS – Caregiver Familiari  
Confederazione Parkinson Italia  
DOMINA – Associazione Nazionale Famiglie  
Datori di Lavoro Domestico  
FAIS – Associazioni Incontinenti e Stomizzati  
Federazione Alzheimer Italia  
FIDALDO – Federazione Italiana dei Datori di Lavoro Domestico  
Forum Nazionale delle Ass. Nefropatici, Trapiantati e di Volontariato  
Nuova Collaborazione – Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestico  
SOS Alzheimer

### **SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ORDINI PROFESSIONALI**

AIP – Associazione Italiana Psicogeriatría  
CARD ITALIA – Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti  
CNOAS – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali  
FNOFI – Federazione Nazionale Ordini Fisioterapisti  
SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria  
SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio  
SIMFER – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

### **RAPPRESENTANTI DI REALTÀ CHE OFFRONO INTERVENTI E SERVIZI**

AGeSPI – Associazione Gestori Servizi Sociosanitari e Cure Post Intensive  
ANASTE – Ass. Nazionale Strutture Terza Età  
ANSDIPP – Ass. dei Manager del Sociale e del Sociosanitario  
ARIS – Ass. Religiosa Istituti Socio-Sanitari  
Assoprevidenza – Ass. Italiana per la Previdenza Complementare  
Confcommercio Salute, Sanità e Cura  
Consorzio MUSA – Consorzio Mutue Sanitarie  
FIMIV- Fed. Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria Legacoopsociali  
Professione in Famiglia  
UNEBA – Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale  
ASSIFERO – Ass. Italiana delle Fondazioni ed Enti Filantropici

[https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/anziani-il-patto-per-un-nuovo-welfare-sulla-non-autosufficienza-al-premier-riformare-i-servizi-domiciliari-e-riqualificare-le-strutture-residenziali/?mkt\\_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGRHqip0cThKGjQFOHcw2fBP2T\\_1Neb9fseZAqUz0yfwkF8oCf4XOeBRJe-izFNT6ObZiRhiD4A5wLmpokiE\\_wMX8vGmnOW7Bc6dERKH5bU](https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/anziani-il-patto-per-un-nuovo-welfare-sulla-non-autosufficienza-al-premier-riformare-i-servizi-domiciliari-e-riqualificare-le-strutture-residenziali/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGRHqip0cThKGjQFOHcw2fBP2T_1Neb9fseZAqUz0yfwkF8oCf4XOeBRJe-izFNT6ObZiRhiD4A5wLmpokiE_wMX8vGmnOW7Bc6dERKH5bU)

## **Patologie croniche. Più aumenta il loro numero più l'efficacia del sistema sanitario può fare la differenza. L'indagine Ocse**

*I primi dati dell'indagine riguardano oltre 60mila pazienti over 45 di 20 Paesi affetti da patologie croniche. L'80,5% di questi ha dichiarato di avere almeno una patologia cronica e il 50% ha più di una. Le persone con più patologie croniche hanno più probabilità di dichiarare di essere in salute nei Paesi in cui l'assistenza primaria è considerata di alta qualità. Nella gestione della propria patologia a domicilio pesa molto anche il livello di istruzione del paziente*

**01 FEB** - Con l'invecchiamento della popolazione mondiale, aumenta il numero di persone affette da patologie croniche. Il Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) è un'indagine internazionale che concentra la sua attenzione sugli esiti della presa in carico dei pazienti provando a vedere i diversi sistemi di assistenza sanitaria attraverso i loro occhi. In particolare, l'indagine si è concentrata su come gli over 45 con condizioni croniche vivano la loro situazione e quale impatto questa ha sulle loro vite. La raccolta dei dati è in corso in 20 paesi. L'Ocse ha pubblicato una sintesi dei primi risultati breve ottenuti da oltre 60.000 pazienti e 1.200 ambulatori di assistenza di 15 Paesi.

Oltre il 75% delle persone coinvolte nell'indagine, in tutte le fasce d'età, giudica la propria salute come buona, molto buona o eccellente. Questa valutazione diminuisce con l'accumularsi di condizioni croniche, arrivando a una percentuale inferiore al 50% tra le persone con tre o più condizioni croniche. Lo schema è simile per uomini e donne.

L'80,5% dei pazienti che hanno partecipato all'indagine (di età pari o superiore ai 45 anni e che usufruiscono dell'assistenza primaria) ha dichiarato di avere almeno una patologia cronica e il 50% ha più di una. Un quarto vive con tre o più condizioni croniche.

Alcune patologie sono più frequenti tra gli uomini, quali l'ipertensione arteriosa e le patologie cardiovascolari e cardiache. Di contro, le donne hanno maggiori probabilità di soffrire di artrite, depressione e altri problemi legati alla salute mentale.

In alcuni paesi, le persone con più patologie croniche valutano il loro stato di salute migliore rispetto ad altri. Questo suggerisce quanto il sistema sanitario possa fare la differenza. Le persone con più patologie croniche hanno più probabilità di dichiarare di essere in salute nei Paesi in cui l'assistenza primaria è considerata di alta qualità.

Più condizioni croniche si gestiscono e più diventa alto il rischio potenziale di frammentazione de percorsi di cura. Il coordinamento e la continuità assistenziale sono quindi particolarmente importanti, e una buona condivisione delle informazioni - attraverso cartelle cliniche ben curate e accessibili a tutto il sistema sanitario - aiuta a coordinare le attività di cura e adattare l'assistenza alle esigenze dei pazienti.

Mentre gli operatori sanitari forniscono cure essenziali, gran parte della gestione quotidiana delle patologie croniche è affidata ai pazienti stessi. Una gestione efficace della propria patologia, dalla gestione dei farmaci all'organizzazione delle visite mediche, fino alla gestione della dieta e dell'attività fisica, avviene non nello studio del medico ma nella casa degli stessi pazienti. Mettere quindi le persone in condizione di gestire al meglio la propria salute diventa una componente vitale dell'assistenza sanitaria, soprattutto per chi vive in condizioni croniche.

La fiducia delle persone nella cura della propria salute e del proprio benessere tende a diminuire con l'aumentare del numero di patologie croniche da dover gestire. Inoltre, le persone con un livello di istruzione più basso riferiscono di avere meno fiducia nella gestione della propria salute. Complessivamente, il 61% delle persone con istruzione superiore si dichiara fiducioso sulla capacità di gestire la propria condizione di salute, rispetto al 54% di coloro che hanno un livello di istruzione inferiore. Un dato che si accentua con l'aumentare del numero delle condizioni croniche.

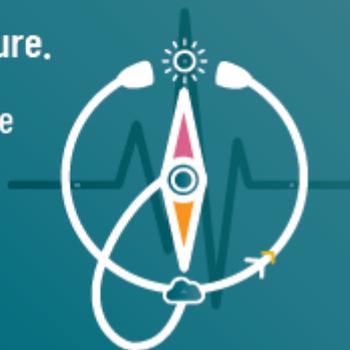
In tutti i contesti organizzativi, la fiducia dei pazienti nei loro medici è elevata: circa il 78% degli utenti rispondono "sicuramente" alla domanda se hanno fiducia nel proprio medico. Per quanto riguarda la fiducia nel sistema sanitario, la percentuale è però più bassa, variando tra il 60% e il 65%.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119882](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119882)



## Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute

Luca Bianchi  
Serenella Caravella  
Carmelo Petraglia



*Al Sud i servizi di prevenzione e cura sono più carenti, minore la spesa pubblica sanitaria, più lunghe le distanze da percorrere per ricevere assistenza, soprattutto per le patologie più gravi. Investire in Sanità dovrebbe tornare tra le priorità nazionali, correggendo il metodo di riparto regionale del Fondo Sanitario Nazionale sulla base degli indicatori di deprivazione. L'autonomia differenziata rischia di ampliare le disuguaglianze nelle condizioni di accesso al diritto alla salute.*



### **Intelligenza artificiale, dati e Sanità digitale, la necessità per l'Italia di tracciare una rotta definendo le priorità**

Giorgio Casati, Direttore generale Asl Rm2

*Il 15 gennaio presso il ministero della Salute abbiamo avuto un interessante momento di confronto sui temi dell'intelligenza artificiale, sull'utilizzo dei dati sanitari e sullo stato di sviluppo della sanità digitale. Il valore aggiunto dell'iniziativa, organizzata da Culture, è stato sicuramente quello di concentrare la discussione sugli aspetti strategici e sui fattori di criticità e debolezza che necessitano di essere presidiati affinché il percorso attuativo si sviluppi concretamente generando gli impatti attesi. Tra le evidenze emerse, la consapevolezza che il piano per la transizione digitale (acquisizione tecnologie e piattaforme applicative) si sta sviluppando nel rispetto complessivo delle tempistiche programmate.*

*Accanto a elementi di positività, sono state discusse anche criticità importanti. Quella di maggiore evidenza è rappresentata dal fatto che, pur avendo dedicato sforzi importanti nel declinare le caratteristiche e le funzioni dei singoli oggetti che caratterizzano il cambiamento, le stesse energie non siano state poste nel definire come cambia il modo di "fare salute" per i cittadini che dovranno approcciare una sanità digitale al posto di quella "analogica" attuale. A dire il vero, almeno sotto il profilo concettuale, l'impatto derivante da alcune innovazioni è definito: la possibilità di elaborare i dati che alimenteranno le piattaforme digitali, anche con l'ausilio dell'intelligenza artificiale, consentiranno di sviluppare modelli di analisi per la stratificazione della popolazione, utili per formulare azioni mirate per la prevenzione delle malattie e, in prospettiva, per passare da un modello di sanità prevalentemente reattiva a una sanità proattiva e predittiva.*

*Altro impatto positivo sarà quello che discenderà dal progressivo diffondersi della telemedicina offrendo l'opportunità di gestire "a distanza" molte problematiche di salute fino ad arrivare, con l'acquisizione di specifici dispositivi e l'implementazione di adeguati sistemi di telemonitoraggio, a sviluppare forme di cura e assistenza presso il domicilio dei pazienti.*

*Si tratta di attese importanti, destinate a cambiare il modo di fare salute nel nostro Paese. A tale scopo tuttavia, è necessario affrontare alcune criticità che, allo stato, non sono state ancora sufficientemente approfondite: (i) le competenze per poter impiegare in modo efficace le innovazioni che saranno introdotte non sono ancora disponibili in modo diffuso; (ii) lo sviluppo delle innovazioni presuppongono, negli ambiti di applicazione specifica, risorse aggiuntive che, allo stato, non solo non sono disponibili ma, anche in prospettiva appare problematico acquisirle sia per i limiti posti ai bilanci delle aziende sanitarie, sia per l'evoluzione negativa che caratterizza strutturalmente il mercato del lavoro dei professionisti sanitari; (iv) la modificazione dei processi di lavoro, così come la realizzazione dei nuovi modelli di rete clinico-assistenziale che discendono dal Dm 77, richiedono uno sforzo importante di regolamentazione in materia di ruoli svolti e di relazione tra i diversi nodi della rete che è ancora da avviare.*

*La carenza più evidente, tuttavia, riguarda la formulazione di una strategia attuativa, necessariamente di carattere graduale, capace di identificare gli ambiti prioritari di intervento e le misure rappresentative degli obiettivi da conseguire.*

*Si tratta di una carenza importante che, sul piano concreto, sta determinando un effetto distorsivo: la difficoltà nell'identificare priorità e obiettivi porta inevitabilmente a far sì che ciascun attore (a livello nazionale, regionale e aziendale) agisca nella progettazione di singoli tasselli del processo di cambiamento che, per quanto ben definiti, non è detto saranno tali da generare gli impatti attesi. La difficoltà di comunicazione e confronto tra i diversi attori, in parte da ascrivere alla debolezza del disegno comune da perseguire, sta già oggi determinando situazioni che richiedono revisioni e ripensamenti che aumentano il livello di incertezza sulla fluidità di un processo di cambiamento necessario e strategico per il nostro Servizio sanitario. I momenti di confronto servono proprio a questo: il tempo per recuperare e correggere la rotta esiste ancora, ma a questo scopo è necessario spostare rapidamente l'attenzione dalle "cose da fare" ai "risultati da ottenere".*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-01-31/intelligenza-artificiale-dati-e-sanita-digitale-necessita-l-italia-tracciare-rota-definendo-priorita-193041.php?uuid=AFpa4MYC&cmpid=nlqf>

## Chip cerebrale Neuralink di Elon Musk: cosa pensano gli scienziati del primo test sull'uomo

*Alcuni ricercatori sono preoccupati per la mancanza di trasparenza che circonda l'impianto, che mira a consentire alle persone di controllare i dispositivi solo attraverso il pensiero.*

**Liam Drew**

*Neuralink, la società attraverso la quale l'imprenditore Elon Musk spera di rivoluzionare le interfacce cervello-computer (BCI), ha impiantato per la prima volta un dispositivo di "lettura del cervello" in una persona, secondo un [tweet pubblicato da Musk il 29 gennaio](#).*

*Le BCI [registrano e decodificano l'attività cerebrale](#), con l'obiettivo di consentire a una persona con grave paralisi di controllare un computer, un braccio robotico, una sedia a rotelle o un altro dispositivo attraverso il solo pensiero. Oltre al dispositivo di Neuralink, altri sono in fase di sviluppo e alcuni sono già stati testati sugli esseri umani.*

*I ricercatori di neurotecnologia sono cautamente entusiasti della sperimentazione umana di Neuralink. "Quello che spero di vedere è che possano dimostrare che è sicuro. E che è efficace nel misurare i segnali cerebrali – a breve termine, ma, soprattutto, a lungo termine", afferma Mariska Vansteensel, neuroscienziata presso il Centro medico universitario di Utrecht nei Paesi Bassi e presidente della società internazionale BCI. Ma c'è frustrazione per la mancanza di informazioni dettagliate. Non c'è stata alcuna conferma dell'inizio del processo, a parte il tweet di Musk. La principale fonte di informazioni pubbliche sulla sperimentazione è un [opuscolo di studio](#) che invita le persone a parteciparvi. Ma mancano dettagli come il luogo in cui verranno effettuati gli impianti e i risultati esatti che lo studio valuterà, afferma Tim Denison, neuroingegnere dell'Università di Oxford, nel Regno Unito.*

*Lo studio non è registrato su [ClinicalTrials.gov](#), un archivio online curato dal National Institutes of Health degli Stati Uniti. Molte università richiedono che i ricercatori registrino uno studio e il relativo protocollo in un archivio pubblico di questo tipo prima di arruolare i partecipanti allo studio. Inoltre, molte riviste mediche rendono tale registrazione una condizione per la pubblicazione dei risultati, in linea con i principi etici volti a proteggere le persone che si offrono volontarie per le sperimentazioni cliniche. Neuralink, che ha sede a Fremont, in California, non ha risposto alla richiesta di Nature di commentare il motivo per cui non ha registrato la sperimentazione sul sito.*

*Nature esamina il confronto tra gli impianti Neuralink e altre tecnologie BCI, il modo in cui la sperimentazione farà avanzare le BCI e le preoccupazioni dei ricercatori*

### In cosa differisce il chip dagli altri BCI?

*Come Blackrock Neurotech a Salt Lake City, Utah, Neuralink prende di mira l'attività dei singoli neuroni, un approccio che richiede elettrodi che penetrano nel cervello. Altre aziende stanno sviluppando elettrodi che si trovano sulla superficie del cervello – alcuni dei quali sono facilmente rimovibili – per registrare i segnali medi prodotti da popolazioni di neuroni. I neuroscienziati sostengono da tempo che i dati dei singoli neuroni sono necessari per una sofisticata decodificazione del pensiero. Ma ricerche recenti indicano che i segnali medi possono [consentire la decodifica di processi cognitivi complessi](#), come il linguaggio interiore [1](#). E la società Synchron con sede a New York ha dimostrato che un BCI di superficie a bassa larghezza di banda può [fornire un controllo semplice ma affidabile dello smartphone 2](#).*

*Come il sistema Synchron, quello di Neuralink è completamente impiantato e wireless. Questa è la prima volta per le BCI che registrano da singoli neuroni. In precedenza tali sistemi dovevano essere fisicamente collegati a un computer attraverso una porta nel cranio. Ciò comporta un rischio di infezione e limita l'utilizzo nel mondo reale.*

*Secondo la brochure di studio dell'azienda, il chip Neuralink contiene 64 fili polimerici flessibili, che forniscono 1.024 siti per la registrazione dell'attività cerebrale. Si tratta di una cifra notevolmente superiore a quella dei BCI di Blackrock Neurotech, l'unico altro sistema di registrazione di un singolo neurone impiantato a lungo termine negli esseri umani. Quindi il dispositivo Neuralink potrebbe aumentare la larghezza di banda della comunicazione cervello-macchina, sebbene ad alcuni utenti siano stati impiantati diversi dispositivi Blackrock. Neuralink esalta la flessibilità dei suoi fili e dice che sta sviluppando un robot per inserirli nel cervello.*

*Denison afferma che lo spettro di approcci è entusiasmante. Ora si tratta di vedere quali funzionano meglio, in termini di sicurezza, qualità e durata del segnale ed esperienza dell'utente. "Dobbiamo tutti giocare una partita a lungo termine per il bene dei pazienti", afferma.*

## Cosa impareranno gli scienziati dalla sperimentazione umana di Neuralink?

Neuralink ha rilasciato poche informazioni sugli obiettivi del suo studio e non ha risposto alla richiesta di intervista di Nature. Ma gli esperti si aspettano che la sicurezza sia fondamentale in questa fase. Ciò implica l'osservazione dell'impatto immediato del dispositivo, afferma Denison – “nessun ictus, nessuna emorragia, nessun danno vascolare, niente del genere” – così come le infezioni e un follow-up a lungo termine per verificare che rimanga sicuro da avere il dispositivo impiantato.

La brochure di studio di Neuralink dice che i volontari saranno seguiti per cinque anni. Indica inoltre che la sperimentazione valuterà la funzionalità del dispositivo, con i volontari che lo utilizzeranno almeno due volte alla settimana per controllare un computer e fornire feedback sull'esperienza.

Vansteensel vorrebbe sapere se la qualità dei segnali neuronali rilevati peggiora nel tempo, cosa comune nei dispositivi esistenti. “Non sostituirai facilmente gli elettrodi dopo l'impianto”, afferma. “Se, tra un mese, mostreranno ottimi risultati di decodificazione, saranno impressionanti. Ma voglio vedere risultati a lungo termine”.

Denison è anche ansioso di scoprire come funziona un sistema wireless che può essere utilizzato in ambienti non di laboratorio.

## Quali preoccupazioni hanno gli scienziati riguardo al Neuralink BCI?

Ora che le sperimentazioni umane sono iniziate, la sicurezza e il benessere dei volontari sono una questione urgente. Lo studio è stato approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) statunitense, che ha respinto una precedente richiesta di Neuralink. Ma alcuni ricercatori sono a disagio per il fatto che lo studio non sia elencato su ClinicalTrials.gov. “La mia ipotesi sarebbe che la FDA e Neuralink stiano seguendo il programma in una certa misura”, afferma Denison. “Ma non abbiamo il protocollo. Quindi non lo sappiamo”.

La trasparenza è importante anche per le persone che le BCI intendono aiutare. Ian Burkhart, co-fondatore della BCI Pioneers Coalition con sede a Columbus, Ohio, è rimasto paralizzato dopo essersi rotto il collo in un incidente subacqueo e ha trascorso 7,5 anni con un dispositivo Blackrock impiantato nel suo cervello. È entusiasta di ciò che Neuralink potrebbe ottenere. Ma, dice, “potrebbero fare molto meglio con la quantità di informazioni che rilasciano, invece di lasciare che tutti speculano su di esse. Soprattutto per i pazienti che aspettano con impazienza che questo tipo di tecnologia possa migliorare la loro vita”.

<https://doi.org/10.1038/d41586-024-00304-4>

quotidiano**sanita.it**

## Intelligenza artificiale. Può salvare vite e aiutare il lavoro dei sanitari. Ma attenzione al possibile acuirsi delle disuguaglianze. Il focus Ocse

Giovanni Rodriquez

L'uso di questo nuovo strumento, secondo l'Ocse, può risultare fondamentale nell'affrontare alcune delle grandi sfide del settore quali la carenza della forza lavoro, possibili future minacce per la salute pubblica, l'invecchiamento della popolazione e la crescente complessità nella gestione della salute delle persone dovuta alle molteplici patologie croniche. Ma non mancano i rischi: dalla mancanza di trasparenza ad un utilizzo iniquo dei dati che potrebbe generare discriminazioni, fino ai potenziali danni legati alla privacy su dati sensibili come quelli sanitari.

**13 FEB -**

L'intelligenza artificiale (IA) è qui per restare. Questa la premessa da cui parte l'analisi dell'Ocse nella quale si rivendica l'aver lavorato con largo anticipo sul fenomeno adottando fin dal 2019 dei “Principi” in base ai quali regolamentare il suo utilizzo. L'IA, si spiega, ha un potenziale “significativo” non solo nel salvare vite umane, ma anche nella possibilità di migliorare il lavoro degli operatori sanitari e rendere i sistemi sanitari più incentrati sulle esigenze dei pazienti.

L'uso di questo nuovo strumento, secondo l'Ocse, può risultare fondamentale nell'affrontare alcune delle grandi sfide del settore quali la carenza della forza lavoro, possibili future minacce per la salute pubblica, l'invecchiamento della popolazione e la crescente complessità nella gestione della salute delle persone dovuta alle molteplici patologie croniche.

L'uso crescente di queste nuove tecnologie non è però esente da rischi quali una possibile esacerbazione delle disuguaglianze digitali e sanitarie, l'aumento dei rischi legati alla privacy ed una possibile diffidenza da parte delle persone. "Attualmente, l'IA viene progettata, sviluppata e implementata nelle strutture sanitarie di tutto il mondo, sfruttando i set di dati locali per l'addestramento e vengono resi disponibili i risultati - spiega l'Ocse -. Esiste però il rischio di uno sviluppo frammentato di innovazioni legate all'IA costruite e mantenute da organizzazioni sanitarie facoltose e disponibili solo per fasce benestanti della popolazione".

Il documento Ocse illustra le principali opportunità che l'IA offre per migliorare i risultati in termini di salute, i rischi che devono essere affrontati e propone un'azione politica per rendere operativa un'IA responsabile che rispetti i diritti umani e migliori i risultati in termini di salute in modo uniforme.

**L'IA salva vite.** "Solo nel 2023 in Europa circa 163.000 persone potrebbero essere morte a causa di errori medici. Il 30% degli errori medici è dovuto a errori di comunicazione. L'IA può migliorare questo aspetto facendo emergere le informazioni giuste, alle persone giuste, al momento giusto e nel contesto giusto, prevenendo così errori, salvando vite umane e migliorando i risultati sanitari. Questo - si legge nel documento Ocse - si aggiunge alla promessa dell'IA di utilizzare grandi quantità di dati clinici (ad esempio, immagini, anamnesi dei pazienti) per aiutare gli operatori sanitari nella diagnosi e nell'ottimizzazione del trattamento dei pazienti. Se usato in modo sicuro e appropriato, questo potrebbe far crescere in modo esponenziale la evidence based medicine e migliorare i risultati sanitari e l'assistenza alle persone".

**L'IA può aiutare gli operatori sanitari a dedicare più tempo alle cure.** L'IA aiuta gli operatori sanitari a esercitare la loro professione e investire il loro tempo nel rapporto con i pazienti, anziché dedicarsi alla trascrizione di appunti e al lavoro amministrativo. "Il 36% delle attività di assistenza sanitaria e sociale potrebbe essere automatizzato utilizzando l'IA. Questi aumenti di produttività ridurrebbero il deficit previsto di 3,5 milioni di professionisti della salute necessari entro il 2030 in tutta l'area Ocse. L'intelligenza artificiale può migliorare la qualità del lavoro, la qualità delle interazioni umane e la qualità dei risultati".

**L'IA può aiutare a proteggere le infrastrutture sanitarie digitali dalle minacce alla sicurezza.** Gli attacchi informatici ai sistemi sanitari sono un fenomeno crescente, secondo le proiezioni, questi causeranno perdite finanziarie fino a 10,5 trilioni di dollari entro il 2025. Questi attacchi utilizzano sempre più spesso l'intelligenza artificiale per trovare e sfruttare le vulnerabilità dei sistemi. I sistemi sanitari potrebbero imparare le lezioni apprese dall'utilizzo dell'IA in altri settori per rilevare le minacce e prevenirle.

**L'IA può aiutare il settore sanitario a sbloccare quel 97% dei dati sanitari che attualmente non sono utilizzati per aiutare i processi decisionali.** La progettazione, lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di IA nel settore sanitario traggono vantaggio dall'accesso tempestivo a dati di qualità e potrebbero fare molto di più. "L'IA è stata utilizzata per individuare i primi segni del Covid e ha accelerato la scoperta di vaccini che hanno salvato milioni di vite. L'IA potrebbe essere utilizzata per aiutare a sviluppare trattamenti per le malattie rare, migliorare la sicurezza dei sistemi sanitari individuando modelli insoliti di malattia, identificare opportunità di prevenzione delle malattie croniche o per far progredire la medicina personalizzata. Queste applicazioni innovative saranno di maggiore impatto con la cooperazione tra le diverse organizzazioni sanitarie".

**Le opportunità dell'IA nel settore salute sono significative e richiedono un'azione urgente per affrontare ostacoli e rischi.** "Occorre stabilire le basi politiche, tecniche e di dati per sviluppare un'IA responsabile e sicura, implementata e scalata a beneficio di tutti. Questo deve essere fatto in modo da ridurre al minimo i potenziali danni legati alla privacy, alla sicurezza, ai pregiudizi e disinformazione. Sono necessarie iniziative e strategie proattive per generare risultati positivi e al contempo implementare soluzioni solide per garantire il rispetto dei diritti fondamentali alla privacy, alla non discriminazione e alla sicurezza".

**Ci sono però anche rischi che devono essere affrontati in modo efficace.** "I rischi derivanti dall'IA includono scadenti algoritmi (a causa di distorsioni, dati di bassa qualità, mancanza di trasparenza o utilizzo in contesti inappropriati); fughe di dati personali (a causa di violazioni della privacy e della sicurezza nella raccolta dei dati o nell'esecuzione degli algoritmi di IA); soluzioni imposte alla forza lavoro sanitaria, che mettono a dura prova i lavoratori; e la mancanza di chiarezza nella responsabilità per la gestione dell'IA - e per ogni possibile risultato sfavorevole".

**Allo stesso modo, però, il mancato utilizzo dell'IA comporta rischi** quali l'aumento del divario digitale, in cui le soluzioni di IA sono disponibili solo per sottogruppi limitati di cittadini; il continuo esaurimento degli operatori sanitari a causa dell'aumento del carico amministrativo; l'incapacità di generare e diffondere i benefici dei progressi scientifici per migliorare la qualità della vita, solo per citarne alcuni.

**Non è possibile ridurre i rischi a zero.** L'azione nell'ambito dell'IA deve prendere in considerazione "i modi migliori per eliminare o mitigare rischi di danni a breve, medio e lungo termine. Un'implementazione e una supervisione efficaci dell'IA dovrebbero utilizzare e sfruttare in modo ottimale i dati e le risorse tecnologiche, imparando continuamente e adattando i piani quando necessario. I principi dell'IA dell'Ocse

sono stati adottati da tutti i Paesi dell'Ocse si riflettono nei principi dell'IA del G20. Questi forniscono un insieme comune di linee guida per facilitare lo sviluppo responsabile ed efficace, l'impiego e la manutenzione di soluzioni di IA. Questi principi orientano l'implementazione dell'IA in modo da mettere gli esseri umani al centro della progettazione. I principi sono un punto di partenza e devono essere resi operativi attraverso gli strumenti e i processi giusti, le politiche e i meccanismi di applicazione".

**L'adozione, l'uso e l'evoluzione dell'IA dovrebbero essere regolati in modo efficace con un'appropriata applicazione delle norme e con una rendicontazione trasparente.** Alcuni Paesi stanno istituendo organismi e meccanismi di supervisione dell'IA, ma sono relativamente pochi quelli che hanno un approccio mirato all'IA in ambito sanitario.

**Capacità del personale sanitario di utilizzare l'IA per migliorare i risultati sanitari.** Con l'implementazione dell'IA in sanità, le funzioni lavorative cambieranno, con il risultato che alcuni ruoli potrebbero non essere più necessari o potrebbero richiedere competenze molto diverse. "A livello aggregato, si stima che il 27% dei lavori sia ad alto rischio di automazione. Numerosi professionisti del settore sanitario non sono ancora stati dotati delle competenze necessarie per comprendere il valore degli strumenti di IA nella loro pratica per risparmiare tempo e migliorare i risultati di salute. Inoltre, lo sviluppo di strumenti di IA per la salute non sempre coinvolge gli operatori sanitari e le soluzioni che ne derivano possono aggravare il loro carico di lavoro già pesante, contribuendo al burnout di questi operatori".

**Le soluzioni di IA per la salute devono essere progettate per essere ampiamente accessibili.** Quando l'IA per la salute viene implementata, i benefici possono essere disponibili solo per un sottoinsieme della popolazione, con conseguenti disuguaglianze. "Le disuguaglianze possono essere legate alla cultura, al genere, al reddito o alle aree geografiche, tra gli altri".

**I dati utilizzati per l'IA devono essere rappresentativi e le soluzioni trasparenti.** L'IA per l'apprendimento automatico utilizza grandi quantità di dati per scoprire modelli e fare previsioni. "Se i dati utilizzati non sono rappresentativi della popolazione umana che la soluzione è destinata a servire e/o sono di bassa qualità, potrebbe produrre risultati scadenti, dannosi o discriminatori (ad es, quando l'IA viene addestrata sulla base dei dati relativi ai risultati riguardanti uomini e le soluzioni vengono poi applicate alle donne)".

**Le soluzioni di intelligenza artificiale proteggono i dati personali e migliorano i risultati sanitari.** L'utilizzo di grandi quantità di informazioni sanitarie personali dettagliate nello sviluppo e nel funzionamento di soluzioni di IA "rischia di violare il diritto alla riservatezza delle informazioni sanitarie. Inoltre, l'ampia serie di dati rappresenta un obiettivo significativo per i cyberattacchi. Lo sviluppo di soluzioni di IA deve ridurre al minimo i danni che possono derivare dall'uso, dall'abuso e dal mancato utilizzo dei dati".

**È necessario un coordinamento transfrontaliero e intersettoriale per ottimizzare i benefici dell'IA in ambito sanitario e mitigarne i rischi.** "È necessario sostenere l'armonizzazione delle politiche e l'adeguamento della legislazione per l'IA, come ad esempio consentire regole coerenti per l'accesso ai dati sanitari personali e la loro pseudonimizzazione che protegga le persone e consenta l'uso di dati protetti a fini di ricerca sulle malattie rare o di monitoraggio per la salute pubblica. È necessario agire con urgenza. Ci vorranno tempo, leadership, volontà, sforzi e investimenti per ottenere e sostenere i benefici dell'IA in campo sanitario. I decisori politici dovrebbero modellare in modo proattivo l'evoluzione dell'IA nei sistemi sanitari, in modo da generare benefici equi in termini di salute, nel rispetto dei diritti. In caso contrario, c'è il rischio che soluzioni di IA frammentate si radichino portando a iniquità, costi eccessivi e benefici non ottimali".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120155](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120155)



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1707821434.pdf>

quotidianosanita.it

## Il vocabolario antropomorfo delle intelligenze artificiali

**Lucio Romano**, Medico Chirurgo e Docente di Bioetica, Componente Commissione Scientifica Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (CIRB)

*Il linguaggio suggestivo utilizzato per descrivere le Intelligenze Artificiali (IA) e i suoi effetti rileva realismo tecnologico. Un vocabolario antropomorfo che non distingue confini tra ciò che è umano e ciò che descrivere sistemi artificiali. Sono attribuiti termini come intelligenza, comprensione, apprendimento, allucinazione, coscienza... Vale a dire che si antropomorfizzano le macchine, creando un ponte semantico, una similitudine tra l'umano e l'artificiale*

**06 FEB -**

*Il linguaggio suggestivo utilizzato per descrivere le Intelligenze Artificiali (IA) e i suoi effetti rileva realismo tecnologico. Un vocabolario antropomorfo che non distingue confini tra ciò che è umano e ciò che descrivere sistemi artificiali. Sono attribuiti termini come intelligenza, comprensione, apprendimento, allucinazione, coscienza... Vale a dire che si antropomorfizzano le macchine, creando un ponte semantico, una similitudine tra l'umano e l'artificiale.*

*Un linguaggio metaforico, secondo Remo Bodei, quando parliamo di intelligenza, coscienza, emozioni o lavoro delle macchine. Attribuendo loro qualità di cui sono prive. Il tipo di λόγος, di coscienza o di autocoscienza di cui sono dotate è costituito da algoritmi, sequenze di comandi. L'idea di copiare il funzionamento del cervello e della mente umana attraverso l'IA al di fuori del contesto delle relazioni, dell'ambiente e della cultura in cui ciascuno è immerso, ha condotto a delle semplificazioni e a degli errori di valutazione fuorvianti.*

*Ne conseguono sostanziali questioni filosofiche ed etico-sociali.*

*Mentre si estendono sempre più gli orizzonti delle IA, è fondamentale mantenere una consapevolezza critica. Essenziale riconoscere i limiti delle metafore linguistiche quando si applicano a entità artificiali, poiché si possono creare ingannevoli analogie con le capacità umane. Attribuendo a macchine le capacità proprie di soggetti-agenti in grado di assumere decisioni in modo consapevole.*

*Prendiamo ad esempio alcuni termini, tra i tanti di un vocabolario suggestivo, come "comprensione artificiale", "apprendimento" e "allucinazione".*

La “comprensione artificiale” (significando la capacità di un sistema di interpretare e riconoscere informazioni in modo simile a un essere umano) andrebbe oltre la mera elaborazione di dati.

Ovvero la tendenza all'antropomorfizzazione porta a considerare la comprensione artificiale come un equivalente della comprensione umana. Interrogativo: la macchina comprende veramente o è una simulazione sofisticata basata su algoritmi e modelli di apprendimento automatico?

La distinzione tra comprensione umana (intrecciata tra libero arbitrio e coscienza) e comprensione artificiale (correlazione meccanica, inconscia, automatica tra input e output ancorata ai dati e agli algoritmi) segna la differenza. Mentre gli algoritmi e i modelli di machine learning possono elaborare un'enormità di dati in tempi rapidissimi, manca loro consapevolezza e intenzionalità.

La comprensione artificiale apre a domande ineludibili sulla natura della conoscenza e della coscienza. Si sollevano pressanti interrogativi sulla possibilità di creare macchine con simulazioni sempre più raffinate e sofisticate di processi cognitivi umani. Così per quanto riguarda le implicazioni etiche quando consideriamo le responsabilità.

Un elemento chiave della comprensione artificiale è un “apprendimento” continuo e automatico.

Ecco altro esempio di linguaggio antropomorfo conferito alle macchine. Il termine apprendimento suggerirebbe un processo simile a quello umano, ma occorre distinguere tra apprendimento artificiale ed esperienza personale propria dell'apprendimento umano.

Le macchine apprendono ottimizzando parametri e adattandosi ai dati forniti.

Ma questo processo manca dell'esperienza personale data da emozioni, consapevolezza, contesti sociali. Nell'apprendimento artificiale non si rileva la dimensione della soggettività umana “con” significato morale, dato dalla ponderazione consapevole delle circostanze e dalla capacità di discernere gli effetti.

“Allucinazione” è altro termine dal richiamo chiaramente antropomorfo mutuato dall'ambito biomedico. Un fenomeno attribuito a stati patologici di competenza psichiatrica.

Ebbene, il termine allucinazione è ormai trasmigrato nel lessico comune delle IA e usato correntemente quando sistemi di IA generative basate su Large Language Models (LLM) – come ChatGPT, Bing, Bard, ecc. – collegano, interpretano erroneamente i dati e producono informazioni errate. Più dettagliatamente, imprecisioni, errori o vere e proprie invenzioni, per quanto verosimiglianti.

Appunto, il verosimile senza distinguere il vero dal falso. Secondo analisi probabilistica, sulla base di un'enorme mole di dati, i LLM sono addestrati a prevedere la parola successiva.

Ma senza poter comprendere la differenza tra ciò che è corretto e ciò che è sbagliato. E poi il c.d. bias controfattuale, ovvero la tendenza a considerare vera una premessa fattuale errata.

Recente la pubblicazione di uno [studio](#) dello Stanford REGLab e dell'Institute for Human-Centered AI in cui si dimostra una incidenza dal 69% all'88% di allucinazioni nell'applicazione di LLM in campo giuridico.

Le cause delle allucinazioni nell'IA possono essere varie e complesse. Una delle ragioni principali è la sensibilità degli LLM ai dati di addestramento o la presenza di pattern che possono fuorviare l'algoritmo.

Dati (input) ambigui o non rappresentativi possono generare risposte (output) erronee (allucinate) che riflettono interpretazioni distorte della realtà con significative implicazioni etiche e di sicurezza. Sono errori a volte così grossolani da essere immediatamente evidenti.

Tuttavia, l'incessante progresso nell'addestramento di LLM (es.: apprendimento rinforzato con feedback umano) comporterà una costante riduzione delle allucinazioni più grossolane per formare modelli generativi più affidabili.

Tuttavia, indipendentemente dal fatto che i problemi delle allucinazioni siano adeguatamente affrontati, gli utenti dovrebbero essere consapevoli dello spettro di capacità e limiti delle IA generative. L'uso cauto e il controllo attento dei fatti sono più importanti che mai.

Il problema è epistemologico.

La nuova domanda, sottolinea [Luca De Biase](#) in Nòva, è: qual è il valore della conoscenza comunicata dalle IA? Se la macchina per la comunicazione verosimile si maschera da conoscenza documentata della realtà, c'è il rischio che possa generare non un'ondata di entusiasmo, ma uno tsunami di illusioni.

E poi, di chi la responsabilità degli effetti conseguenti alle allucinazioni delle IA generative?

Nella consapevolezza dei limiti in grado di generare rapidamente quantità diverse e rilevanti di disinformazione convincente, si accredita l'urgente necessità di un governo ovvero di una regolamentazione.

Accanto ai progressi, i rischi emergenti stanno diventando sempre più evidenti. In una molteplicità di settori (non ultimo quello biomedico, segnalato da [Jama Internal Medicine](#)) trasparenza, sorveglianza e regolamentazione possono fungere da preziosi riferimenti per la gestione dei rischi e la salvaguardia della salute pubblica.

Certo, possiamo dire che la ricorrenza nell'uso di un linguaggio antropomorfizzato non è altro che il prevedibile sviluppo dell'originaria attribuzione sostantiva di “intelligenza” ad “artificiale”, in cui vanno a sfumarsi i confini tra naturale e artificiale. Fino ad essere indistinguibili.

Da qui la necessità, ove sia ancora possibile realizzarlo, di riprendere un linguaggio di senso.

Che ci dovrebbe far dire, ad esempio, che la macchina, per quanto definita intelligente, guarda (con gli occhi della telecamera) ma non vede; ascolta (con le orecchie dei microfoni) ma non sente.

È automatica nell'apprendimento (machine learning, deep learning, reti neurali artificiali, ...) ma non è autonoma.

Perché il vedere e il sentire, a differenza del guardare e dell'ascoltare, coinvolgono un'assunzione di consapevolezza o di coscienza che trasformano chi guarda e ascolta in colui che comprende. I dati (input) e gli algoritmi, invece, elaborano delle risposte (output) senza una spiegazione di senso. Generano contenuti simili a quelli umani, come nel caso di IA generative, sulla base di un mero metodo probabilistico.

È il congedo dagli scenari umanistici? E' l'interrogativo che pone Umberto Galimberti. “

E' la logica lineare tipica delle macchine che, prescindendo dall'individuo come soggetto e da tutti i suoi aspetti di vita individuale, lo sostituisce con un profilo dei suoi comportamenti, dei suoi interessi e dei suoi atti.

E tutto ciò senza una vera consapevolezza, anzi con la persuasione che la decisione sia ancora nelle loro mani, perché in fondo sono loro ad aver deciso di farsi guidare da altri.

Avvertire la distanza che esiste tra il mondo-della-vita e il mondo digitale non significa delegittimare l'intelligenza artificiale, ma non smarrire la singolarità e la specificità che caratterizza ogni vita umana e in generale tutto ciò che di essa non è traducibile in un algoritmo.”

L'attribuzione ai sistemi di IA di proprietà umane attraverso l'uso di un vocabolario antropomorfo porta inevitabilmente a una visione riduzionista o materialista, come rileva il filosofo Evandro Agazzi in “Dimostrare l'esistenza dell'uomo”.

L'uso dell'aggettivo intelligente alla macchina provoca la domanda filosofica: se la macchina pensa come l'uomo, l'uomo pensa come la macchina?

Sembrano derivarne due conseguenze possibili: o si ammette che anche la (nuova) macchina possa compiere operazioni in quanto dotata di un potere immateriale, come il pensiero; oppure si deve ammettere che, se una macchina materiale sa fare cose intelligenti, allora anche nel caso dell'uomo non è necessario ammettere un principio immateriale per fare tali cose.

In entrambi i casi si avrebbe una riduzione dell'uomo a un livello strettamente naturalistico (se ne perde la specificità rispetto al mondo naturale). Nel secondo caso si avrebbe anche una connotazione esplicitamente materialista. In sintesi, potremmo dire che l'assegnazione di categorie lessicali propriamente umane alle macchine significa una delega suggestiva, o inquietante se si vuole.

Non solo semantica ma essenzialmente concettuale che accompagnerà inevitabilmente l'evoluzione dei sistemi di IA. Insomma, un nuovo lessico antropomorfo con una nuova narrazione?

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=120003](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120003)

## **Economia e sanità**

### **la Repubblica**

## **Draghi: “L'Europa ha bisogno di enormi investimenti. Urgente capire come finanziarli”**

### **Redazione Economia**

L'ex presidente del Consiglio italiano ed ex presidente della Bce – che lavora al rapporto sulla competitività dell'Ue – è alla riunione informale dell'Ecofin a Gald: “Necessario mobilitare anche il risparmio privato”. Gentiloni: siamo in buone mani

ROMA – “Come tutti sappiamo, negli ultimi anni si sono verificati molti cambiamenti profondi nell'ordine economico globale. Questi cambiamenti hanno avuto diverse conseguenze. Una di queste è chiara: in Europa dovremo investire una somma enorme in un tempo relativamente breve”.

Lo dice l'ex presidente della Bce ed ex premier, Mario Draghi, al suo arrivo alla riunione informale dell'Ecofin a Gand.

“E non vedo l'ora di iniziare questa discussione per sapere che cosa pensano i ministri delle Finanze e cosa stanno preparando su come finanziare queste esigenze di investimento”.

“Qui non mi riferisco solo al denaro pubblico, ma anche al risparmio privato. Come verrebbero mobilitati questi risparmi privati in misura molto maggiore rispetto al passato”.

“Siamo qui - continua Draghi – per un primo scambio con diverse parti interessate per la preparazione del rapporto sulla competitività dell'Europa”.

*“Contributo rilevante”*

*Ecco Paolo Gentiloni, commissario europeo all'Economia: "Sapete che oggi avremo anche un'interessantissima occasione per discutere con Mario Draghi del lavoro che sta portando avanti per la sua relazione sulla competitività europea”.*

*“Sono sicuro che siamo in buone mani. La nostra discussione oggi, e soprattutto quando presenterà la sua relazione, rappresenta un contributo rilevante”.*

*Il vice presidente della Commissione europea, Valdis Dombrovskis, aggiunge: “Sarà importante identificare i fattori che influenzano la nostra competitività, perché questa possa prolungarsi a lungo termine”.*

[https://www.repubblica.it/economia/2024/02/24/news/draghi\\_leuropa\\_ha\\_bisogno\\_di\\_enormi\\_investimenti\\_urgente\\_capire\\_come\\_finanziarli-422196513/?ref=RHLF-BG-P11-S1-T1](https://www.repubblica.it/economia/2024/02/24/news/draghi_leuropa_ha_bisogno_di_enormi_investimenti_urgente_capire_come_finanziarli-422196513/?ref=RHLF-BG-P11-S1-T1)



## **Nota sulla congiuntura di febbraio 2024**

- *L'economia globale è fragile e instabile, a causa delle tensioni geopolitiche*
- *La fase ciclica dell'economia italiana è debole, ma in graduale recupero a fine 2023*
- *L'occupazione sostiene i redditi mentre resta moderata la dinamica retributiva*
- *L'UPB stima un PIL in aumento dello 0,8 per cento nel 2024 e dell'1,1 nel 2025*
- *Dopo la decisa flessione in autunno, l'inflazione è in lieve ma temporanea risalita*
- *Le previsioni per l'Italia sono esposte a molteplici incertezze, i rischi sono orientati al ribasso*

2 febbraio 2024 | Con la Nota sulla congiuntura di febbraio l'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB) aggiorna le previsioni macroeconomiche nel periodo 2023-25. La stima dell'UPB sulla variazione annuale del **PIL si attesta allo 0,8 per cento per il 2024 e all'1,1 per cento per il 2025**. Continua il trend di **riassorbimento dell'inflazione** e di **tenuta del mercato del lavoro**.

Le previsioni dell'UPB sono lievemente peggiorate rispetto a quelle formulate in ottobre per la validazione del quadro macroeconomico della NADEF.

Le revisioni sono prevalentemente ascrivibili al deterioramento del contesto internazionale (conflitti in Medio Oriente e andamenti sfavorevoli di rilevanti partner commerciali, come la Germania).

Il quadro macroeconomico è dunque soggetto a diversi rischi, complessivamente orientati al ribasso.

### **Il contesto internazionale tra tensioni geopolitiche e contrasto all'inflazione**

#### **Ripercussioni globali dal conflitto in Medio Oriente**

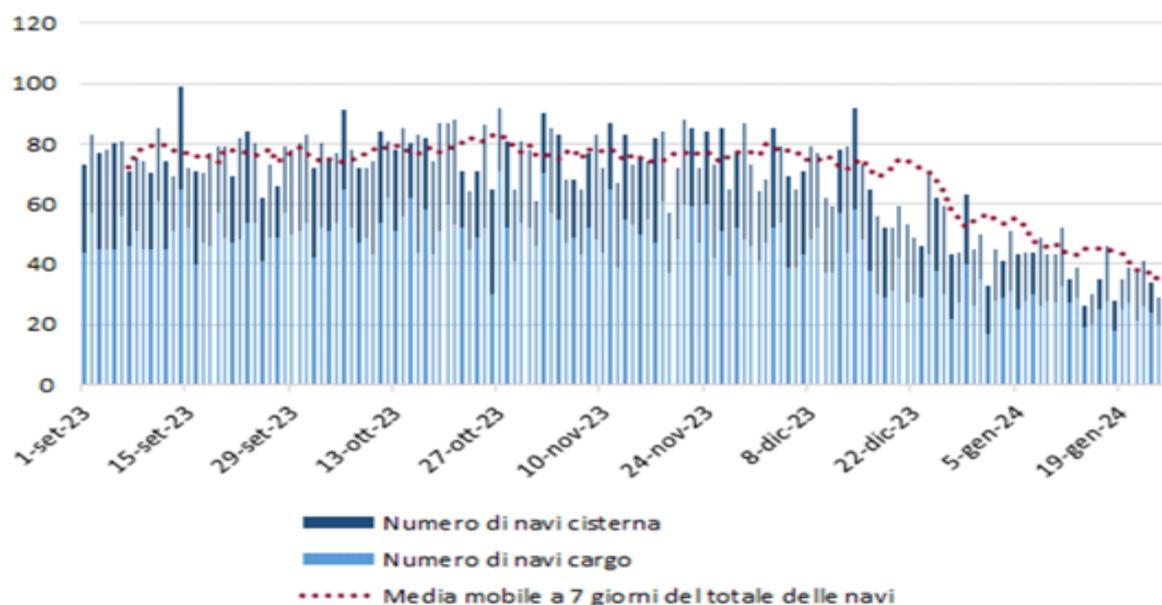
Nuovi elementi di squilibrio nel contesto economico globale si sono susseguiti tra l'autunno del 2023 e l'inizio del 2024. Il conflitto tra Israele e le milizie di Hamas genera tensioni, in tutta l'area mediorientale. Gli attacchi alle navi mercantili nel Mar Rosso hanno ridotto il traffico merci sul Canale di Suez (fig. 1) e i costi dei trasporti potrebbero aumentare. Le forti tensioni nella regione mediorientale non hanno finora inciso sui prezzi delle materie prime energetiche, tuttavia i nuovi fattori di rischio pesano sulle prospettive di allentamento della politica monetaria per quest'anno.

#### **L'inflazione ha superato il picco su entrambe le sponde dell'Atlantico**

Le politiche monetarie aggressive di contrasto all'inflazione del 2023 hanno ottenuto rilevanti risultati, favoriti anche dal rientro delle quotazioni delle materie prime. Al deciso calo sia nell'area euro (al 2,8 per cento in gennaio) sia negli Stati Uniti (al 3,4 per cento in dicembre), si affianca però la maggiore vischiosità dell'inflazione di fondo. Le aspettative sull'inflazione appaiono relativamente stabili, nell'intervallo compreso tra il 2,0 e il 2,5 per cento.

Il rientro dell'inflazione e le attese di riduzione dei tassi di riferimento nell'area dell'euro hanno favorito il calo dei rendimenti sui titoli decennali. Per il debito sovrano emesso dall'Italia vi è stato un lieve recupero della fiducia, per cui si è ridotto anche lo spread tra i rendimenti dei BTP e dei Bund.

**Fig. 1** – Navi in transito nel Mar Rosso attraverso lo stretto di Bab el-Mandeb

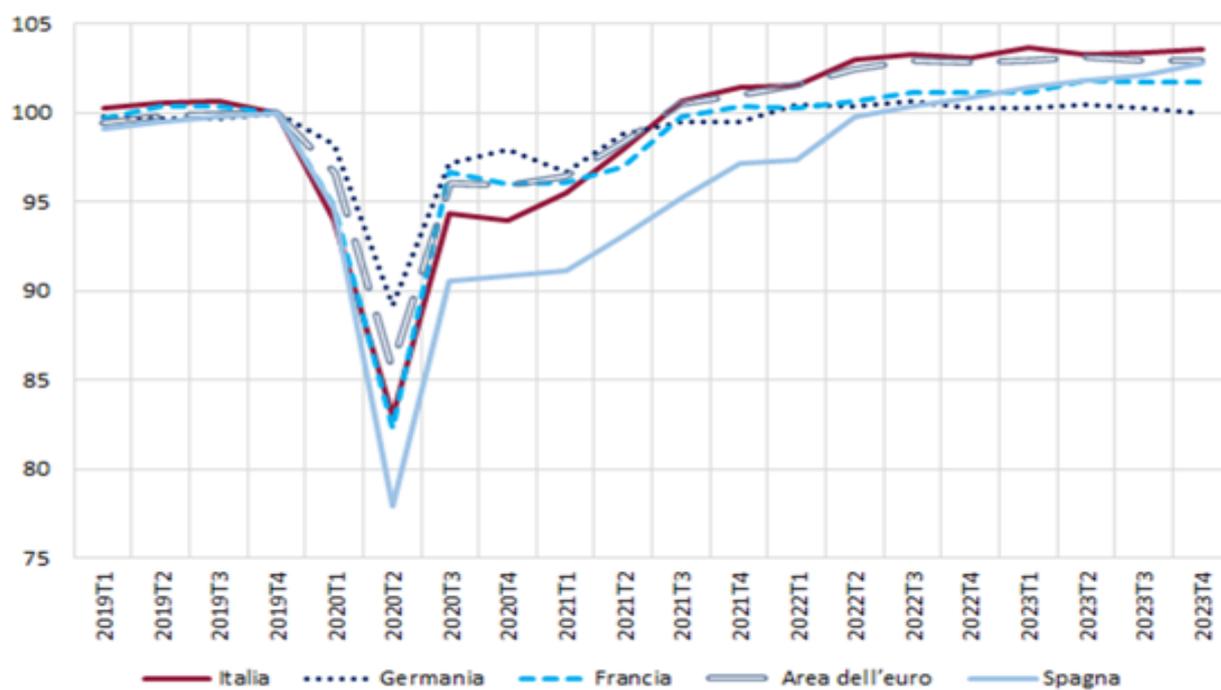


Fonte: PortWatch – Fondo monetario internazionale.

**Scenario Italia nel 2023: crescita moderata, lievemente superiore a quella dell'area dell'euro**

Dal terzo trimestre del 2022 l'economia italiana è risultata complessivamente debole, registrando una variazione congiunturale del PIL di appena un decimo di punto nella media dei sei trimestri. L'incremento rispetto ai livelli di attività precedenti allo scoppio della pandemia è comunque maggiore in Italia, nel confronto con la Germania e la Francia (fig. 2).

**Fig. 2** – PIL dell'area dell'euro e delle sue quattro maggiori economie (numeri indice, 2019T4 = 100)



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat.

Nell'insieme del 2023, sulla base dei conti trimestrali, il PIL è aumentato dello 0,7 per cento; la crescita calcolata sui dati annuali (che verrà diffusa dall'Istat il primo marzo) potrebbe essere appena inferiore.

### **Le spese delle famiglie e delle imprese sono caute; l'export risente dell'indebolimento degli scambi globali**

La spesa delle famiglie è tornata a crescere nel terzo trimestre, grazie all'aumento dell'occupazione e quindi del potere di acquisto. L'incremento dei redditi nominali è stato però eroso dal rialzo dei prezzi e gli orientamenti delle famiglie italiane restano improntati alla cautela.

La spesa per investimenti è risultata incostante e poco dinamica lo scorso anno. Le imprese manifatturiere segnalano condizioni di credito e di liquidità ancora tese nel quarto trimestre, ma in miglioramento. Secondo le inchieste congiunturali le imprese prefigurano una moderata espansione degli investimenti nell'anno in corso.

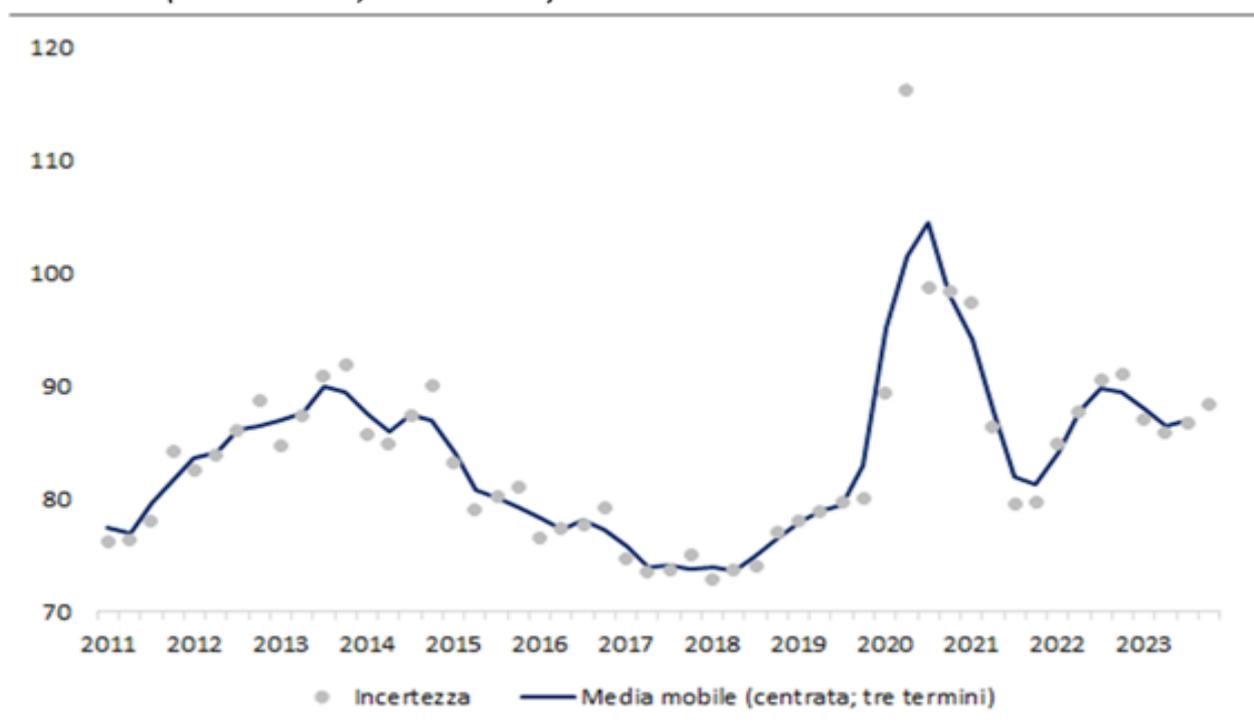
Dopo la marcata contrazione nel primo semestre del 2022, ascrivibile alla decelerazione del commercio mondiale, le esportazioni hanno recuperato nel trimestre estivo. Secondo i dati al momento disponibili, la variazione delle esportazioni acquisita per il 2023 è stata comunque meno negativa rispetto a quella della Germania e dell'area dell'euro.

### **Gli andamenti settoriali sono eterogenei, aumenta l'incertezza di famiglie e imprese**

Gli indicatori settoriali recenti delineano una dinamica congiunturale complessivamente debole, a fronte di marcate differenze settoriali: l'industria si contrae, il terziario tiene e l'edilizia recupera velocemente negli ultimi mesi del 2023.

L'incertezza di famiglie e imprese, rilevata dall'indicatore dell'UPB (fig. 3), ha segnato un incremento marcato nella parte finale dello scorso anno, trainato da entrambe le componenti.

**Fig. 3 – Indice di incertezza dell'UPB**  
(numero indice, 1993T1 = 100)



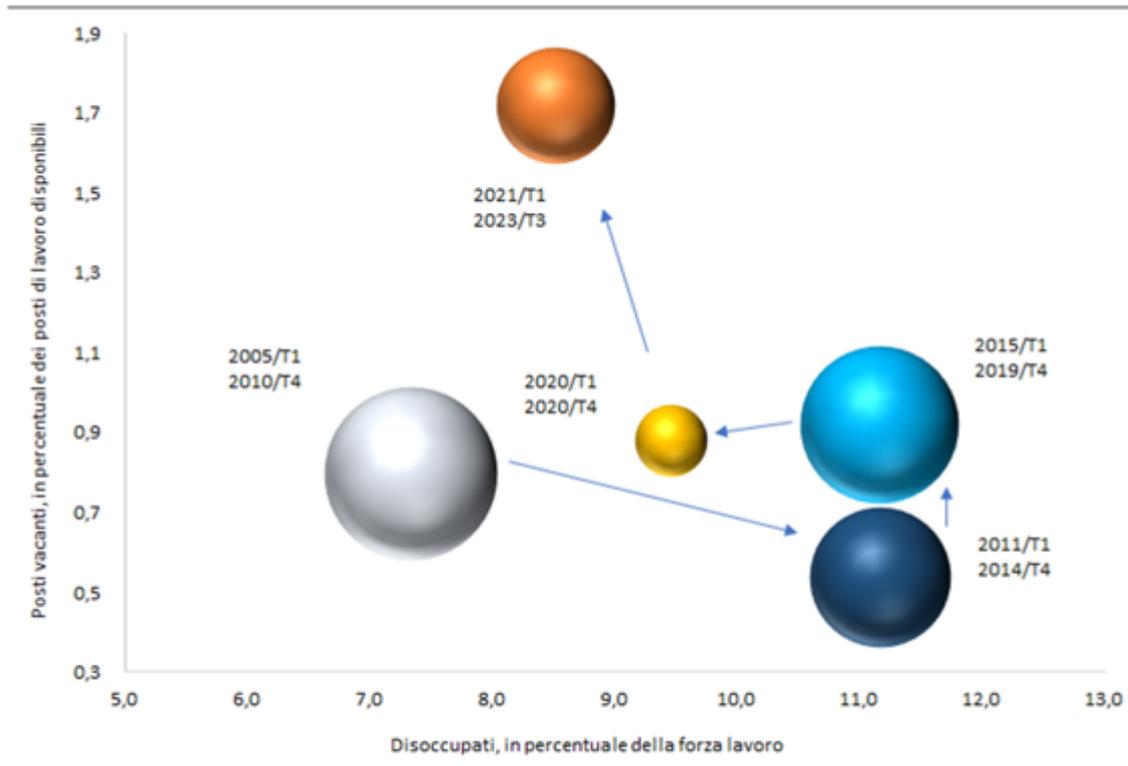
Fonte: elaborazioni su dati Istat.

### **Flette il tasso di disoccupazione e la crescita salariale si intensifica moderatamente**

L'occupazione è aumentata dell'1,9 per cento nel 2023, trainata dalla componente a tempo indeterminato, contro il ridimensionamento di quella a termine. Il tasso di occupazione (15-64 anni) ha raggiunto in dicembre quasi il 62 per cento, il valore più elevato dall'inizio della rilevazione. Nell'ultimo trimestre dell'anno il tasso di disoccupazione si è ridotto lievemente, al 7,4 per cento; nello stesso periodo lo squilibrio tra domanda e offerta di lavoro è rimasto elevato (fig. 4).

L'aumento delle retribuzioni contrattuali orarie si è intensificato nel trimestre estivo (3,0 per cento su base tendenziale). Secondo le proiezioni effettuate dall'Istat, tenendo conto delle disposizioni contenute nei **contratti in vigore fino allo scorso dicembre, le retribuzioni contrattuali aumenterebbero comunque in misura contenuta quest'anno** (al 2,3 per cento in media nel primo semestre).

**Fig. 4** – Tasso di disoccupazione e posti vacanti (1)  
(valori percentuali medi)



Fonte: elaborazione su dati Istat.

(1) La dimensione delle sfere è proporzionale al numero di trimestri in ciascun sotto-periodo, quindi indica l'ampiezza del periodo rappresentato.

### **L'inflazione rientra ma resta l'incognita dell'energia**

Anche in Italia le spinte inflazionistiche si vanno attenuando e le dinamiche salariali non delineano una rincorsa salari-prezzi, in quanto le aspettative si normalizzano.

Il 2023 è stato un anno di rientro dell'inflazione (5,7 per cento indice NIC), sulla scia della componente energetica, diventata deflattiva in autunno. Tuttavia, i prezzi dei beni alimentari e dei servizi hanno accelerato, inducendo un trascinarsi sul 2024 non trascurabile. L'inflazione di fondo è invece aumentata nel 2023 (5,1 per cento), così come quella riferita al carrello della spesa, che ha raggiunto un valore molto elevato nel confronto storico (9,5 per cento), con un impatto assai rilevante sui bilanci delle famiglie con minori redditi.

L'anno corrente si confronta con un 2023 nel quale i rincari erano stati rapidi, per cui nel periodo invernale c'è un effetto base sfavorevole, che dovrebbe portare a un temporaneo rialzo dell'inflazione nel primo trimestre rispetto ai valori dello scorso autunno.

### **Le previsioni macroeconomiche per l'economia italiana per il 2023-25**

Per il 2023 si stima una crescita dell'attività economica italiana dello 0,6 per cento (tab. 1), rispetto allo 0,7 per cento desumibile dalle serie trimestrali. Per l'anno corrente si prevede una lieve accelerazione del PIL, allo 0,8 per cento; dopo un primo trimestre ancora debole, a causa delle persistenti tensioni globali, la crescita dovrebbe rafforzarsi gradualmente, beneficiando della minore inflazione e dell'accelerazione della domanda estera. Nel 2025 la dinamica del PIL dovrebbe consolidarsi all'1,1 per cento, ipotizzando un miglioramento graduale del contesto geopolitico ed economico internazionale e l'avvio della normalizzazione della politica monetaria dalla metà di quest'anno (tab. 1).

Le previsioni si basano sull'ipotesi della completa attuazione dei programmi di investimento del PNRR e sull'attesa che le tensioni geopolitiche nell'area mediorientale si diradino nel breve termine.

**Tab. 1 – Previsioni dell'economia italiana (1)**

	2022	2023	2024	2025
<b>ESOGENE INTERNAZIONALI</b>				
Commercio internazionale	5,1	0,8	2,1	4,5
Prezzo del petrolio (Brent, dollari per barile)	101,0	82,5	76,6	73,3
Cambio dollaro/euro	1,05	1,08	1,11	1,12
Prezzo del gas naturale (TTF, euro/MWh)	132,0	41,5	31,0	33,2
<b>QUADRO ITALIANO</b>				
PIL	3,7	0,6	0,8	1,1
Importazioni beni e servizi	12,4	0,1	2,3	4,1
Consumi finali nazionali	3,9	0,9	1,1	1,0
- Consumi famiglie e ISP	5,0	1,3	1,3	1,4
- Spesa della PA	0,7	-0,4	0,5	-0,1
Investimenti	9,7	0,2	-0,3	1,3
Esportazioni beni e servizi	9,9	0,1	2,1	3,9
<b>CONTRIBUTI ALLA CRESCITA DEL PIL</b>				
Esportazioni nette	-0,5	0,0	0,0	0,0
Scorte	-0,8	-0,1	0,0	0,0
Domanda nazionale al netto scorte	5,0	0,7	0,8	1,1
<b>PREZZI E CRESCITA NOMINALE</b>				
Deflatore importazioni	21,4	-4,9	-2,3	2,0
Deflatore esportazioni	11,0	1,9	1,9	2,7
Deflatore consumi	7,3	5,0	1,9	2,0
Deflatore PIL	3,0	4,3	3,2	2,1
PIL nominale	6,8	5,0	4,0	3,2
<b>MERCATO DEL LAVORO</b>				
Costo del lavoro per dipendente	3,2	3,0	3,4	3,0
Occupazione (ULA)	3,5	1,2	0,9	1,0
Tasso di disoccupazione	8,1	7,6	7,5	7,4

(1) Variazioni percentuali, salvo per i contributi alla crescita del PIL (punti percentuali), il tasso di disoccupazione (percentuale), il tasso di cambio e il prezzo del petrolio (livelli). Per effetto degli arrotondamenti sui tassi di crescita, alla prima cifra decimale, la somma delle variazioni delle quantità in volume e dei relativi deflatori può non coincidere con le dinamiche nominali.

### **Modeste revisioni rispetto alle previsioni di ottobre. I rischi sono orientati al ribasso**

Nel confronto con il quadro macroeconomico formulato dall'UPB in ottobre, in occasione dell'esercizio di validazione delle previsioni della NADEF 2023, la minore crescita del PIL (due decimi di punto nella media del 2024-25) ha riflesso il deterioramento delle ipotesi sul commercio internazionale e il lieve apprezzamento del tasso di cambio.

Le prospettive dell'economia italiana sono esposte a molteplici rischi, complessivamente sfavorevoli. Le fonti di incertezza sono prevalentemente di natura esogena in quanto provengono da fattori internazionali, in particolare geopolitici (guerra in Ucraina e Medio Oriente), che potrebbero frenare il commercio globale. Il robusto recupero degli scambi internazionali per il 2024 è però essenziale per concretizzare l'accelerazione del PIL italiano nel biennio di previsione.

Riguardo agli effetti delle tensioni sui prezzi, secondo uno scenario costruito con il modello econometrico MeMo-It, gli aumenti dei costi di trasporto causati dagli attacchi nel Mar Rosso potrebbero incidere sui prezzi al consumo in Italia, per un paio di decimi di punto percentuale in un orizzonte biennale.

Nel complesso, la flessione dell'inflazione rappresenta un pilastro chiave del quadro macroeconomico e l'evoluzione dei prezzi quest'anno dipenderà molto da variabili esterne, quali i costi delle materie prime. Inoltre, come già segnalato dall'UPB, sussistono criticità legate all'utilizzo efficiente dei fondi europei del programma Next Generation EU (NGEU) da parte dell'Italia. Vi sono, infine, fattori d'incertezza sulle politiche monetarie e la riforma della governance dei conti pubblici nella UE, in particolare per le tempistiche dei prossimi sviluppi.

<https://www.upbilancio.it/nota-sulla-congiuntura-di-febbraio-2024/>



## Sondaggio congiunturale sulle imprese industriali e dei servizi

### Banca d'Italia: sondaggio congiunturale imprese e servizi

Secondo Bankitalia il sentiment delle imprese dell'industria e dei servizi non finanziari con almeno 20 dipendenti è, nel complesso, positivo ma, rispetto al 2022, rallentano tutte, la manifattura per prima.

FONTE: [BANCA D'ITALIA](#)

06/11/2023

*I giudizi delle imprese dell'industria in senso stretto e dei servizi non finanziari con almeno 20 addetti sulle vendite nei primi nove mesi del 2023 sono nel complesso positivi, ma segnalano un rallentamento rispetto allo scorso anno, soprattutto nella manifattura. Per i prossimi sei mesi la crescita del fatturato proseguirebbe a un ritmo analogo a quello osservato nel complesso dei primi nove mesi dell'anno.*

*La dinamica dell'occupazione rimarrebbe positiva: le ore lavorate per addetto nei primi nove mesi del 2023 sono aumentate e continuerebbero a crescere nei successivi sei; vi si assocerebbe un complessivo incremento della compagine nell'anno in corso.*

*Le condizioni di indebitamento sono nettamente peggiorate, riflettendo l'aumento dei tassi di interesse; la domanda di prestiti bancari ha lievemente rallentato, la liquidità rimarrebbe adeguata a coprire le necessità operative delle imprese.*

*Le imprese hanno confermato per il 2023 i piani di investimento formulati alla fine dello scorso anno, che programmavano una contrazione per l'industria in senso stretto e un'espansione per i servizi.*

*Per il 2024 in tutti i settori le imprese prevedono una crescita degli investimenti.*

*In linea con le attese di un anno fa, nel 2023 si è ulteriormente rafforzata l'attività del settore delle costruzioni, anche grazie alle misure di sostegno alla ristrutturazione del patrimonio edilizio. Ne hanno beneficiato l'occupazione e la redditività. Per il 2024 le imprese si attendono un'ulteriore espansione dell'edilizia pubblica e privata.*

#### I principali andamenti secondo le imprese (1) (quote percentuali)

	2022		2023	
	negativa/o	positiva/o	negativa/o	positiva/o
<b>Industria in senso stretto e servizi non finanziari</b>				
Variazione del fatturato (2)	14,8	62,3	24,8	49,6
Variazione del fatturato atteso (3)	15,5	43,4	16,8	39,3
Scostamento degli investimenti rispetto ai programmi	18,4	18,9	14,7	20,4
Variazione dell'occupazione (4)	18,6	36,5	16,4	37,3
Risultato d'esercizio (5)	12,9	75,6	9,8	80,5
<b>Costruzioni</b>				
Variazione della produzione (4)	16,9	45,0	12,0	49,9
Variazione dell'occupazione (4)	13,7	38,3	12,1	37,3
Risultato d'esercizio (5)	8,7	79,7	2,8	87,8

(1) Valori ponderati per il numero di addetti. – (2) Primi nove mesi dell'anno sullo stesso periodo dell'anno precedente. – (3) Dopo sei mesi rispetto al momento dell'intervista. – (4) Nel complesso dell'anno rispetto al precedente. – (5) Quota di imprese per le quali il risultato d'esercizio è in perdita o in utile.



Inizio 2024 con nuove tensioni e rischi, dopo un fine 2023 con buoni segnali, soprattutto nei servizi. Inflazione bassa in Italia, non ancora in Europa, e tassi attesi in calo, ma per ora il credito è più caro. Investimenti meno negativi, ma consumi incerti, mentre cresce il lavoro. Servizi in risalita, ma nell'industria un brusco calo e prospettive incerte per l'export italiano di beni. Nell'Eurozona ritmi divergenti, negli USA qualche segnale di frenata, mentre va bene la Cina.

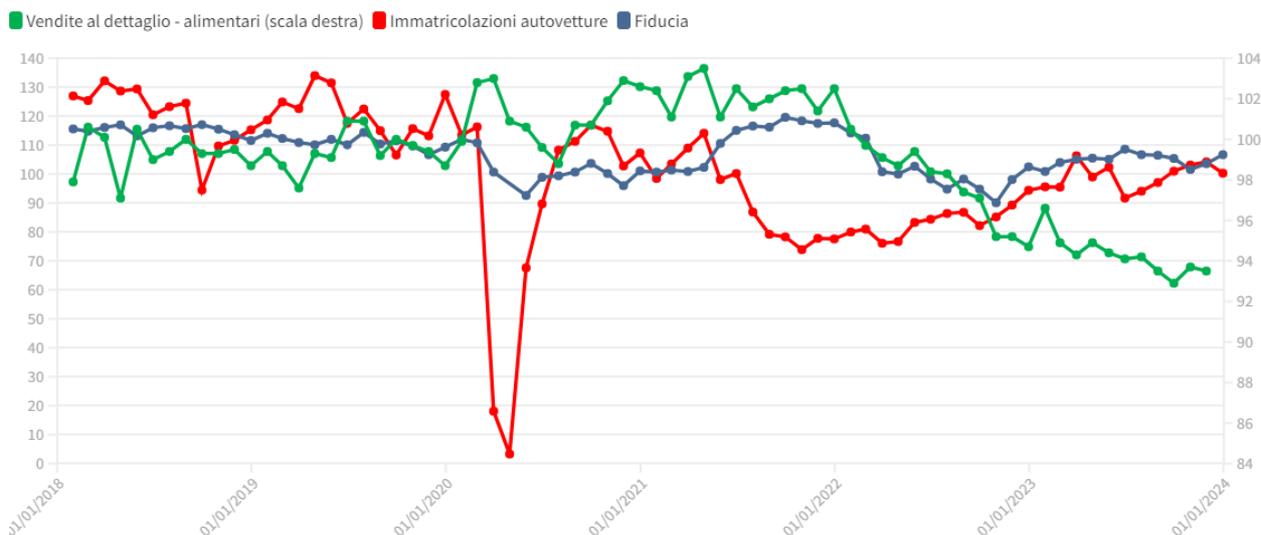
## L'economia italiana e internazionale in breve

- **Nuovi rischi.** Il 2024 si è aperto con ulteriori rischi per i flussi commerciali, dovuti alla forte riduzione dei transiti nel canale di Suez per gli attacchi del gruppo yemenita degli Houthi. I prezzi di gas e petrolio non ne hanno risentito finora, ma restano alti: a gennaio 31 €/mwh e 78 \$/barile. A fine 2023 il PIL italiano potrebbe essere andato meglio dell'atteso: ripartiti servizi e costruzioni, ma l'industria resta debole; inflazione ai minimi, solo in Italia. I tassi quindi potrebbero rimanere alti ancora per alcuni mesi.
- **Inflazione bassa in Italia, non ancora in Europa.** L'inflazione italiana è scesa ancora a dicembre (+0,6% annuo, da +0,7%). È balzata, invece, in Germania (+3,8% da +2,3%) e Francia (+4,1% da +3,9%), tanto che nella media Eurozona è risalita al +2,9% (da +2,4%). Il divario è spiegato soprattutto dalle diverse traiettorie dei prezzi energetici, che ora calano molto di più in Italia (-24,7%) che in Europa (-6,7%), a causa di un "effetto base" avverso in Germania (dove il Governo li aveva frenati molto a dicembre 2022). Contano anche i prezzi core di beni e servizi, che proseguono ovunque la frenata, ma in Italia sono già tornati appena sotto il +3,0%, mentre nell'Area mantengono un maggior ritmo (+3,4%).
- **Tassi attesi in calo.** I tassi sovrani non hanno risentito delle riforme riguardanti l'Europa (accordo sul Patto di Stabilità, mancata ratifica del MES): il BTP italiano a gennaio è stabile a 3,63%, il Bund a 2,14%; lo spread si mantiene a 149 punti. Ciò riflette le attese al ribasso sui tassi delle banche centrali: i mercati si aspettano il tasso FED ancora fermo a fine gennaio (5,50%) e il primo taglio a marzo; anche nell'Eurozona si attendono tassi BCE fermi questo mese (4,50%) e un taglio a marzo-aprile. Il recente aumento dell'inflazione non ha quindi intaccato l'ottimismo dei mercati, ma può frenare le mosse BCE.
- **Credito più caro.** A novembre ennesimo aumento del costo del credito per le imprese italiane (5,59% in media). Viceversa, per il secondo mese si attenua la caduta dei prestiti (-4,8% annuo, da un minimo di -6,7% a settembre), sebbene il credito rimanga un fattore di freno per investimenti e consumi.
- **Investimenti meno negativi.** I dati qualitativi segnalano una dinamica meno sfavorevole nel 4° trimestre, dopo il calo nel 3°: migliorano le condizioni per investire che rimangono però negative (-20,9% da -31,0%) e la previsione sulla spesa in beni di capitale (16,0%, da 11,1%); la domanda gioca poco a favore. A dicembre, però, cala la fiducia delle imprese del settore.
- **Consumi incerti.** Dopo un 3° trimestre robusto, segnali misti sui consumi nel 4°. Le vendite al dettaglio hanno recuperato a ottobre-novembre (+0,6%), ma quelle di beni alimentari sono deboli; a dicembre la fiducia delle famiglie è risalita, ICC segna un +0,5% annuo, ma le vendite di auto hanno frenato (-3,7%).
- **Cresce il lavoro.** Si conferma la dinamica positiva del mercato del lavoro: +450mila occupati a novembre da fine 2022. La crescita a ottobre-novembre (+122mila) è interamente ascrivibile ai lavoratori a tempo indeterminato (+0,9%, +143mila); calano determinato (-0,3%) e indipendenti (-0,3%).
- **Servizi in risalita.** A ottobre e novembre RTT (CSC-TeamSystem) indica un recupero dell'attività nei servizi e a dicembre, secondo l'HCOB PMI, la flessione è stata quasi annullata (49,8, da 49,5), un dato coerente con il forte rimbalzo della fiducia delle imprese a fine anno, specie quelle del turismo.
- **Industria: brusco calo.** A novembre la produzione ha subito un'altra forte flessione (-1,5%; -3,1% tendenziale); l'aumento di fatturato segnalato da RTT è spiegato da un ampio decumulo di scorte. Nel 4° trimestre, la variazione acquisita della produzione è di -1,1%. L'HCOB PMI un po' risalito (45,3 da 44,4) anticipa un dicembre in miglioramento, ma la fiducia delle imprese ha continuato il trend decrescente. E a inizio 2024 il "blocco" di Suez (se prolungato) può peggiorare lo scenario.
- **Eurozona: ritmi divergenti.** Il calo della produzione industriale a novembre (-0,3%), terzo consecutivo, nasconde dinamiche differenziate: Italia e Germania (-0,3%) soffrono, positiva la performance di Spagna (+1,1%) e Francia (+0,5%). La debolezza della manifattura indica una dinamica dell'Eurozona molto debole nel 4° trimestre, dato che anche i servizi sono in contrazione (PMI a dicembre a 48,8).
- **USA in frenata?** A novembre (+0,2%) e dicembre (+0,1%) la produzione industriale ha recuperato poco, dopo il calo di ottobre (-0,8%), determinando un 4° trimestre negativo (-0,8%). E a dicembre sono scesi l'indice dei Direttori degli acquisti di Chicago e il PMI manifattura (47,9 da 49,4), solo l'ISM è migliorato. Ma i posti di lavoro sono tornati a crescere a ritmi alti (494mila nel 4° trimestre), sostenendo i consumi.
- **Bene la Cina.** L'economia accelera nel 4° trimestre, sopra le attese, soprattutto per il miglioramento dei consumi. A novembre la produzione industriale ha segnato la crescita più alta del 2023 (+6,6% annuo),

trainata dalle auto (+20,7%); gli indicatori puntano su un ulteriore balzo a dicembre. Le attese per il 2024 restano prudenti, coerenti con assunzioni da parte delle imprese in calo da quattro mesi.

### Consumi: auto in frenata, ancora deboli gli alimentari

(Italia, indice 2015 = 100, indice 2010 = 100, destag.)



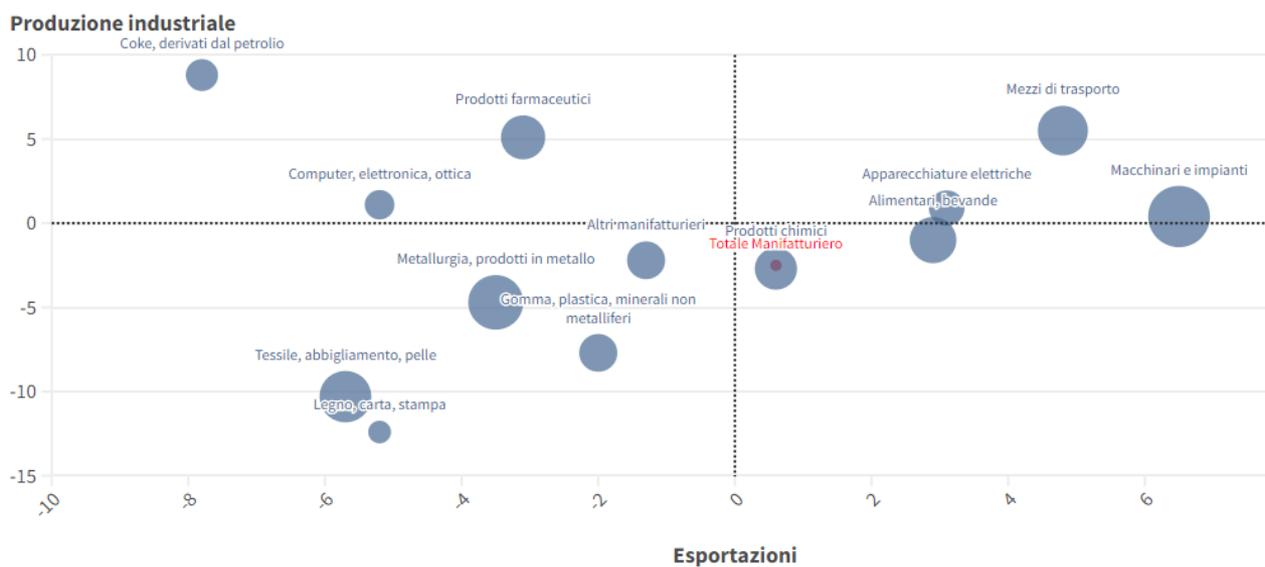
### Focus del mese - Prospettive incerte per l'export italiano di beni

- **Meno export...** L'export di prodotti italiani si è ridotto nel 2023 (-1,4% nei primi undici mesi, rispetto allo stesso periodo del 2022, a prezzi costanti), in un quadro di profonda debolezza della domanda mondiale di beni (-2,2% gli scambi nei primi dieci mesi).
- **... ma segnali di miglioramento a fine anno.** Nel 4° trimestre, l'export italiano è stimato in recupero (+1,5% in ottobre-novembre sul 3°), seppure con una dinamica mensile altalenante. Nel manifatturiero, le vendite all'estero si sono attestate su livelli superiori rispetto a ottobre-novembre 2022 (+0,6%). Una dinamica migliore di quella registrata dalla produzione manifatturiera italiana (-2,5%), che è stata frenata anche da una debole domanda interna di beni.
- **Alta variabilità settoriale...** Export e produzione italiane sono in espansione in settori centrali, fortemente integrati nelle catene globali del valore, come i mezzi di trasporto (anche grazie alla ripartenza dell'automotive), i macchinari e impianti, gli apparecchi elettrici. Hanno aumentato la produzione, pur in presenza di un calo dell'export, il comparto dei prodotti petroliferi, il farmaceutico (che aveva registrato un boom dell'export con l'emergenza sanitaria) e i prodotti elettronici. Sono in generale calo, invece, i settori energy intensive (come legno e carta, metallurgia e prodotti in metallo, minerali non metalliferi), maggiormente penalizzati dall'energia ancora cara nel 2023. In media, comunque, i comparti che hanno registrato risultati migliori all'estero mostrano una dinamica più favorevole della produzione industriale (e viceversa), confermando l'importanza della domanda estera come attivatore della manifattura italiana, e come cartina di tornasole della sua competitività rispetto agli altri paesi.
- **... e per mercati di sbocco.** Le dinamiche dell'export italiano sono molto eterogenee anche per mercati di destinazione, a causa di forze economiche, tecnologiche e geopolitiche, che agiscono in modo disomogeneo e anche distorsivo, spingendo verso una riconfigurazione delle filiere produttive italiane all'estero, soprattutto nei prodotti "strategici". Sono aumentate le connessioni con gli USA, sia come mercato di destinazione (primo extra-UE) che di fornitura. È fortemente diminuita, invece, la quota cinese in Italia, in particolare nei prodotti elettronici e ICT; tuttavia, hanno registrato un boom gli acquisti di autoveicoli cinesi (+165% nei primi undici mesi del 2023), mentre si sono dimezzate le rispettive vendite italiane in Cina. Gli acquisti dalla Russia sono risultati decimati (-85%), con il sostanziale blocco delle forniture di petrolio e gas. Le filiere farmaceutiche si sono in parte spostate dal Belgio (grande hub europeo) verso Svizzera, Paesi Bassi, USA.
- **Prospettive per il 2024 non rassicuranti.** L'intensificarsi degli attacchi del gruppo yemenita Houthi alle navi di trasporto marittimo all'ingresso del Mar Rosso ha comportato una sospensione del transito nel Canale di Suez da parte delle maggiori compagnie di spedizioni internazionali (MSC, Maersk, CMA CGM, Hapag-Lloyd, seguite da compagnie petrolifere come British Petroleum e Frontline), che hanno deviato le rotte a sud del Capo di Buona Speranza (circa 10 giorni di navigazione in più). A metà gennaio, il traffico di navi nel mar Rosso si è più che dimezzato (-55% rispetto al 4° trimestre 2023; dati Redsea Kiel institute) e il costo di trasporto dei container dall'Asia all'Europa è aumentato del 92% (Shanghai Containerized Freight index).
- **Rotte marine cruciali.** Il 90% del volume degli scambi globali avviene via mare; di questo, prima di tale crisi, il 12% transitava per il Canale di Suez. Per l'Italia, il 54% degli scambi è via nave, di cui il 40% tramite Suez;

soprattutto, via mare transita più del 90% dei flussi italiani con i principali paesi a est del Mar Rosso (in Asia e parte del Medio Oriente). Potenzialmente esposti sono: gli scambi di petrolio e gas (da Kuwait, Qatar, EAU, Iraq; parte del petrolio dell'Arabia Saudita è invece imbarcato a nord dello Yemen), quelli di beni elettronici e apparecchi elettrici (oltre la metà dell'import extra-UE viene dalla Cina), quelli di prodotti in pelle (quasi un terzo viene dalla Cina), quelli di macchinari (soprattutto in uscita verso i principali paesi asiatici). L'impatto economico del crollo del trasporto marittimo attraverso il Canale di Suez è fortemente condizionato alla sua persistenza: più è prolungato, maggiori saranno gli effetti negativi sul commercio estero italiano e globale.

## Export e produzione dei settori manifatturieri in ordine sparso

(Italia, dati in volume, ottobre-novembre 2023, var. % tendenziali)



<https://www.confindustria.it/home/centro-studi/temi-di-ricerca/congiuntura-e-previsioni/dettaglio/congiuntura-flash-gennaio-2024>

# CORRIERE DELLA SERA

## 2024: la partita a scacchi sull'economia europea

**Fabio Masini**

E così stiamo per entrare nel 2024. Con la spensieratezza di chi viaggia col vento in poppa, tanto da potersi permettere di ratificare un nuovo **Patto di Stabilità e Crescita** che ci penalizza (ma solo dalla prossima legislatura) e da negare la ratifica del MES, che intendeva semplicemente rafforzare la capacità dell'eurozona di resistere collegialmente in caso di crisi bancarie.

Sia chiaro, la riforma del **Patto di Stabilità e Crescita** è migliorativa rispetto al testo del vecchio **Patto**, sospeso nel 2020. Per onestà, occorre dire che ci voleva poco ad essere migliorativo rispetto ad un testo varato nel 1997, per assicurare che nessun Paese potesse mettere a repentaglio con scelte di bilancio nazionali scellerate il progetto di moneta unica che ancora doveva nascere.

Ma l'Europa è cresciuta. O almeno dovrebbe esserlo. Rispetto a quando è stato scritto il Patto abbiamo una moneta unica, un sistema di governance economica (perverso ed inefficiente, ma) che costringe a prendere atto delle straordinarie interdipendenze che caratterizzano le nostre economie, e che dovrebbero essere gestite da autorità sovranazionali, non da autorità nazionali vincolate da regole stringenti e indicatori spesso incomprensibili.

Ci sarebbe bisogno, lo afferma da anni l'ex presidente della BCE Mario Draghi, di una forma statutale d'Europa. Magari anche solo federale e decentrata, ma in grado di imporre le sue scelte sovrane e strategiche collegiali, non frammentate in 27 risibili e spesso incoerenti scelte di governi legati all'ottenimento di un consenso occasionale su base nazionale.

Col nuovo Patto, se qualcuno pensava ancora che avesse un senso, sia per il mezzo miliardo dei propri cittadini sia per gli equilibri mondiali, un'Europa capace di investimenti strategici collettivi in settori chiave dell'industria, dell'agricoltura, dell'innovazione tecnologica e digitale, nella ricerca, nelle reti infrastrutturali, nella sicurezza, etc... beh: si metta l'animo in pace e si prepari a trasferirsi altrove, a meno di non specializzarsi nella gestione dei servizi connessi al turismo culturale, unica risorsa non sostituibile sulla quale l'Europa è destinata a rimanere internazionalmente competitiva.

Perché il nuovo Patto rafforza i poteri discrezionali delle istituzioni europee, un buon segno; ma si appella ancora a regole fiscali vincolanti senza consentire davvero, se non in forma indiretta, di finanziare quei beni pubblici europei sul bilancio europeo che consentirebbero all'Europa di rafforzarsi davvero come attore globale. Se in Europa siamo tutti contenti di questa deriva, abbiamo fatto benissimo a concepire il **Patto di**

**Stabilità e Crescita 2.0** così come è uscito dal recente accordo. Che, come al solito, è il risultato di compromessi derivanti da scelte collettive assunte all'unanimità, non di una visione strategica unitaria di cosa serve all'Europa per sostenere il peso di una competizione internazionale con attori economicamente e politicamente (ma anche militarmente) estremamente agguerriti.

E rischia di ampliare i divari, consentendo ancora una volta spazi di manovra fiscale espansivi ai soli Paesi con minor debito pubblico, dimenticando che le interdipendenze economiche sfortunatamente finiscono per penalizzare l'Europa nel suo complesso, così come è avvenuto con l'errata politica dell'austerità dal 2010. Senza prefigurare alcun meccanismo non dico redistributivo (sia mai!) ma di crescita collegiale. Magari per finanziare, indipendentemente dai bilanci nazionali coi loro problemi di debito pubblico accumulati in decenni di storie politiche ed economiche nazionali, una comune politica di sicurezza e difesa e le grandi transizioni che abbiamo di fronte: quella digitale, con il crescente dominio dell'intelligenza artificiale; e quella verde, con la necessità di azioni di mitigazione e prevenzione dei cambiamenti climatici e di finanziamento d'investimenti in rinnovabili.

Sulla vicenda MES, affrontata sulla nostra testata fino alla nausea, vale la pena ricordare solo che la riforma prevedeva di fatto un'unica importante modifica dello statuto: la possibilità di fungere da fondo di garanzia per le risoluzioni bancarie. Ci ritroviamo insomma con una società posseduta dai governi dell'eurozona, il MES, con un capitale smisurato di oltre 700 miliardi di euro, destinata a rimanere inattiva, anche in caso di crisi bancarie. La maggioranza di governo avrà fatto sicuramente i suoi conti per una scelta così inutilmente penalizzante.

Speriamo solo non sia stata dettata dalla necessità di mantenere un legame con una base elettorale alla quale per anni è stato detto che il MES era Satana in persona, semplicemente perché aveva consentito alla Grecia di essere riammessa ai mercati internazionali del credito chiedendo in contropartita misure gravi di austerità (ma che sarebbero state analoghe e forse peggiori se fosse intervenuto il solo **Fondo Monetario Internazionale**). E che invece sia dettata da una ben più ampia e ponderata strategia di lungo periodo sulla natura del MES, che effettivamente andrebbe ripensato.

Magari nella direzione di diventare un vero e proprio **Fondo Monetario Europeo**, un **safety net** finanziario regionale nel quadro di una riforma complessiva del **Fondo Monetario Internazionale** che evolva verso un sistema multipolare di supervisione macroeconomica e risoluzione delle crisi. O verso uno strumento al servizio della crescita, che richiederebbe tuttavia una revisione del suo attuale statuto.

Non so perché mi viene a mente una vignetta, nella quale Charlie Brown gioca a scacchi con Snoopy. Snoopy pare meditare su una mossa e Charlie Brown si chiede cosa possa avere in mente, considerandolo estremamente intelligente e subdolo. Ma Snoopy, semplicemente, non ricorda se sta giocando con i bianchi o con i neri...

## Harvard Business Review

ITALIA

### Cosa aspettarsi dall'economia globale nel 2024

Walter Frick

Gennaio 2024

Chiuso il 2023, l'economia globale sta andando, per molti versi, meglio del previsto. Gli Stati Uniti non solo hanno evitato la recessione, ma hanno registrato una crescita costante. La disoccupazione è stata bassa e, cosa fondamentale, l'inflazione è in calo nella maggior parte del mondo. Eppure, le prospettive economiche rimangono profondamente incerte. Tassi d'interesse più elevati continuano a prevalere nel sistema economico, le guerre stanno devastando il mondo e i disastri climatici sono sempre più frequenti. Le prospettive di crescita quinquennale dell'economia globale non sono mai state così negative.

La situazione macroeconomica nel 2024 rimarrà difficile e incerta, ma ci sono temi e questioni chiave che ogni imprenditore dovrebbe tenere d'occhio in vista del prossimo anno. Sebbene questa analisi si concentri sull'economia statunitense, molte di queste domande si applicano a gran parte del mondo.

#### L'inflazione è stata domata?

Nel giugno del 2022, l'indice dei prezzi al consumo degli Stati Uniti ha raggiunto un picco di poco superiore al 9% rispetto all'anno precedente. Da allora è diminuito drasticamente: a novembre era solo del 3,1%, non lontano dall'obiettivo dichiarato della Fed del 2%.

L'inflazione è stata quindi domata? L'ipotesi ottimistica parte dai prezzi degli affitti, che rappresentano una quota importante della spesa delle famiglie. Questi stanno aumentando molto meno rapidamente, ma richiede molto tempo per essere evidenziato nelle statistiche sull'inflazione perché la maggior parte degli affittuari statunitensi sottoscrive contratti di locazione annuali. Quando un numero maggiore di contratti di locazione verrà rinnovato – e i loro prezzi rimarranno invariati o aumenteranno solo in misura modesta – il CPI potrebbe diminuire ulteriormente. Secondo questo modo di pensare, l'inflazione è quasi al punto giusto, c'è solo un ritardo nei dati.

Nonostante le notizie migliori sugli affitti, secondo Matthew Klein, analista economico e autore della newsletter **The Overshoot**, l'inflazione non è ancora a buon punto. "La maggior parte degli aumenti eccessivi dei prezzi nel 2021-2022 sono stati attribuiti a eventi a tantum associati alla pandemia, alla conseguente risposta e all'invasione dell'Ucraina da parte della Russia. L'impatto di queste perturbazioni ha raggiunto il picco a metà del 2022 e da allora si è attenuato", afferma Klein. Tuttavia, "l'inflazione complessiva rimane un po' più veloce rispetto a prima della pandemia, perché i salari e la spesa (in dollari) stanno entrambi aumentando un po' più velocemente di prima. Se la spesa nominale al dettaglio cresce del 7% all'anno, è difficile che l'inflazione si mantenga al 2% all'anno per molto tempo".

La Federal Reserve chiude l'anno con una nota abbastanza ottimistica, non solo mantenendo i tassi d'interesse fermi, ma segnalando la possibilità di più tagli dei tassi nel 2024. Tuttavia, questo percorso non è preordinato e le cose potrebbero ancora andare male, secondo Mihir Desai, professore di finanza alla Harvard Business School e co-conduttore del podcast **After Hours**. "In assenza di una significativa recessione economica, la discesa finale verso un'inflazione del 2% sarà più lunga e con più zigzag e buche di quanto si pensi", afferma Desai. "Come dice il proverbio, il miglio più lungo è l'ultimo verso casa".

In Europa, dove la guerra in Ucraina ha avuto un impatto più drammatico sui prezzi dell'energia, la Banca Centrale Europea e la Banca d'Inghilterra rimangono un po' più prudenti nelle loro dichiarazioni.

#### È finito il periodo di un mercato del lavoro favorevole?

Uno dei maggiori dibattiti degli ultimi due anni è stato se la disoccupazione dovesse aumentare per far scendere l'inflazione. Fortunatamente, non è stato necessario un significativo aumento.

“Questo è ancora uno dei periodi migliori nella storia degli Stati Uniti per cercare un lavoro”, afferma Klein. “La percentuale di persone in età lavorativa è vicina al massimo storico, anche se ancora al di sotto del picco della fine degli anni Novanta. La percentuale di persone che lavorano part-time quando preferirebbero lavorare a tempo pieno è ai minimi storici”.

Il mercato del lavoro si sta raffreddando, almeno leggermente. Secondo LinkedIn, il numero di nuove assunzioni è diminuito significativamente nell'ultimo anno e anche il numero di posti di lavoro aperti per ogni lavoratore disoccupato è diminuito. Finora, però, il tasso di disoccupazione statunitense è ancora relativamente basso. E, come ha sostenuto **The Economist**, le prospettive a lungo termine per i lavoratori negli Stati Uniti e in Europa sembrano solide.

### **I mercati finanziari sono in grado di gestire tassi di interesse più elevati?**

A marzo, la FDIC ha rilevato la Silicon Valley Bank dopo che questa aveva subito una classica corsa agli sportelli. La causa? L'aumento dei tassi di interesse ha reso meno ricco il suo portafoglio di obbligazioni, minacciandone il bilancio e spaventandone i clienti. Poco dopo sono fallite anche Signature Bank e First Republic. L'aumento dei tassi di interesse si è fatto strada nell'economia, intaccando i bilanci degli obbligazionisti e aumentando il costo dei mutui. Questo potrebbe destabilizzare i mercati finanziari l'anno prossimo?

“Tutti gli impatti che ci si aspetterebbe dall'aumento dei tassi di interesse si verificheranno (e si stanno verificando), ma più lentamente rispetto alle aspettative”, afferma Desai. “Non si tratta di un arresto improvviso, ma di un arresto progressivo dell'economia, forse una morte per mille tagli. Questo processo di rallentamento sarà meno dirompente o riconoscibile nell'immediato, ma più duraturo e difficile da gestire, dato il limitato spazio fiscale e monetario a disposizione dei responsabili politici”.

I fallimenti aziendali sono aumentati notevolmente quest'anno negli Stati Uniti, ma sono ancora ben al di sotto dei massimi del periodo della grande crisi finanziaria.

“Molte aziende sono esposte al debito a tasso variabile e a un certo punto potrebbero sentirsi sotto pressione. Ci sono storie di alcuni leveraged buyout in difficoltà”, afferma Klein. Ma le esperienze di Australia, Canada, Europa e Regno Unito – altre economie ricche che hanno molti più prestiti a breve termine di noi – suggeriscono che una forte crescita può rendere tollerabile un aumento dei costi degli interessi”. Anche se per alcuni ci sarà da soffrire, l'impatto economico complessivo potrebbe non essere così grande”.

### **Altri temi da tenere d'occhio nel 2024**

Alla domanda su cos'altro sta osservando, Klein risponde:

La Cina è un grande jolly. Molti si aspettavano che la fine del “Covid Zero” quest'anno avrebbe portato a un'impennata dei consumi e a una forte salita dei prezzi del petrolio, che erano stati tenuti bassi dalle restrizioni ai viaggi della Cina. Non è andata così, in parte a causa di problemi strutturali di lunga data che Michael Pettis e io abbiamo spiegato nel nostro libro **Trade Wars Are Class Wars**, e anche perché il Governo sembra determinato a continuare a spremere il settore immobiliare.

Ora sembra che si stia cercando di passare a investimenti in livelli di capacità produttiva che avrebbero senso solo se la Cina diventasse un esportatore dominante in categorie in cui, fino a poco tempo fa, non competeva a livello internazionale. Il modo in cui ciò si verificherà e come influenzerà le altre principali economie sarà molto importante e ha il potenziale per essere estremamente dirompente.

<https://www.hbritalia.it/homepage/2024/01/19/news/cosa-aspettarsi-dalleconomia-globale-nel-2024-15779/>

## Sette questioni per l'economia del 2024: il Pil crescerà, ma l'inflazione non mollerà la presa

I risultati del sondaggio curato dal Gei, l'associazione degli economisti d'impresa, con cui si è misurato il sentiment della business community in Italia. Restano forti le incognite: dall'instabilità geopolitica al Pnrr, dalle guerre in corso al Mes. Incideranno, a livello continentale, le elezioni europee.

**Giampaolo Vitali**

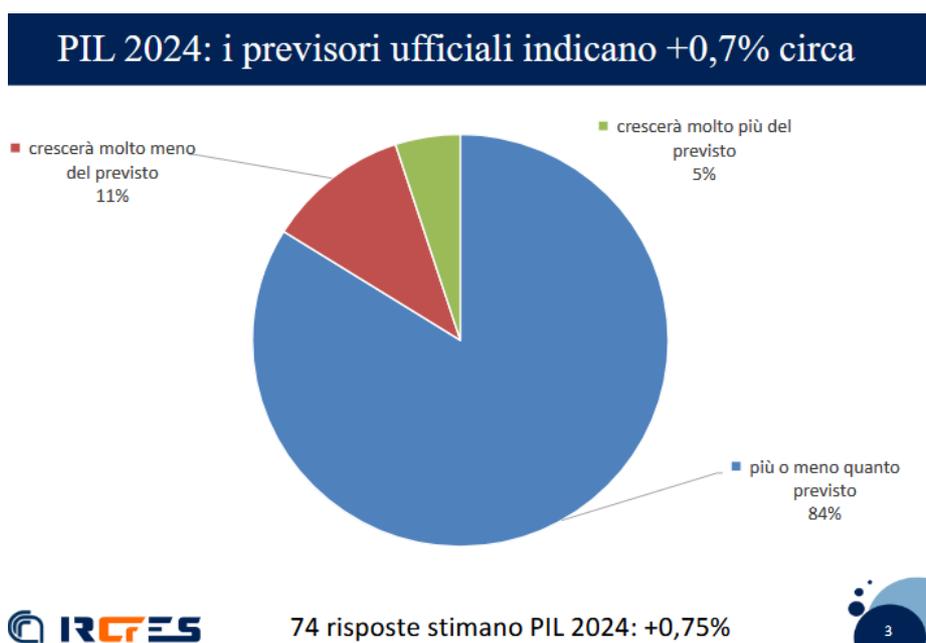
Diamo uno sguardo sull'economia del 2024, un futuro ormai molto vicino, utilizzando gli occhi degli economisti d'impresa, una comunità di esperti specializzati nel leggere i dati e le informazioni dell'economia, nell'interpretarli e nell'individuare scenari lungo i quali si muovono le determinanti delle principali variabili economico-sociali.

L'occasione arriva con i risultati di un [sondaggio](#) che il **GEI**, l'associazione italiana degli economisti di impresa, ha promosso ai propri soci e ai visitatori del sito [gei.it](#).

Si tratta di sette domande molto dirette, a cui hanno risposto un centinaio di **practitioners**, ricercatori, studiosi che nella quotidianità lavorativa leggono e interpretano i segnali deboli che arrivano dai mercati, dal comportamento delle imprese, dalle scelte dei policy maker.

1- La prima domanda affrontata nel sondaggio riguarda la **crescita nel 2024 del prodotto interno lordo italiano**, che viene prevista abbastanza debole dalle istituzioni e dai **think tank** internazionali, con un'indicazione che approssima lo 0,6 o lo 0,7% di crescita rispetto al 2023. Più dell'80% della comunità GEI si ritrova in questa previsione, con solo un 5% più ottimista, che ne ipotizza una crescita più dinamica, e un 10% più pessimista che prevede un PIL molto più basso, pensiamo noi prossimo allo zero.

Sull'indicazione puntuale della previsione, la media delle indicazioni singole raggiunge lo 0,75%, è si mostra quindi perfettamente coerente con il **mainstream thinking** previsivo.

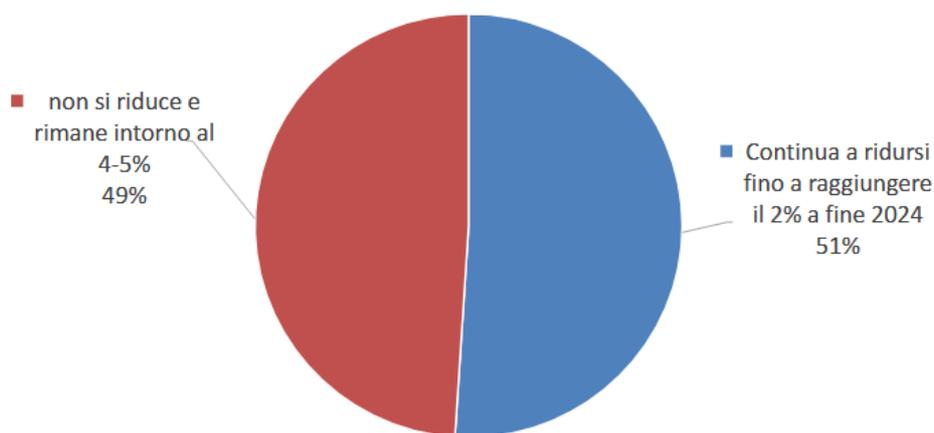


2- Il problema maggiore che l'economia sta affrontando è sicuramente la **lotta all'inflazione** che la Banca Centrale Europea conduce utilizzando lo strumento tradizionale dell'aumento dei tassi di interesse e la

modifica di quegli strumenti convenzionali che, come il **quantitative easing**, erano stati utilizzati in precedenza per favorire invece un maggior afflusso di moneta nel sistema.

I risultati dell'intervento della banca centrale europea incominciano a vedersi, anche se l'obiettivo ufficiale del 2% è ancora molto lontano. A questo riguardo, solo la metà degli intervistati stima che questo obiettivo sarà raggiunto a fine 2024 o magari nei primi mesi del 2025, mentre l'altra metà è più pessimista e ipotizza addirittura che lo zoccolo duro dell'inflazione europea non scenderà sotto il 3-4% per i prossimi anni.

## Aspettative inflazione dicembre 2024



3- Strettamente collegato all'aspetto inflattivo è l'**evoluzione dei tassi di interesse**, che rappresenta il più importante oggetto dell'attuale dibattito tra gli economisti. In questo caso, più dei tre quarti dei partecipanti sono ottimisti e ritengono (e in parte sperano) che i tassi abbiano raggiunto il picco, un livello che potrebbe anche rimanere stabile per alcuni mesi del 2024 ma che comunque scenderà presto grazie al raffreddamento dell'economia causato dalla crescita dei tassi.

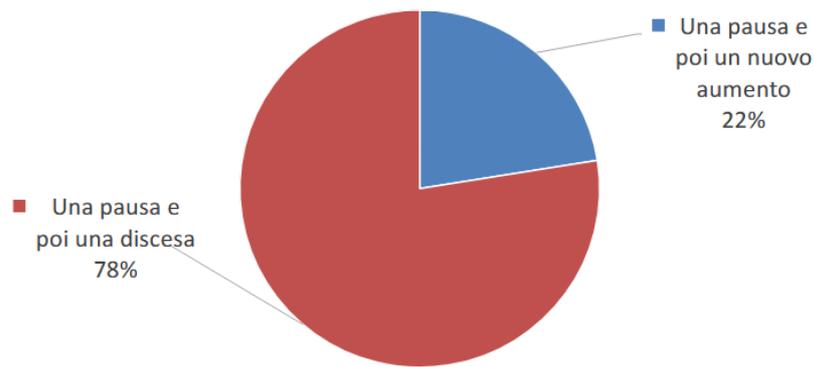
E' un'ipotesi ottimistica che si associa all'idea che ci sarà un **soft landing** della congiuntura, ma senza alcuna recessione significativa. Al contrario, un quinto delle risposte è invece pessimista (o forse semplicemente realista) e ipotizza un ulteriore (forse solo lieve) aumento dei tassi.

Probabilmente si tratta di un'affermazione che lega a doppio filo le scelte della FED statunitense - con gli Stati Uniti che mostrano ancora un'economia molto vivace nonostante gli aumenti dei tassi - alle scelte della BCE, il cui principale e unico obiettivo è proprio la stabilità dei prezzi.

Forse queste previsioni non tengono conto del disaccoppiamento presente tra le due economie dal 2022, e soprattutto dal 2023, causato dai diversi effetti delle due guerre attuali, ai confini dell'Europa e lontane dalle Americhe.

Ricordiamo come la guerra in Ucraina abbia lasciato un segno pesantemente negativo sull'economia europea, e soprattutto su quelle tedesca, il paese più dipendente dall'acquisto di energia dalla Russia e quello più legato alla distensione dei rapporti Est-Ovest, grazie alle notevoli esportazioni in Cina.

## Aspettative tassi BCE

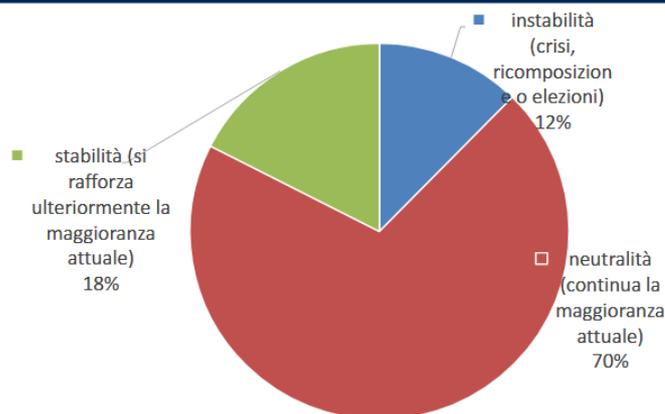


4- I legami tra ciclo elettorale e politica economica sono molto stretti, ma le **prossime elezioni del Parlamento europeo** di giugno 2024 hanno anche un impatto più ampio, che comprende le grandi scelte compiute dall'attuale Commissione europea, come il Green New Deal e il NGEU (Next Generation EU), e i risvolti sulla tenuta o sul rafforzamento dei singoli governi nazionali. In questo caso, anche l'Italia potrebbe essere al centro dell'impatto che l'elezione di giugno può avere sulla nostra maggioranza governativa.

Più dei 2/3 degli economisti interpellati confermano la forza strutturale del governo, che passerà indenne nella vivace campagna elettorale della prossima primavera, mentre solo un 12% ipotizza che invece la maggioranza possa traballare, con una ricomposizione interna dei rapporti di forza, o addirittura con una crisi politica. Addirittura, un 17% del totale stima che le cose per il governo andranno ancora meglio, e che si rafforzerà ulteriormente con le prossime elezioni europee.

Questa ipotesi è probabilmente legata al fatto che il voto nazionale premierà questa maggioranza, o che il voto europeo, premiando partiti di destra, favorirà indirettamente la dialettica del governo con Bruxelles.

## Impatto elezioni UE su Governo



5- Un elemento che negli ultimi mesi è stato al centro del dibattito sul futuro prossimo dell'economia italiana è rappresentato dalla **forza che il PNRR può avere nell'aumentare la crescita del PIL**, ma anche nel migliorare strutturalmente la produttività totale dei fattori, produttività che nel caso italiano viene considerata troppo bassa rispetto ai nostri principali concorrenti.

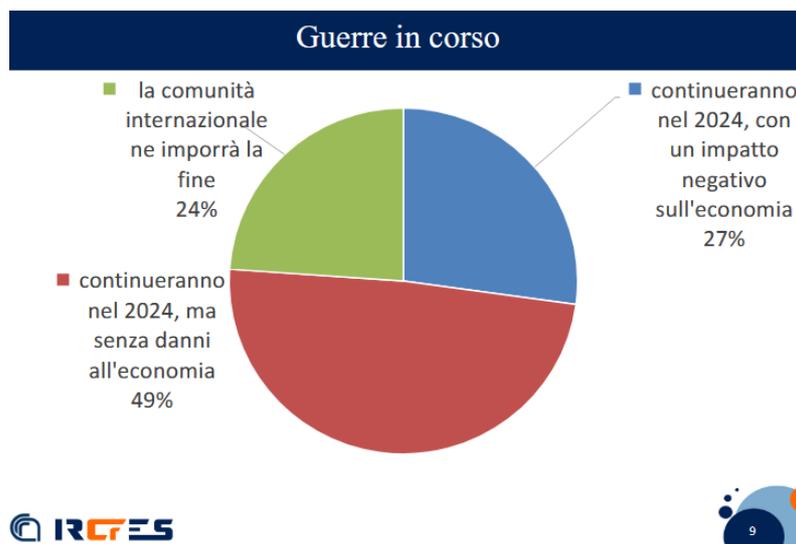
L'aspettativa che il PNRR rappresenti una svolta sostanziale per l'economia italiana viene ipotizzata tale solo da 1/5 degli economisti, in quanto più dei 2/3 ritengono che darà un apporto positivo, ma dagli effetti minimi. Addirittura un 10% è veramente pessimista, sostenendo che avrà un impatto negativo in termini di inflazione e mancato completamento dei progetti.

6- Un altro aspetto politico che ha un grande impatto sull'economia è l'oggetto della penultima domanda del questionario, che si riferisce alla **ratifica da parte del Parlamento italiano del MES**, il Meccanismo Europeo di Stabilità che è stato votato favorevolmente nel momento della proposta di riforma avvenuta nel 2019, ma che non è stato ancora ratificato dai governi italiani. Il 94% degli economisti pensa che il MES sarà, prima o poi, ratificato dall'Italia. La differenza di vedute riguarda il momento in cui verrà ratificato: quasi la metà pensa che si posticiperà il tutto a dopo le elezioni di giugno 2024, mentre un po' più della metà ritiene che la ratifica ci sarà prestissimo, cioè nei prossimi 2-3 mesi in cui si definirà finalmente il nuovo patto di stabilità e crescita. Questa affermazione deriva probabilmente dall'ipotesi che si voglia scambiare la ratifica del MES con una definizione piuttosto flessibile e leggera del nuovo Patto di Stabilità. Infine, solo una manciata di economisti ritiene che non sarà mai ratificato, portando il nostro governo su strade nuove nella storica conflittualità con l'Unione europea.

7- Il dramma delle **due guerre in atto ai confini dell'Europa** non è soltanto in termini di distruzioni, di migliaia di morti e di feriti, ma è in parte anche economico, con chiari effetti negativi sui prezzi delle materie prime petrolifere, e sull'incertezza a carico dei cittadini, dei consumatori e degli imprenditori. Come sappiamo il gioco negativo delle aspettative può bloccare pesantemente la crescita dell'economia. Ebbene, metà degli intervistati ritiene che le due guerre ai confini dell'Europa continueranno anche nel 2024, ma che non avranno un impatto molto negativo sulla nostra economia. Si tratta di una visione che probabilmente spera nel mancato allargamento dello scenario di guerra e che fa riferimento anche all'assuefazione dei cittadini, quindi dei consumatori e degli imprenditori, all'attuale periodo bellico che non impressiona più di tanto, che non preoccupa o spaventa, e che quindi non influenza troppo negativamente gli acquisti dei beni di consumo durevole o gli investimenti degli imprenditori.

Poco più di un quarto invece è veramente pessimista e dichiara che la guerra continuerà e avrà pure un impatto negativo, sui consumi, sul petrolio, sugli investimenti, sulla crescita dell'inflazione e di quella ulteriore dei tassi. Il rimanente quarto degli economisti è invece molto ottimista perché pensa addirittura che la comunità internazionale interverrà pesantemente nel porre fine alle ostilità, magari decidendo a tavolino un compromesso che non verrebbe proposto ma bensì imposto ai belligeranti.

Una visione geopolitica che presuppone che Stati Uniti, Cina e Europa, insieme ai paesi Brics, non traggano più alcun beneficio geopolitico dalle guerre in corso, e che quindi impongano una pace al di sopra delle richieste specifiche delle parti in conflitto.



<https://mondoeconomico.eu/sviluppo-e-economia/sette-questioni-per-l-economia-del-2024-il-pil-crescera-ma-l-inflazione-non-mollera-la-presenza>