

# ASIQUAS Review

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

*Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia*

n. 14 del 1.05.2024



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 ANDÒ



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 Esti – PNE; Membro Comitato del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali.

### **Antonio Giulio de Belvis**

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

### **Maurizio Dal Maso**

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

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

### **Emanuele Di Simone**

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

### **Nicoletta Dasso**

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

### **Lidia Goldoni**

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Direttrice [www.perlungavita.it](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 della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti. Consigliere Nazionale ANAAO (maggior organizzazione della dirigenza medica in Italia). Docente della scuola di formazione di quadri sindacali ANAAO. Docente in Igiene nella scuola infermieri Università "Sapienza" di Roma. Docenza nel Master MIAS - "Governance della qualità nelle strutture sanitarie", presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche. Università degli studi "Sapienza" di Roma.

### **Maria Piane**

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

### **Mario Ronchetti**

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

Management del SSR. Docente in corsi di formazione ECM e Master. Già Direttore Sanitario aziendale. Blogger ProssimaMente.org

### **Andrea Vannucci**

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

### **Contatti.**

[giorgio.banchieri@gmail.com](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 sul sito [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)

- 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

“ASQUAS Covid 19 Review” 2021-22, numeri 1-30

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](#)
- [Antologia “One Health”](#)
- [Antologia “Per una sanità pubblica anche dopo la pandemia: il rapporto con il “privato”](#)

## Indice

<b>Articoli di apertura</b>	<b>10</b>
Quotidiano sanità - <i>Il ruolo delle comunità nella promozione della salute</i> - Giorgio Banchieri	10
Quotidiano sanità - <i>Intelligenza artificiale e medicina di precisione. Ripensare l'appropriatezza e valore delle cure</i> - Giorgio Banchieri, Giorgio Tulli, Andrea Vannucci	12
<b>Scenari della sanità</b>	<b>19</b>
WHO Venezia - <i>Reinventare un'economia per società resilienti e più sane che non lascino indietro nessuno</i>	19
Il Sole 24 Ore - <i>L'appello degli scienziati: "Non possiamo fare a meno del Ssn, adeguare i fondi agli standard europei"</i>	21
CRS - <i>Il futuro della sanità pubblica e del welfare</i> - Chiara Giorgi	22
Il Sole 24 Ore - <i>Cattolica: italiani insoddisfatti del Ssn, liste d'attesa insostenibili per 9 su 10 e difficoltà nella specialistica</i>	27
ADS Kronos - <i>Kluge (Oms Europa): "Italia non aderirà a Green pass? Ci rifletta bene"</i>	28
BMJ - <i>La Commissione BMJ sul futuro del NHS</i>	32
Il Magazine - <i>Ripensarci tutti insieme come "costruttori di salute"</i> - Paolo Petralia	33
Panorama sanità - <i>Miracolo in corsia</i> - Giovanni Monchiero	34
Quotidiano sanità - <i>Il tempo stringe, dal Manifesto all'azione per mantenere in vita il sistema sanitario nazionale</i> - Grazia Labate	35
Il Magazine - <i>Investire in sanità è investire sul futuro</i> - Maria Beatrice Stasi	39
Salute Internazionale - <i>Elezioni europee e politiche per la salute</i> - The Lancet	42
Salute Internazionale - <i>La finanziarizzazione della sanità</i> - Adriano Cattaneo	43
Salute Internazionale - <i>Giornate residenziali di politica sanitaria (2a edizione) Itinerari di politiche per la salute – Seconda edizione - Il servizio sanitario pubblico è indispensabile</i> Giovedì 5 – Sabato 7 Settembre 2024 (San Domenico, Fiesole)	45
Sanità Informazione - <i>Servizio Sanitario Nazionale, per l'89% degli italiani è sacro</i>	49
Engagement Monitor – <i>Sanità pubblica e privata a confronto</i>	52
<b>Scenari del SSN</b>	<b>61</b>
Quotidiano sanità - <i>L'appello di 75 società scientifiche: "Nel 2020-22 tagliati 32.500 posti letto, troppi i medici in fuga. A rischio le cure per tutti. Serve una grande riforma strutturale per salvare il Ssn"</i>	61
Quotidiano sanità - <i>Con la prossima finanziaria sarà più vicina la catastrofe per il Ssn</i> - Ivan Cavicchi	63
Quotidiano sanità - <i>L'appello degli scienziati in difesa del Ssn: proviamo a integrarlo</i> - Claudio Maria Maffei	66
Quotidiano sanità - <i>Ssn. Gimbe: "Quasi 2 mln di persone hanno rinunciato a curarsi per ragioni economiche. A rischio 2,1 mln di famiglie indigenti"</i>	67
Il Magazine - <i>Sinergie interaziendali: modelli organizzativi integrati quale possibile soluzione alle moderne sfide del SSN. L'esperienza dell'area metropolitana bolognese</i> - Paolo Bordon – Chiara Gibertoni	70
Quotidiano sanità - <i>Liste di attesa. Insostenibili per 9 italiano su 10. E oltre 7 su 10 ritengono che il Governo debba investire più risorse per Ssn</i>	73
Il sole 24 Ore - <i>Personale/ Quici (Cimo): bene eliminazione tetto di spesa ma attenti a non introdurre meccanismi peggiorativi</i>	74
Quotidiano sanità - <i>Perché parlare genericamente di "taglio" o di "perdita" di posti letto e ospedali in Italia è sbagliato e fuorviante</i> - Claudio Maria Maffei	75
Panorama sanità - <i>Sognando la riforma</i> - Giovanni Monchiero	78
Quotidiano sanità - <i>L'appello degli scienziati in difesa del Ssn: proviamo a integrarlo</i> - Claudio Maria Maffei	80
Il sole 24 Ore - <i>Autonomia differenziata: esperti e politici spaccati sul Ddl Calderoli</i>	81
Quotidiano sanità - <i>Farmaci. In 8 anni spesa pubblica cresciuta di 3,6 mld.</i>	83
Forum D&D - <i>Parlamento UE non passa proposta di Decreto sull'industria dei farmaci</i>	85
<b>Sostenibilità della sanità</b>	<b>86</b>
Il sole 24 Ore - <i>Gimbe: cresce la spesa sanitaria a carico delle famiglie, oltre 1,9 milioni di persone hanno rinunciato alle cure per problemi economici</i>	86
Quotidiano sanità - <i>"Un sistema sanitario più efficiente, resiliente e inclusivo". Il Programma nazionale di riforma</i>	91
Il sole 24 Ore - <i>Def/ Via libera dal Consiglio dei ministri al documento senza la parte programmatica. Pil 2024 a +1% (-0,2%). Giorgetti: Verso altri tagli alla spesa per il «disastro superbonus»</i>	92
Il sole 24 Ore - <i>Gimbe/ Def: spesa sanitaria in calo nel 2023 e per il 2024 l'aumento è illusorio</i> – Fond. Gimbe	93

Quotidiano sanità - Def. Gimbe: "Spesa sanitaria in calo nel 2023, per il 2024 aumento illusorio. Italia ultima tra Paesi del G7, a rischio diritto a tutela salute"	94
Quotidiano sanità - Paradigmi di valutazione della spesa nazionale - Antonio Salvatore	96
Quotidiano sanità - Abbandonare la logica a silos sui bilanci delle aziende sanitarie - Mario Alparone	97
Quotidiano sanità - Ci sono o no i tagli alla sanità? Il fondo cresce, ma resta poco per gli investimenti. E pesano gli 1,2 mld in sospeso per gli ospedali - Giovanni Rodriguez	98
Sanità Informazione - Spesa sanitaria out-of-pocket, Gimbe: "Nel 2022 ogni famiglia ha speso 1.362 euro, 64 in più del 2021"	100
Il sole 24 Ore - Istat/Rapporto BES: venti di crisi nel Ssn ma la speranza di vita sale a 83,1 anni nel 2023	105
Quotidiano sanità - Aumentano nel 2023 i cittadini che rinunciano alle prestazioni sanitarie.	106
Quotidiano sanità - Torna a crescere nel 2023 la speranza di vita. Peggiora invece il benessere psicologico dei giovani. Italiani meno sedentari ma cresce il numero degli obesi. Il nuovo Rapporto Bes ISTAT	107
Quotidiano sanità - Riparto Fsn. Upb: "Con nuovi criteri maggiore equilibrio ma servono più informazioni per assegnazione risorse più aderente a bisogni sanitari	109
<b>One Health, clima e salute</b>	<b>113</b>
Copernicus – European state of the climate – Summary 2023	113
The NEJM - Sostenere una risposta sana ai cambiamenti climatici: COP28 e la comunità sanitaria Jeni Miller, Courtney Howard	126
La Repubblica - Da sole 57 aziende sono responsabili dell'80% delle emissioni globali: la classifica	129
La Repubblica - Scoperta l'origine degli uragani del Mediterraneo: nei giorni precedenti la temperatura del mare si abbassa - Fiammetta Cupellaro	131
La Repubblica - In Italia il reddito medio si ridurrà del 15% a causa della crisi del clima - Giacomo Talignani	132
La Repubblica - La fine di El Niño ci darà un'estate meno calda? Se non succede abbiamo un problema – G. Talignani	134
<b>Pandemie, oggi e domani</b>	<b>135</b>
Fanpage.it - "L'arrivo di nuove pandemie è certo ma c'è un modo per prevenirle": intervista a Hans Kluge (OMS Europa)- Ida Artiaco	135
The Lancet – Incidenza e mortalità globali, regionali e nazionali delle infezioni e delle eziologie delle vie respiratorie inferiori non legate al Covid 19 ... - Collaboratori GBO 2021	139
Quotidiano sanità - L'Oms lancia CoViNet: una rete globale per i coronavirus	141
The Lancet – Regime vaccinale contro la malattia di Ebola ... - Ynke Lariviere e altri	142
Wired - I rischi legati a possibili mutazioni del virus dell'influenza aviaria	144
Quotidiano sanità - Long Covid. Eterogeneità delle cure nei Centri italiani. Ma sulla sindrome c'è ancora molto da fare. Il documento dell'Oms Europa	145
The NEJM - Trattare la fase acuta del Covid-19: capitoli finali ancora non scritti - Rajesh T. Gandhi, Martin Hirsch	147
The Lancet – Impatto del long Covid sulla qualità della vita ... - Oliver Carlile e altri	150
Il Sole 24 Ore - Editing del genoma: guariti da talassemia e anemia falciforme grazie alle "forbici" molecolari	151
The NEJM - Espansione delle applicazioni dei test genetici clinici: sfide etiche - Stephanie Fullerton e Kyle B. Brothers	154
The Lancet – Effetto dell'esposizione all'inquinamento atmosferico sul rischio di sindromi coronariche acute in Polonia ... - L. Kuzma e altri	156
Il Sole 24 Ore - Long Covid: il modello di cura italiano, punti di forza e sfide in un documento dell'Oms Europeo	158
Science - Il governo degli Stati Uniti sta prendendo provvedimenti per fermare l'"influenza mucca". È troppo poco, troppo tardi? - Jon Cohen	159
<b>PNRR e sua implementazione</b>	<b>162</b>
Quotidiano sanità - Decreto Pnrr. Il testo sbarca in aula alla Camera. Dall'addio al green pass Oms ai nuovi criteri per le assunzioni. Ecco tutte le novità per la sanità - Giovanni Rodriguez	162
Il Sole 24 Ore - Decreto Pnrr-quater/ Le Regioni: definanziamento Piano per 1,2 mld ammissibile solo risarcendo l'art. 20 sull'edilizia sanitaria - Barbara Gobbi	164
Quotidiano sanità - Pnrr Missione salute. Al 1° trimestre 2024 rispettate tutte le scadenze europee. Il monitoraggio Gimbe	165
<b>L'ospedale che cambia</b>	<b>170</b>
Quotidiano sanità - Ecco com'è cambiato il Ssn in 10 anni. - Luciano Fassari	170
Quotidiano sanità - A proposito di posti letto persi: siamo proprio sicuri che sia un risultato negativo? - Carlo Zocchetti	171

Scienza in rete – <i>La favola del taglio dei posti letto e degli ospedali in Italia</i> - -Claudio Maffei	173
Il Magazine - <i>Ottimizzazione delle Risorse Umane nel Settore Sanitario: Una Visione basata sulle Competenze</i> - Camilla Giovannini	175
Quotidiano sanità - <i>Pronto Soccorso. Un accesso su quattro, circa 4 mln, è improprio. E 3,4 mln di persone non raggiungono i Ps entro 30'. I dati Agenas 2023</i> – Ester Maragò	176
Il Sole 24 Ore - <i>Decreto Pnrr/ Noi medici specializzandi in cerca di una vera formazione e non di nuovi stratagemmi per tappare i buchi nell'assistenza</i> - Michele Nicoletti	180
Quotidiano sanità - <i>La difesa dello status “quo” universitario che limita le assunzioni nel Ssn</i> - La Presidenza ed il Direttivo dell'Associazione ALS	181
Il Sole 24 Ore - <i>DI Pnrr/ Gemmato: “Più flessibilità per le assunzioni in sanità, primo passo verso abolizione del tetto di spesa”</i>	183
<b>Medicina territoriale</b>	<b>184</b>
Quotidiano sanità - <i>Casa della Comunità: diamo il senso alle parole</i> – Associaione Prima la Comunità	184
Quotidiano sanità - <i>“Comunità”, termine inflazionato?</i> - Bruno Agnetti	185
Il Sole 24 Ore - <i>Corte dei conti, nella relazione al Parlamento sui Ssr il ritrattoedulcorato di una sanità pubblica che non c'è</i>	186
Transform Italia - <i>Le tracce di comunità di cura in itinere e la sfida del fare società, welfare e politica sui territori</i> Alessandro Scassellati	188
Quotidiano sanità - <i>Assistenza domiciliare integrata. Le Regioni raggiungono nel 2023 l'obiettivo degli over65 assistiti. Risorse garantite, ma non per Sicilia, Campania e Sardegna che non superano l'asticella</i> – E. Malagò.	192
AGENAS – <i>Report Monitoraggio Casa primo luogo di cura</i> - Anno 2023	195
Welforum.it – <i>LEPS: il percorso sanitario integrato</i> – Franco Pesaresi	196
<b>Nursing</b>	<b>200</b>
Quotidiana sanità – <i>Direzioni Assistenziali, le considerazioni del SIDMI</i> – CDN SIDMI	200
JAN – <i>Indagine sulla relazione tra la percezione della leadership tossica da parte degli infermieri e i loro livelli di fiducia organizzativa e le intenzioni di tounover</i> . Sultan Türkmen Keskin, Meltem Özduyan Kiliç	202
Journal of Nursing Management – <i>Supporto organizzativo per la pianificazione e lo sviluppo della carrea degli infermieri: un'analisi approfondita</i> - H. Kallio, e altri	203
BMC Nursing - <i>Turnazione degli infermieri: comprensione degli attuali processi di programmazione del lavoro a turni, dei benefici, dei limiti e dei potenziali rischi di affaticamento</i> - Lauren A. Booker e altri	204
<b>Sociale, long care e terza età</b>	<b>205</b>
European Commission – <i>Special Eurobarometer – Social Europe 2024</i>	205
Salute Internazionale - <i>Franco Basaglia 100 (2)</i> - Virginio Colmegna, Ciro Tarantino e Lavinia Bifulco	207
Salute Internazionale - <i>Salute globale. Misurare le disuguaglianze</i> - Benedetto Saraceno	208
Salute e Territorio – <i>Gli indicatori sulla salute: dai dati alle decisioni</i> - Monografia	211
Salute Internazionale - <i>Un nuovo approccio al disagio psichico</i> - Letizia Fattorini, Luca Negrognò	215
Il Sole 24 Ore - <i>Anziani: nuovo modello di Rsa e più servizi di prossimità per valorizzare la centralità della persona</i> Claudio Testuzza	215
Quotidiana sanità – <i>Non autosufficienza, solitudine e tecnologia</i> - Massimiliano Cinque	217
Corriere della sera - <i>Lombardia, il ritratto degli adolescenti: 6 su 10 si vedono grassi senza esserlo. Il 22% ha provato la cannabis</i> - Sara Bettoni	218
Quotidiana sanità – <i>Autismo. In Italia 78.826 utenti nei 1.214 centri per la diagnosi e la presa in carico</i>	220
Welforum.it . <i>Il Pronto Intervento Sociale</i> – Franco Pesaresi	222
Welforum.it . <i>Per non dimenticare le RSA nella pandemia</i> – Franco Pesaresi	225
<b>Digitalizzazione e telemedicina</b>	<b>229</b>
Governo italiano - <i>Schema di Disegno di Legge recante disposizioni e delega al Governo in materia di intelligenza artificiale</i>	229
Quotidiana sanità – <i>Intelligenza artificiale. Dal CdM Ddl che introduce nuove regole. Nasce piattaforma IA per supporto a cure e assistenza territoriale. No a criteri discriminatori</i> - Giovanni Rodriquez	233
Il Sole 24 Ore - <i>Salute digitale: AI generativa, Oms lancia il prototipo Sarah</i>	234
Osservatorio CPI - <i>Verso il G7 sull'Intelligenza Artificiale</i> - Alessio Capacci e altri	235
Quotidiana sanità – <i>Sanità digitale. Report Oms sui percorsi intrapresi dai vari Stati. Bene l'Italia, 90% ricette è elettronico ma manca governo dei Big Data</i>	242
Il Sole 24 Ore - <i>Osservatorio Salute sostenibile: così il digitale migliora servizi sanitari, salute e benessere. Il 77% degli italiani apprezza le tecnologie ma solo un terzo le usa</i>	243
Panorama sanità – <i>Meglio tardi che mai ..</i> – Giovanni Monchiero	244

<b>Economia e sanità</b>	246
Euroactiv - <i>Secondo Letta il Rapporto sul mercato unico ha aperto una discussione per il futuro della crescita europea</i> - Simone Cantarini	246
Nova News - <i>Draghi: all'Ue manca una strategia industriale per rimanere competitiva, serve un cambiamento radicale</i>	248
La Repubblica - <i>Draghi chiede più competitività alla Ue: "C'è bisogno di un cambiamento radicale"</i>	249
La Repubblica - <i>Il peso dei lavoratori poveri. Unimpresa: "Il 15% della popolazione a rischio"</i>	250
Corriere della sera - <i>Pil, il sorpasso della Spagna all'Italia (e l'esempio degli Usa dove la recessione non arriva più)</i> - Federico Fubini	251
Dago Spia - <i>I correntisti piangono, le banche brindano – i principali istituti italiani nel 2023 hanno registrato utili per 28 miliardi di euro,</i>	254
Fisco Equo - <i>Riforme: questione fiscale esplosiva, negata ogni razionalità tributaria (Il Sole 24 Ore)</i> - Vincenzo Visco	258
Fisco Equo - <i>Fisco, azzardo, non autosufficienti: le decisioni del Consiglio dei ministri (Avvenire.it)</i> - Luciano Cerasa	260
La Repubblica - <i>Male l'industria italiana, a gennaio il fatturato cala del 3,1%</i>	262
La Repubblica - <i>Ecco chi compra i titoli di Stato italiani al posto della Bce</i>	264



### Il ruolo delle comunità nella promozione della salute

**Giorgio Banchieri**, *Segretario Nazionale ASIQUAS, Docente Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma.*

Intervengo nel dibattito aperto dall'articolo di Claudia Zamin "Quando il senso di appartenenza alla comunità vacilla", su Quotidiano sanità" del 13 marzo scorso.

Gran parte dei Paesi OECD dalla fine degli anni '90 si sono orientati a un approccio integrato alla produzione della salute, in un'accezione di insieme delle politiche del welfare per il mantenimento dello stato di benessere psicofisico dei cittadini.

Con il "New paradigm of health care" (OECD, 1999) si afferma il primato della prevenzione sul trattamento, le strategie di cure piuttosto che di cure e, soprattutto, un'integrazione delle politiche che stimoli ed imponga azioni di coordinamento interistituzionale. Si afferma inoltre di conseguenza l'impegno della rendicontazione da parte dei sistemi e delle aziende sanitarie alle comunità da cui hanno ricevuto mandato ad operare.

Il passaggio dal vecchio modello di welfare ad uno nuovo consiste in un sistema di "welfare di comunità federate" basato sul concetto di "salute – welfare". Con il "welfare di comunità" si vanno affermando anche due nuovi concetti, cioè quelli di "autonomia" e di "sussidiarietà".

L'inclusione formale del "Programma Ambientale" delle Nazioni Unite (UNEP) condiviso da WHO, FAO e WOHAI nel 2022, e il successivo lancio del "Global One Health Joint Plan of Action" (2022-26), affrontano in modo nuovo l'approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi, riconoscendo che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti.

La prospettiva 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 le necessità comuni 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]

Quanto sopra necessariamente spinge verso un approccio di "ecosistemi = comunità".

Lo stesso "benessere quotidiano della persona" è collegato anche al suo "**habitat relazionale**": le relazioni sociali sono fondamentali per la sopravvivenza dell'individuo, non solo per il suo inserimento all'interno dell'ambiente di vita, ma anche per il suo benessere psico-emotivo interiore; per questo è importante averne cura.

La Medicina arriva ad affermare che interazioni sociali positive, dove si riceve sostegno ed ascolto, favorendo il buon umore, aiutano anche a rafforzare il sistema immunitario abbassando il livello di stress, responsabile della produzione di ormoni pro-infiammatori.

Inoltre, accanto al "**benessere oggettivo e materiale**", nella nostra società è cresciuto notevolmente il bisogno di "**benessere soggettivo e psicologico**" e di conseguenza l'attenzione si sta spostando dai problemi da risolvere nella vita a ciò che la rende meritevole di essere vissuta.

Come sostiene Claudia Zamin "... non si deve dimenticare che la natura dell'uomo è e rimane relazionale. Per quanto possano mutare nel corso dei secoli tante cose, esterne ed interne, l'essenza dell'uomo è la relazione: l'essere umano per vivere bene nelle città metropolitane contemporanee o sopravvivere nella giungla del passato dovrebbe riconoscere, anche a fatica, che è la relazione con l'altro – reale... che garantisce il suo stare nel mondo. Oggi abbiamo "guadagnato" la possibilità del "virtuale", teniamocela ben stretta senza pretesa di esclusività ma in armonia con le sue altre declinazioni, ...; essa è un valore aggiunto all'interno della parola comunità, ne espande in senso positivo il suo significato, così come l'abbiamo sempre conosciuto. Il "cum –



munus” riguarda sia il mettere insieme, condividere qualcosa - in questa accezione si sottolinea quel "qualcosa con" - sia il munus, cioè il dono reciproco. La comunità contiene nel suo significato il riferimento alla mancanza di qualcosa (e non all'avere) che dobbiamo agli altri e viceversa. La comunità è fondata da ciascuno di noi in relazione all'altro, ciascuno per vivere deve riconoscere un pezzo che gli manca e che può trovare nell'altro.”

Secondo la definizione coniata dall' **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”.

È nel contesto dell'assistenza “centrata sul paziente” che si sviluppa la “relazione di cura tra medico e paziente” e più estensivamente tra medico e familiari o caregiver del paziente. 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. Da una prospettiva strettamente etica l'assistenza centrata sul paziente risponde all'obbligo dei professionisti di porre l'interesse del paziente al di sopra di ogni altro.

I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale – elemento fondamentale dell'assistenza centrata sul paziente – 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<sup>1</sup>) e la riduzione nelle disuguaglianze nella salute<sup>2</sup>. Se alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è la relazione di cura tra medico e paziente, va subito aggiunto che la forza e l'efficacia di tale relazione è influenzata in maniera decisiva dal contesto.

Una comunità è empowered quando i suoi cittadini possiedono il desiderio, le competenze, le risorse per lavorare assieme al fine di identificare i bisogni della collettività, sviluppare strategie per indirizzare questi bisogni mettere in atto azioni volte ad un loro soddisfacimento. Ciascuno di questi livelli è strettamente interconnesso agli altri due e come processi di empowerment individuale, organizzativo, comunitario sono mutualmente interdipendenti e correlati in rapporti di causa-effetto.

L'Empowerment dei pazienti, quindi, è il processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti<sup>3</sup>. È necessario formare i cittadini per far sì che possano comunicare con il sistema sanitario, trovare, comprendere e valutare le informazioni disponibili.

A sua volta l'operatore deve essere formato per essere capace di valutare il grado di comprensione del cittadino ed esprimersi di conseguenza con linguaggio compatibile, semplice, dando informazioni corrette, utili. Una componente chiave di empowerment e centralità del paziente è l'accesso dei pazienti a informazioni accurate e di qualità elevata sulla loro malattia e le opzioni terapeutiche a loro disposizione. Questo è comunemente definito health literacy (alfabetizzazione sanitaria) che implica conoscenza, motivazione e competenze delle persone per accedere, comprendere, valutare e applicare le informazioni sanitarie al fine di esprimere giudizi e prendere decisioni vita quotidiana riguardante l'assistenza sanitaria<sup>4</sup>.

La “comunità”, in quanto tale, quando esiste realmente: 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 e previene la fragilità e sostiene le cronicità.

La “e health literacy” o alfabetizzazione digitale è la ulteriore dote che cittadini e pazienti devono possedere per contribuire a e ricevere cure mediche perché buoni livelli di alfabetizzazione digitale determinano competenza e capacità di utilizzare tali tecnologie digitali in modo efficace e consapevole. Con un buon grado di alfabetizzazione digitale i pazienti diventano capaci di accedere a una vasta gamma di informazioni sulla salute online.

---

<sup>1</sup> Kate R et Al. Evidence Suggesting That a ChronicDiseaseSelf-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization. *Medical Care* 1999; 37 (1):5-14.

<sup>2</sup> Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *Health Affairs* 2010; 29:7, 1310-17.

<sup>3</sup> ASIQUAS – Glossario 2019

<sup>4</sup> EMPATHIE, H. P. (2015). *Empowering patients in the management of chronic diseases. Final Report.*



Un esempio di ecosistema nel nostro ordinamento potrebbe essere il Distretto. Lo stesso Distretto, se declinato come "agenzia di salute", potrebbe diventare lo strumento di promozione dell'inclusione delle "comunità" nei processi di cura, nella prevenzione, nell'educazione sanitaria, negli stili di vita, nel supporto e nell'inclusione dei fragili e dei cronici.

Purtroppo anche il DM77 continua a concepire il Distretto come un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale sul territorio; un modello dove i servizi vengono "calati" secondo silos organizzativi, anziché venir progettati e costruiti a partire dalla partecipazione, dai bisogni e dalle risorse delle diverse comunità che si differenziano per criteri geografici, sociali, culturali, organizzativi ed epidemiologici. Anche i cittadini che fanno volontariato, così come tutto il Terzo Settore, vengono considerati in chiave eminentemente prestazionale: non se ne riconoscono le potenzialità di innovazione, di anticipazione, di capacità di incarnarsi nella comunità locale partecipando e portando ricchezza nell'ecosistema. Con queste premesse l'innovazione sarà una chimera.

Eppure non mancano ormai nell'esperienze internazionali esempi dell'ampia varietà di ruoli che i pazienti possono svolgere nel sistema sanitario: pianificazione, progettazione, consulenza, indagini, valutazione e formazione.

Sempre più spesso, le istituzioni sanitarie chiedono ai pazienti e ai familiari non solo di essere una "voce intorno al tavolo", ma di assumere ruoli di leadership. In questo contesto, l'arruolamento e la preparazione dei pazienti e delle famiglie sono fondamentali.

La capacità e lo spazio per definire meglio questi ruoli e responsabilità stanno aumentando, con la consapevolezza che le forme di conoscenza possono essere complementari e le competenze non sono strettamente riservate ai professionisti. I pazienti e i familiari possono agire come mediatori di conoscenza, collegando e traducendo la conoscenza tra le comunità nell'ecosistema sanitario, ma possono anche ridefinire le priorità apportando soluzioni pragmatiche alle sfide del sistema sanitario. Essere Case e/o Ospedali davvero di "Comunità" comporterà essere all'interno di questi processi di inclusione e solidarietà. Il rischio di un approccio solo prestazionale è che le "Case di Comunità" non siano "della comunità" aprendo alla possibilità di gestioni privatistiche che ne potrebbero snaturare il fine. Questo sarebbe in contrasto con la visione e con quanto previsto nel DM77 ...

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121368](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121368)

**quotidianosanita.it**

## **Intelligenza artificiale e medicina di precisione. Ripensare l'appropriatezza e valore delle cure**

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

**Giorgio Tulli**, Membro dell'Organismo Toscano di Governo Clinico - Regione Toscana

**Andrea Vannucci**, Membro CTS ASQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, membro consiglio direttivo Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

*Per massimizzare il valore delle cure sanitarie attraverso l'uso dell'IA, è essenziale garantire la qualità e l'accuratezza dei dati utilizzati, nonché la trasparenza e l'etica nell'implementazione di algoritmi e modelli predittivi. Inoltre, è importante coinvolgere gli operatori sanitari e gli stakeholder del settore nella progettazione e nell'implementazione di soluzioni basate sull'IA per assicurare che soddisfino le esigenze reali e producano risultati tangibili*

### **04 APR -**

Adottare e rispettare sempre la dimensione dell'"**appropriatezza**" nel caso di un trattamento sanitario determina un beneficio per ogni singolo paziente perché assicura l'efficacia d'intervento, la considerazione adeguata dei suoi obiettivi di salute e il rispetto delle sue preferenze personali.

L'appropriatezza aggiunge un'ulteriore dimensione al concetto di "**qualità**" delle cure, concentrandosi sull'adeguatezza e sulla pertinenza dei trattamenti medici rispetto alle necessità considera le esigenze e le caratteristiche individuali di "quel" paziente, garantendo che i trattamenti siano pertinenti e portino benefici alla

sua situazione clinica. Un'appropriatezza determinazione di un trattamento medico è cruciale per massimizzare il **“valore della cura”** e contribuisce a creare valore poiché produce risultati positivi misurabili, come una migliore guarigione, una maggiore qualità della vita o un minor rischio di complicazioni.

### **Appropriatezza**

In letteratura scientifica la definizione base di “appropriatezza” è: “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”<sup>[1]</sup>.

Nella pratica clinica, il “giudizio di appropriatezza” di un intervento sanitario deve prendere in considerazione da un lato il “profilo rischio-beneficio” dell'intervento, e quindi il livello di raccomandazione degli stessi in relazione alla qualità delle evidenze disponibili, dall'altro le “preferenze/aspettative” del paziente<sup>[2]</sup>.

Attualmente, la mancanza di un approccio Evidence Based rappresenta una delle maggiori minacce all'erogazione di trattamenti di qualità.

Sebbene numerose evidenze riguardo ai trattamenti ottimali delle patologie siano state prodotte e diffuse attraverso la letteratura scientifica e le relative Linee Guida, l'aderenza ed il rispetto delle evidenze risulta variabile nell'ambito dei Sistemi Sanitari, soprattutto in termini di modalità di erogazione e tempestività dei processi di diagnosi e cura<sup>[3],[4]</sup>.

È impossibile parlare di appropriatezza in un contesto di risorse esauribili senza far riferimento anche alla dimensione del costo, e quindi all'“appropriatezza organizzativa”<sup>[5]</sup>. Questo vale tanto di più oggi in permanenza di un finanziamento tendenziale del FSN pari al 6,2% del PIL, dopo la fase transitoria della pandemia da SARS-COV-2. Un “trattamento appropriato” utilizza in modo efficiente le risorse disponibili, come il tempo del personale sanitario, l'uso delle attrezzature mediche, dei farmaci e dei dispositivi medici. Se tutti questi fattori produttivi sono studiati con attenzione ed applicati con diligenza il vantaggio per il paziente è il massimo possibile e anche per la società.

Ricevere un “trattamento appropriato” che risponde alle proprie esigenze e preferenze può aumentare la partecipazione del paziente e la sua soddisfazione per le cure ricevute.

### **“Appropriatezza clinica” e “Health literacy”**

L'“appropriatezza clinica” e la “health literacy” sono due concetti strettamente correlati che contribuiscono a migliorare le cure che i pazienti ricevono.

Per “health literacy” s'intende la capacità di una persona di ottenere, comprendere e utilizzare le informazioni relative alla salute per prendere decisioni informate e gestire la propria salute perché sarà diventata capace di ascoltare, leggere e comprendere le indicazioni mediche, valutare criticamente le informazioni e saper comunicare con i curanti.

Pertanto, promuovere la “health literacy” tra i pazienti è un aspetto fondamentale per garantire l'“appropriatezza clinica” e favorire risultati di salute positivi. Ciò può essere fatto attraverso strategie educative, materiali informativi chiari e accessibili e una comunicazione aperta e collaborativa tra medici e pazienti. La “e-health literacy” o alfabetizzazione digitale è la ulteriore dote che cittadini e pazienti devono possedere per contribuire a e ricevere cure mediche perché buoni livelli di alfabetizzazione digitale determinano competenza e capacità di utilizzare tali tecnologie digitali in modo efficace e consapevole. Con un buon grado di alfabetizzazione digitale i pazienti diventano capaci di accedere a una vasta gamma di informazioni sulla salute online.

L'alfabetizzazione digitale aiuta i pazienti a valutare criticamente le informazioni sulla salute trovate online. Consente ai pazienti di utilizzare applicazioni mobili, dispositivi di monitoraggio della salute e altre risorse digitali per gestire la propria salute. Inoltre l'alfabetizzazione digitale può agevolare la comunicazione tra i pazienti e i professionisti sanitari attraverso canali digitali come e-mail, portali dei pazienti o piattaforme di telemedicina. Tutto ciò dare un contributo sostanziale all'“appropriatezza clinica”.

### **“Appropriatezza clinica” ed intelligenza artificiale**

L'IA ha la capacità di analizzare grandi quantità di dati medici, come record elettronici dei pazienti, dati di imaging, risultati di test di laboratorio e studi scientifici. Utilizzando algoritmi avanzati, l'IA può identificare modelli e tendenze che possono aiutare i medici a prendere decisioni migliori e più informate sulla diagnosi e il trattamento.

Ecco alcuni modi in cui l'IA può contribuire all'“appropriatezza clinica”:

- Diagnosi più accurate: L'IA può analizzare dati clinici e segni diagnostici per identificare patologie o condizioni specifiche con maggiore precisione;
- Personalizzazione del trattamento: L'IA può analizzare dati individuali dei pazienti, come la storia clinica, i dati genetici e i fattori di rischio, per suggerire trattamenti personalizzati;
- Gestione delle terapie: L'IA può aiutare a monitorare e gestire il trattamento dei pazienti nel tempo;
- Supporto alle decisioni cliniche: L'IA può fornire ai medici accesso istantaneo a informazioni e evidenze scientifiche aggiornate per supportare le decisioni cliniche.

Per quanto l'IA possa e in più ampia misura potrà fornire raccomandazioni spetterà sempre ai clinici valutarne il valore e prendere decisioni non automatiche considerando il contesto specifico del paziente. Se nel concetto di "appropriatezza clinica" è insito, quindi, il concetto di applicazione delle buone pratiche e di aderenza a Linee Guida, entrambe oggi possono accrescere il loro potenziale se aggiungiamo la possibilità di usarle in modo sempre più mirato e personalizzato sul singolo paziente. Questo dovrebbe essere tanto più vero in un sistema sanitario "pubblico", "universalistico" ed "equo" come il nostro SSN.

## La qualità

Ovretveit [6] definisce l'assistenza di qualità come "Fornitura di assistenza che supera le aspettative dei pazienti e raggiunge gli esiti clinici più elevati possibili con le risorse disponibili" ed ha sviluppato un sistema per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, basato su tre macro-prospettive di lettura/analisi della qualità: La qualità professionale, La qualità percepita dagli utenti, e la qualità organizzativa.

Le diverse dimensioni che connotano il concetto di qualità in sanità, lasciano intravedere diversi campi di interesse per i diversi soggetti che vi sono coinvolti:

- I cittadini, a livello individuale, collettivo o di gruppi organizzati (malati, familiari, associazioni, ecc.);
- Gli operatori sanitari dei diversi livelli (singoli operatori, unità operative, gruppi professionali, società scientifiche, ecc.);
- I manager deputati alla gestione dei servizi a livello regionale e aziendale;
- Gli amministratori e politici locali, regionali e nazionali deputati al governo del SSN;
- I produttori e fornitori di beni e servizi.

Ciascun soggetto legge, interpreta e vive le diverse dimensioni in modo differente. Le diverse dimensioni della qualità sono state utilizzate in molti paesi per strutturare framework concettuali utilizzati per costruire sistemi di valutazione della performance (capacità dei singoli professionisti, delle equipe di lavoro, dei servizi/aziende sanitarie, di raggiungere gli obiettivi di qualità nei tempi previsti) dei servizi sanitari.

La nostra Società Scientifica ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, nella elaborazione del framework ha individuato: 5 macro "categorie": valori, centralità degli attori, qualità professionale, qualità manageriale e integrazione e continuità assistenziale e 14 "dimensioni" [7] che ricomprendono naturalmente anche tutte le dimensioni proposte da WHO, OECD, IOM: accessibilità e tempestività, accettabilità, centralità ed empowerment del paziente, adeguatezza delle risorse umane, strutturali e tecnologiche, appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa e trasparenza, competenza professionale e culturale, sicurezza, soddisfazione/benessere operatori, soddisfazione pazienti e umanizzazione dell'assistenza.



Riteniamo che, alla luce di quanto sopra, sia fondamentale:

- Darsi degli strumenti per la misurazione della qualità. Ne dà prova, se mai ce ne fosse bisogno, l'OECD che nei suoi periodici report sulla "salute in uno sguardo" (vedi ad esempio [Health at a Glance: Europe \(2022\)](#)) dedica sempre una sezione alla [qualità dell'assistenza e alla esperienza dei pazienti](#). In Italia valgono lo stesso, anche se in un contesto diverso, il PNE o il "sistema bersaglio" del MES di Pisa o l'audit civico di Cittadinanzattiva;

- Darsi un metodo in questa misurazione e riteniamo che lezione di Donabedian rimane un riferimento importante.

Se alle procedure di misurazione non si legano quelle di miglioramento si rischia di ratificare l'esistente come ad esempio quegli squilibri tra Regioni che il monitoraggio ministeriale conferma ogni anno, ovvero, occorre "valutare" per poter "cambiare" con razionalità.

Il problema della qualità è che sia "fatta" con qualità, evitando le derive burocratiche e sfidando le verifiche sulla sua utilità sul campo e aggiornando strumenti e metriche in base alla loro reale utilità. La revisione del nostro framework scientifico è una testimonianza di questa continua e necessaria attenzione.

La **consapevolezza dei pazienti e dei cittadini** sul concetto di appropriatezza delle cure è determinante per dare forza al suo uso sistematico. La consapevolezza può variare notevolmente in base a diversi fattori, tra cui educazione, esperienza personale con il sistema sanitario e accesso alle informazioni sulla salute.

La comunicazione efficace tra pazienti e curanti influenza la consapevolezza del paziente sull'appropriatezza delle cure. I medici, gli infermieri, i fisioterapisti che spiegano chiaramente le opzioni di trattamento, i rischi e i benefici, così come i criteri di appropriatezza, possono contribuire a educare i pazienti su questo argomento. Educare i pazienti sull'importanza dell'appropriatezza delle cure e sulla loro capacità di partecipare attivamente alle decisioni relative alla propria salute è essenziale per migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario.

### **La medicina "predittiva" e la medicina "di precisione"**

Un contributo determinante all'appropriatezza viene dallo sviluppo della **medicina predittiva**, un settore emergente che utilizza informazioni genetiche, biomarcatori e dati personali per prevedere il rischio individuale di sviluppare determinate patologie, come malattie cardiache, cancro, diabete e altro ancora.

La "medicina predittiva" può influenzare il concetto di prevenzione individuale con l'Identificazione precoce dei rischi. È sempre più frequente la possibilità d'identificare precocemente le persone con un elevato rischio genetico di sviluppare determinate malattie.

Questo consente agli individui e ai clinici di adottare misure preventive o di screening più frequenti per ridurre il rischio di sviluppare la malattia o di diagnosticarla in una fase più precoce, quando è più trattabile. Questo significa che le persone possono ricevere consigli e indicazioni specifiche per il loro rischio personale, piuttosto che seguire un approccio "taglia unica" alla prevenzione. La medicina predittiva può guidare interventi preventivi mirati per affrontare i rischi specifici individuati dai dati genetici e dai biomarcatori. Questi interventi possono includere cambiamenti nello stile di vita, terapie farmacologiche preventive o interventi chirurgici preventivi, se appropriati.

Questo approccio individualizzato implica una revisione dei concetti tradizionali di appropriatezza delle cure. L'obiettivo principale è massimizzare i risultati per ciascun paziente, piuttosto che concentrarsi solo sulla risposta media del gruppo. Ciò significa che un trattamento può essere considerato appropriato se porta a risultati positivi per quel paziente specifico, anche se potrebbe non essere efficace per una popolazione di pazienti solo apparentemente simile.

In conclusione, la "medicina di precisione" richiede una ridefinizione del concetto di appropriatezza delle cure per mettere a frutto questo approccio personalizzato e basato sui dati del singolo individuo che caratterizza questo campo innovativo della medicina.

### **Intelligenza Artificiale e "medicina di precisione" o "personalizzata"**

L'IA può analizzare grandi quantità di dati clinici e diagnostici per identificare pattern, tendenze e correlazioni al fine di migliorare la diagnosi e il trattamento delle malattie. Questa analisi può rafforzare la direzione verso un'assistenza sanitaria personalizzata e mirata.

Utilizzando l'IA, è possibile sviluppare modelli predittivi per determinare quali trattamenti sono più efficaci per determinati pazienti in base alle loro caratteristiche individuali e alla risposta ai trattamenti precedenti.

Per massimizzare il valore delle cure sanitarie attraverso l'uso dell'IA, è essenziale però garantire la qualità e l'accuratezza dei dati utilizzati, nonché la trasparenza e l'etica nell'implementazione di algoritmi e modelli predittivi.

Inoltre, è importante coinvolgere gli operatori sanitari e gli stakeholder del settore nella progettazione e nell'implementazione di soluzioni basate sull'IA per assicurare che soddisfino le esigenze reali e producano risultati tangibili.

### **Il valore delle cure**

Passare dal concetto di "qualità delle cure sanitarie" a quello di "cure basate sul valore" rappresenta un cambiamento significativo nell'approccio alla gestione e alla fornitura dei servizi sanitari.

La "qualità" delle cure sanitarie si concentra principalmente sulla misurazione e il miglioramento degli standard di qualità nei servizi sanitari. Gli indicatori di qualità includono aspetti come l'accesso ai servizi, la sicurezza del paziente, l'efficacia dei trattamenti, l'aderenza alle linee guida cliniche, la soddisfazione del paziente.

## BENEFICI DELLE CURE E DELL'ASSISTENZA SANITARIE BASATE SUL VALORE



Da G.Tulli La sanità pubblica basata sul valore

L'obiettivo principale è garantire che i pazienti ricevano cure sicure ed efficaci che soddisfino determinati standard di qualità prestabiliti. Con le "cure basate sul valore" (VBHC) si va oltre la semplice misurazione della qualità e si considera anche il rapporto tra i risultati ottenuti e i costi sostenuti per ottenerli. Si pone un' enfasi maggiore sull'efficienza e sull'ottimizzazione delle risorse, cercando di massimizzare il valore per il paziente. La definizione del "valore" implica incorporare concetti come la medicina basata sull'evidenza, l'appropriatezza delle cure e l'uso prudente delle risorse finanziarie.

Quello delle VBHC è un pensiero metodologico e strategico al tempo stesso.<sup>[8]</sup>

Consiste nell'essere in grado di guidare un'assistenza sanitaria basata su esiti di salute anziché su volumi di prestazioni, su logiche di integrazione organizzativa anziché su silos auto-referenziali, su partnership con le aziende private Life Science anziché su meri rapporti di acquisto e vendita.

Per adottare "politiche sanitarie basate sul valore" dei trattamenti sanitari e in grado di misurarli, è necessario integrare le conoscenze sull'appropriatezza delle cure con un approccio sistemico e basato sull'evidenza. Per farlo sono necessari alcuni punti chiave:

- Identificare e definire indicatori del valore che possano misurare sia gli aspetti di appropriata determinazione delle cure sia quelli relativi ai risultati per i pazienti;
- Promuovere l'adozione e l'implementazione di linee guida cliniche basate sull'evidenza che integrino raccomandazioni sull'appropriatezza delle cure;
- Creare sistemi di monitoraggio e valutazione che consentano di misurare e valutare l'appropriatezza delle cure e i risultati dei pazienti nel tempo.
- Implementare politiche di incentivazione che incoraggino i fornitori di servizi sanitari a fornire cure appropriate e di valore.
- Coinvolgere attivamente gli stakeholder chiave, tra cui professionisti sanitari, pazienti, decisori politici, compagnie assicurative e fondi mutualistici, nel processo decisionale per garantire un approccio collaborativo e consensuale nell'adozione di politiche sanitarie basate sul valore dei trattamenti sanitari.

Il VBHC, pur concepito e ispirato al contesto USA, è applicabile anche ai sistemi universalistici, come dimostrato da numerose esperienze europee caratterizzate da pragmatismo e risultati concreti. I casi più avanzati ed articolati sono individuabili nel Nord Europa, anche se negli ultimi anni le sperimentazioni si sono diffuse in tutto il Continente, con casi di interesse anche in Paesi quali il Portogallo.

La stessa Commissione Europea sta ponendo sempre più enfasi sul tema, evidenziandone non solo gli aspetti economici, che di per sé rischiano di tradursi solo in un taglio costi, ma anche quelli di riallocazione strategica delle risorse in base al valore degli esiti.

### Programmazione aziendale e valore delle cure

Da anni è chiaro che i piani di sviluppo della attività assistenziali che, correttamente e appropriatamente da un punto di vista clinico, vengono svolte nelle strutture sanitarie dovevano prevedere un miglioramento dell'efficienza puntando sulla produttività, intesa come misura dell'efficienza del processo produttivo data dal rapporto fra output e input; la risposta a una domanda/bisogno diversa rispetto a quella che si è fornita negli ultimi decenni derivata dal cambiamento delle condizioni dei pazienti e delle risposte oggi disponibili che possiamo fornire loro integrando al meglio i diversi saperi nei molteplici processi clinici che tutti i giorni si svolgono nella strutture ospedaliere.

È il disease management è il vero "core business" su cui lavorare e che prevede una forte e continua integrazione fra ricerca/didattica (medicina traslazionale) e i processi di cura attuali e quelli futuri.

È evidente che le Aziende devono misurare per valutare, confrontare e migliorare gli outcome, ovvero gli esiti di salute ottenuti, e si deve farlo agendo sui processi clinici che li generano ovvero progettarne di nuovi. Il



valore è inteso come proxy del rendimento che, in economia sanitaria, è dato dal rapporto fra esiti e tutte le risorse consumate per questo esito raggiunto (outcome/input).

I sistemi di Value Based Healthcare o triple AIM, anche se hanno basi costitutive diverse, implicano un approccio che ridisegnando i processi di cura e usando le tecnologie disponibili sia in grado di produrre il massimo “valore” atteso per gli utenti, ovvero per quel paziente, dato che l’obiettivo è quello di fornire esattamente quello che serve ad ogni singolo paziente, niente di più e niente di meno.

Come ci insegnano diversi secoli di economia, non esistono equilibri perfetti, ma parziali. Il punto è trovare non la cura migliore in assoluto, bensì quella relativamente migliore rispetto a “quel” caso specifico

### Strumenti direzionali per la clinical governance

Nelle organizzazioni sanitarie il processo di programmazione e controllo riveste un ruolo di primaria e sempre crescente importanza. Nel corso del tempo si è delineato un orientamento che ha reso necessario l’utilizzo di strumenti operativi volti a garantire l’appropriatezza, l’efficienza, l’efficacia, l’accountability e l’economicità, al fine di perseguire gli obiettivi strategici di pianificazione, valutazione, gestione e controllo.

Il D.lgs 286/99 mostra diversi aspetti innovativi, ed in particolare ribadisce come l’attività di valutazione e controllo strategico all’interno delle pubbliche amministrazioni mira a verificare il raggiungimento degli obiettivi, conseguibili in base alle risorse, agli indirizzi politici e alle scelte operative, considerando i possibili fattori ostativi e i possibili rimedi.

Considerato che è previsto il ricorso a un sistema di controllo interno, risulta necessaria l’attuazione di un sistema gestionale, ovvero una dashboard o cruscotto clinico-direzionale aziendale.

La definizione e la creazione di un cruscotto rappresenta l’ultimo momento di un processo complesso, dal momento che costituisce un aggregatore di informazioni e di dati provenienti da diversi applicativi e portali aziendali, con la finalità di raggruppare e sintetizzare le diverse variabili.

La ricognizione dei flussi e la loro integrazione devono prevedere momenti di analisi e di verifica continua; il monitoraggio deve ricorrere a strumenti visivi sintetici, intuitivi e comunicativi, come tabelle, grafici, istogrammi.

Le interfacce predefinite per macro-area, devono essere dotate di link per il drill-down per visualizzare gradualmente dettagli di maggiore livello, garantendo allo stesso tempo la continua possibilità di interrogare il database per effettuare e produrre i relativi report.

### Desk direzionale TAGO, Tableau per la Governance Clinica, COM Editore, 2018

	Dipartimento 1						Dipartimento 2				Dipartimento 3		
	U.O. 1	U.O. 2	U.O. 3	U.O. 4	U.O. 5	U.O. 6	U.O. 7	U.O. 8	U.O. 9	U.O. 10	U.O. 11	U.O. 13	U.O. 14
1. LA NOSTRA STORIA	4,00	3,33	3,50	2,00	3,33	4,00	3,00	3,00	3,00	2,83	4,00	3,00	3,67
2. MISSION	4,00	2,80	4,00	3,10	2,80	3,80	2,00	2,50	2,00	3,40	2,00	3,00	3,10
3. ORGANIGRAMMA DI AFFERENZA	2,00	0,33	0,00	3,33	0,00	4,00	1,33	3,67	4,00	3,67	4,00	4,00	4,00
4. ORGANIGRAMMA	4,00	1,88	3,00	3,00	1,00	4,00	2,00	2,75	2,75	2,00	4,00	4,00	1,25
5. FUNZIONIGRAMMA	0,00	2,00	4,00	3,63	1,75	3,25	3,00	2,63	3,00	2,25	4,00	4,00	2,25
6. RISORSE UMANE	4,00	2,00	4,00	4,00	2,50	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00
7. SVILUPPO CONTINUO PROF.	3,67	2,33	4,00	3,00	3,17	3,00	3,67	2,33	3,67	1,67	3,00	0,00	3,00
8. CATALOGO ATTIVITA' EROGATE	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	3,50	3,50	3,00	4,00	3,00	4,00
9. ATTIVITA' RILEV.-CdRIF-H&S	4,00	3,00	4,00	0,00	4,00	4,00	3,50	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00
10. INDICATORI IN USO	0,50	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	3,00	2,50	3,00	2,00	3,50	0,00	4,00
11. MATRICE DELLE INTERFACCE	4,00	2,50	0,00	3,00	4,00	3,00	3,50	3,50	3,00	4,00	4,00	0,00	4,00
12. DISPOSITIVI PROTEZ. IN USO	2,50	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	4,00	3,00	4,00
13. PROCEDURE RISCHIO CLINICO	2,00	1,00	1,50	0,00	2,50	1,00	3,00	4,00	1,50	0,00	4,00	3,00	4,00
14. MIGLIOR. CONTINUO QUALITA'	3,00	2,00	0,00	1,50	3,50	2,00	0,00	3,50	0,00	0,00	4,00	0,00	4,00
Score medio per CdR	2,98	2,08	2,50	2,47	2,90	3,15	2,82	3,13	2,89	2,52	3,75	2,36	3,52
Score medio per Dip.	2,68						2,84				3,21		

La raccolta, l’analisi e la valutazione delle performance, mediante un set di indicatori, deve prevedere, quindi, l’elaborazione di parametri misurabili con lo scopo di assicurare comunicazione e continuo feedback. Devono essere individuate e discriminate le aree sotto pressione da quelle in miglioramento, al fine di elaborare un workflow, che comprenda una serie di azioni correttive o migliorative da intraprendere in un’ottica di system-level commitment, coordinando le diverse parti multidisciplinari in un unico team, con l’approvazione dei leader amministrativi, e nel rispetto dei valori, dei bisogni e delle scelte dei pazienti.

In sintesi, l’integrazione delle conoscenze sull’appropriatezza delle cure nel processo decisionale delle politiche sanitarie richiede un approccio multidimensionale che incorpori indicatori di valore, linee guida basate sull’evidenza, incentivi per la prestazione, sistemi di monitoraggio e coinvolgimento degli stakeholder. Questo approccio può contribuire a garantire che le politiche sanitarie siano orientate verso l’ottimizzazione del valore complessivo dei trattamenti sanitari forniti.

Anche in questo caso, quasi inutile sottolineare il potenziale supporto della IA, memori sempre che alla base di tutto ci siano informazioni in entrata quantitativamente e qualitativamente di alto livello.

## Conclusioni

È possibile, anzi probabile, che i clinici e i decisori delle politiche sanitarie abbiano visioni e scopi diversi nell'applicazione del criterio di appropriatezza delle cure. Ciò è dovuto alle differenze nei ruoli, negli obiettivi e negli incentivi di ciascun gruppo.

I clinici, come medici e altri operatori sanitari direttamente coinvolti nella cura dei pazienti, possono concentrarsi principalmente sulle esigenze individuali del paziente e sull'ottimizzazione dei risultati clinici per quel paziente specifico.

Possono considerare l'appropriatezza delle cure principalmente nell'ottica di fornire il trattamento migliore e più adatto per il paziente, tenendo conto delle sue condizioni mediche, delle preferenze e delle circostanze personali.

I decisori delle politiche sanitarie, come funzionari governativi, dirigenti sanitari e amministratori di sistemi sanitari, possono avere una prospettiva più ampia che considera il benessere della popolazione nel suo complesso, oltre alle esigenze individuali del paziente. Valutano l'appropriatezza delle cure anche nell'ottica della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari e del raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica.

Anche gli obiettivi possono diventare divergenti.

Riuscire ad operare una sintesi di queste diverse sensibilità e orientamenti richiede che decisori politici, amministratori e clinici mettano a sistema solide conoscenze, visioni lungimiranti e pragmatiche al tempo stesso e siano liberi da pregiudizi ed arroganza.

Un equilibrio non facile da trovare. Con la globalizzazione il nostro Paese è cambiato. Sono quasi scomparsi i "corpi intermedi", si semplifica la gestione politica con l'assioma della "società liquida", manca una coscienza diffusa dei propri doveri e dei propri diritti.

Minacce che incombono sono la disgregazione sociale e una pauperizzazione diffusa. La privatizzazione strisciante della sanità si inserisce in queste tendenze. Attenzione però che l'universalità di un diritto non garantisce la sua effettività in termini di risultati. È probabilmente vera l'affermazione "quando tutto sarà privatizzato ... perderemo tutto", ma lo stesso rischio lo stiamo correndo se non riformeremo profondamente il welfare.

Bisogna assicurare la garanzia universale di alcuni servizi di base: acqua, abitazione, sanità, istruzione, trasporti, ma farlo in modo che le prestazioni siano strettamente adattate alle condizioni individuali e quindi la prospettiva non sia più quella che privilegia l'organizzazione dei servizi senza curarsi troppo della loro effettività in termini di risultati. [9]

[1] 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.

[2] Di Stanislao F e altri, "La qualità nell'integrazione tra sanità e sociale", ASQUAS, Roma, 2013 pagg. 246

[3] Jollis JG, Granger CB, Henry TD, Antman EM, Berger PB, Moyer PH, Jacobs AK. 2012. Systems of care for ST-segment-elevation myocardial infarction: a report From the American Heart Association's Mission: Lifeline. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 5(4), 423-8. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.111.964668

[4] Jernberg T, Johanson P, Held C, Svennblad B, Lindback J, Wallentin L. 2011. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. *JAMA* 305(16), 1677-84. doi:10.1001/jama.2011.522

[5] Di Stanislao F e altri, "La qualità nell'integrazione tra sanità e sociale", ASQUAS, Roma, 2013

[6] Ovretveit J. (1992). Ovretveit J. (1992) Health Service Quality: An Introduction In *Quality Method for Health Services*, Blackwell, Oxford;

[7] Di Stanislao F e altri, "La qualità nell'integrazione tra sanità e sociale", ASQUAS, Roma, 2013

[8] Tulli G. La sanità Pubblica Basata sul Valore; in corso di pubblicazione

[9] Ferrara M, Mirò J, Ronchi S, *Social Reformism 2.0 Work, Welfare and Progressive Politics in the 21<sup>st</sup> Century*; EDWARD ELGAR PUB

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121317](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121317)





World Health  
Organization

Europa

# Reinventare un'economia per società resilienti e più sane che non lascino indietro nessuno

9 Aprile 2024

Venezia, Italia. 12:30-19:00 CEST

Il 9 aprile, l'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo dell'OMS (Ufficio di Venezia dell'OMS) riunirà ministri, sindaci e decisori italiani e internazionali, nonché leader chiave nei settori dell'economia, della salute e del benessere e dello sviluppo sostenibile, per una discussione innovativa per reimmaginare un'economia per società resilienti e più sane che non lascino indietro nessuno.

L'evento si terrà a Venezia in collaborazione con il paese ospitante, l'Italia, e sarà guidato dal Direttore Regionale dell'OMS/Europa, Dr. Hans Henri P. Kluge, insieme al Capo dell'Ufficio di Venezia, Christine Brown. Arriva mentre le Nazioni Unite (ONU) lavorano per accelerare l'azione sugli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile 2030 per garantire che tutte le persone raggiungano il loro pieno potenziale in dignità e uguaglianza e all'interno di un ambiente sano.

Negli ultimi 20 anni, l'Ufficio dell'OMS di Venezia ha generato le prove e gli strumenti decisionali per consentire ai paesi di investire nella salute, nell'equità sanitaria e in società più sane, fondamentali per comunità coese e sicure e per consentire alle persone di vivere dignitosamente e prosperare. L'Ufficio di Venezia dell'OMS sostiene l'attuazione degli impegni assunti nelle strategie sanitarie europee e globali dell'OMS, come il 13° programma generale di lavoro e il programma di lavoro europeo 2020-2025, nonché nelle risoluzioni dell'Unione europea (UE) e delle Nazioni Unite (vedi sotto).

Il percorso è iniziato nel 2000 quando è stato istituito l'Ufficio dell'OMS di Venezia. Ha fatto seguito all'iniziativa dell'OMS di Verona sugli investimenti per la salute, che ha introdotto una nuova visione per migliorare la salute della popolazione. Questo lavoro pionieristico, che collega le condizioni di vita, di lavoro e di apprendimento delle persone alla salute, è stato ripreso da tutti i 53 Stati membri della regione europea dell'OMS. L'Ufficio dell'OMS di Venezia ha sviluppato nuove opzioni politiche, strumenti e metriche per consentire ai paesi di investire per la salute e dimostrare il proprio contributo allo sviluppo locale e nazionale. Poi, nel 2008, l'Ufficio dell'OMS di Venezia ha sostenuto i ministeri della salute della regione dei Balcani occidentali per inserire la salute nella strategia di crescita e sviluppo regionale, il che, per la prima volta, ha portato i ministeri dell'economia a essere responsabili di garantire il miglioramento della salute.

Sulla base di questo lavoro, e in risposta alle crescenti disuguaglianze sanitarie, sociali ed economiche nella regione europea, nel 2013 l'OMS/Europa ha pubblicato la "Revisione dei determinanti sociali e del divario sanitario nella regione europea dell'OMS". A ciò ha fatto seguito a ruota l'iniziativa European Health Equity Status Report (HESRI) dell'OMS, che ha fornito a tutti i paesi della regione, nonché alle agenzie dell'UE e delle Nazioni Unite, politiche senza precedenti e strumenti di supporto interattivi per colmare le lacune sanitarie (ad esempio, set di dati sull'equità sanitaria europei e italiani).

L'anno scorso, HESRI è stato aggiornato con "Trasformare il panorama della salute e dell'equità sociale: promuovere una crescita socialmente giusta e inclusiva per migliorare la resilienza, la solidarietà e la pace", che includeva piani di ripresa per la valutazione dell'impatto e 5 modi per garantire che questi ricostruiscano società più sane e resilienti per tutti.

Alla luce delle misure di austerità e dei tagli di bilancio attuati in tutta la regione, l'Ufficio dell'OMS di Venezia ha lanciato un nuovo servizio per il settore sanitario per sfatare il mito che la salute sia un costo per la società – le valutazioni nazionali, al contrario, mostrano che il settore sanitario è fondamentale per l'economia di ogni paese.

2 grandi conseguenze della recente pandemia di COVID-19 e della crisi del costo della vita sono state l'aumento della violenza di genere e l'aumento dei livelli di cattiva salute mentale. In tutta la regione europea

dell'OMS, 1 donna su 4 di età compresa tra i 15 e i 49 anni subisce violenza da parte del partner, con contesti di emergenza che aumentano il rischio di violenza sessuale. L'Ufficio dell'OMS di Venezia ha fornito formazione a più di 2000 professionisti medici su come prevenire e rispondere alla violenza di genere.

In risposta alle diverse priorità sanitarie nei paesi, l'Ufficio di Venezia dell'OMS sta supportando 41 autorità regionali attraverso la Rete delle Regioni per la Salute (RHN) e 11 piccoli paesi attraverso l'iniziativa dei Paesi Piccoli (SCI) per garantire che le innovazioni tecnologiche e sociali consentano alle persone di vivere in modo sano in società fiorenti attraverso l'accesso equo a beni e servizi.

Attraverso l'iniziativa dell'OMS European Well-being Economy, l'Ufficio dell'OMS di Venezia sta aprendo la strada alla costruzione di nuove alleanze tra i settori della finanza, dell'economia e della salute per trovare un terreno comune su nuovi investimenti, strategie e approcci per affrontare la salute mentale e l'inclusione dei giovani, l'invecchiamento, lo sviluppo squilibrato e l'uguaglianza di genere.

L'impatto previsto dell'evento sarà quello di dimostrare come reinventare l'economia e il terreno comune per l'azione:

- la creazione di nuovi partenariati tra settori e portatori di interessi che tradizionalmente non hanno collaborato, come i settori sanitario, finanziario ed economico, per attuare soluzioni trasformative che affrontino sfide significative in materia di salute e sviluppo, tra cui l'invecchiamento delle società, la salute mentale dei giovani, la parità di genere, i sistemi pubblici resilienti e i divari urbano-rurali;
- fare in modo che l'OMS/Europa assista i governi a sfruttare nuovi investimenti, strategie e approcci, tra cui il bilancio di genere e gli investimenti a impatto sociale, per finanziare la transizione verso economie del benessere, massimizzando al contempo i benefici collaterali per molteplici settori;
- consentire ai titolari pubblici e privati di trasformare le loro pratiche per creare società ad alto livello di fiducia, coese ed eque e gettare le basi per la stabilità di bilancio, popolazioni sane e una società resiliente; e
- facilitare lo scambio di innovazioni e conoscenze provenienti da città e regioni sane per consentire ai governi di accelerare il progresso nazionale.

Le soluzioni discusse in questo evento informeranno gli Stati membri, i partner e l'OMS nell'attuazione pratica degli impegni per accelerare l'equità sanitaria e lo sviluppo sostenibile nella regione europea dell'OMS. Ciò include la tabella di marcia dell'OMS per l'uguaglianza di genere, i diritti umani e l'equità sanitaria; programma di lavoro globale e programma di lavoro europeo; [Vertice delle Nazioni Unite sul futuro](#) (la nostra agenda comune); Tabella di marcia verso una salute migliore nei piccoli paesi e nelle piccole regioni; conclusioni del Consiglio dell'OMS sull'economia della salute per tutti e delle conclusioni del Consiglio dell'Unione europea (UE) sull'economia del benessere.

Tra i relatori principali figurano:

- Dr. Hans Henri P. Kluge, Direttore Regionale dell'OMS per l'Europa;
- Orazio Schillaci, Ministro della Salute, Italia;
- Luca Zaia, Presidente, Regione Veneto, Italia;
- Elund Morgan, Segretario di Gabinetto per la Salute e l'Assistenza Sociale, Galles, e Sostenitore dell'OMS per l'Iniziativa Europea per l'Economia del Benessere;
- Frank Vandenbroucke, Vice Primo Ministro e Ministro della Sanità e degli Affari Sociali, Belgio;
- Alexei Buzu, ministro del Lavoro e della protezione sociale, Repubblica di Moldova;
- Mónica García Gómez, Ministro della Salute, Spagna;
- Iskender Asykulov, Vice Ministro dell'Economia e del Commercio, Kirghizistan; e
- Prof.ssa Mariana Mazzucato, Direttrice Fondatrice, Istituto per l'Innovazione e lo Scopo Pubblico dell'University College London (UCL) e Presidente del Consiglio dell'OMS per l'Economia della Salute per Tutti.

[\*\*Reinventare un'economia per società resilienti e più sane che non lascino indietro nessuno \(who.int\)\*\*](#)

## **L'appello degli scienziati: “Non possiamo fare a meno del Ssn, adeguare i fondi agli standard europei”**

*Pubblichiamo l'appello con cui un gruppo di medici e scienziati, tra cui il premio Nobel Giorgio Parisi, vuole ribadire l'insostituibilità del Servizio sanitario nazionale e rilanciarne lo sviluppo in modo che possa soddisfare le esigenze dei cittadini. Di seguito una sintesi del documento, si può leggere l'appello completo su [Scienza in rete](#).*

Dal 1978, data della sua fondazione, al 2019 il SSN in Italia ha contribuito a produrre il più marcato incremento dell'aspettativa di vita (da 73,8 a 83,6 anni) tra i Paesi ad alto reddito.

Ma oggi i dati dimostrano che il sistema è in crisi: arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle diseguaglianze regionali e sociali.

Questo accade perché i costi dell'evoluzione tecnologica, i radicali mutamenti epidemiologici e demografici e le difficoltà della finanza pubblica, hanno reso fortemente sottofinanziato il SSN, al quale nel 2025 sarà destinato il 6,2% del PIL (meno di vent'anni fa).

Il pubblico garantisce ancora a tutti una quota di attività (urgenza, ricoveri per acuzie), mentre per il resto (visite specialistiche, diagnostica, piccola chirurgia) il pubblico arretra, e i cittadini sono costretti a rinviare gli interventi o indotti a ricorrere al privato.

Progredire su questa china, oltre che in contrasto con l'Art.32 della Costituzione, ci spinge verso il modello USA, terribilmente più oneroso (spesa complessiva più che tripla rispetto all'Italia) e meno efficace (aspettativa di vita inferiore di sei anni).

La spesa sanitaria in Italia non è grado di assicurare compiutamente il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'autonomia differenziata rischia di ampliare il divario tra Nord e Sud d'Italia in termini di diritto alla salute.

È dunque necessario un piano straordinario di finanziamento del SSN e specifiche risorse devono essere destinate a rimuovere gli squilibri territoriali.

La allocazione di risorse deve essere accompagnata da efficienza nel loro utilizzo e appropriatezza nell'uso a livello diagnostico e terapeutico, in quanto fondamentali per la sostenibilità del sistema. Ancora, l'SSN deve recuperare il suo ruolo di luogo di ricerca e innovazione al servizio della salute.

Parte delle nuove risorse deve essere impiegata per intervenire in profondità sull'edilizia sanitaria, in un Paese dove due ospedali su tre hanno più di 50 anni, e uno su tre è stato costruito prima del 1940.

Ma il grande patrimonio del SSN è il suo personale: una sofisticata apparecchiatura si installa in un paio d'anni, ma molti di più ne occorrono per disporre di professionisti sanitari competenti, che continuano a formarsi e aggiornarsi lungo tutta la vita lavorativa.

Nell'attuale scenario di crisi del sistema, e di fronte a cittadini/pazienti sempre più insoddisfatti, è inevitabile che gli operatori siano sottoposti a una pressione insostenibile che si traduce in una fuga dal pubblico, soprattutto dai luoghi di maggior tensione, come l'area dell'urgenza.

È evidente che le retribuzioni debbano essere adeguate, ma è indispensabile affrontare temi come la valorizzazione degli operatori, la loro tutela e la garanzia di condizioni di lavoro sostenibili. Particolarmente grave è inoltre la carenza di infermieri (in numero ampiamente inferiore alla media europea).

Da decenni si parla di continuità assistenziale (ospedale-territorio-domicilio e viceversa), ma i progressi in questa direzione sono timidi.

Oggi il problema non è più procrastinabile: tra 25 anni quasi due italiani su cinque avranno più di 65 anni (molti di loro affetti da almeno una patologia cronica) e il sistema, già oggi in grave difficoltà, non sarà in grado di assisterli.

La spesa per la prevenzione in Italia è da sempre al di sotto di quanto programmato, il che spiega in parte gli insufficienti tassi di adesione ai programmi di screening oncologico che si registrano in quasi tutta Italia.

Ma ancora più evidente è il divario riguardante la prevenzione primaria; basta un dato: abbiamo una delle percentuali più alte in Europa di bambini sovrappeso o addirittura obesi, e questo è legato sia a un cambiamento – preoccupante – delle abitudini alimentari sia alla scarsa propensione degli italiani all'attività fisica.

Molto va investito, in modo strategico, nella cultura della prevenzione (individuale e collettiva) e nella consapevolezza delle opportunità ma anche dei limiti della medicina moderna.

Molto, quindi, si può e si deve fare sul piano organizzativo, ma la vera emergenza è adeguare il finanziamento del SSN agli standard dei Paesi europei avanzati (8% del PIL), ed è urgente e indispensabile, perché un SSN che funziona non solo tutela la salute ma contribuisce anche alla coesione sociale.

**Firmato: Ottavio Davini, Enrico Alleva, Luca De Fiore, Paola Di Giulio, Nerina Dirindin, Silvio Garattini, Franco Locatelli, Francesco Longo, Lucio Luzzatto, Alberto Mantovani, Giorgio Parisi, Carlo Patrono, Francesco Perrone, Paolo Vineis**

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-03/l-appello-scientiati-non-possiamo-fare-meno-ssn-adequare-fondi-standard-europei-185258.php?uuid=AFG6JBB&cmpid=nlqf>



Centro per la Riforma dello Stato

## Il futuro della sanità pubblica e del welfare

*Mentre la spesa militare cresce del 26% arranca quella per la sanità pubblica. Il recente appello di quattordici scienziati rimette la salute al centro del dibattito politico e ci sollecita a riprogettare un welfare socio-sanitario egualitario, con una conoscenza condivisa e una gestione partecipata.*

**CHIARA GIORGI**

Ci vuole un premio Nobel e alcune delle firme più prestigiose del mondo scientifico per fare arrivare in prima pagina il dramma della sanità pubblica italiana sotto l'attacco del Governo Meloni. Un attacco che segue anni di politiche di austerità, la pandemia da Covid-19, una crisi sanitaria e socio-economica di vasta portata, aggravata dalle conseguenze dell'inflazione e dal riarmo in corso a livello europeo.

È stato pubblicato il 3 aprile il documento [“Non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico”](#) firmato da quattordici scienziati e intellettuali, tra cui il fisico Giorgio Parisi, Enrico Alleva, Nerina Dirindin, Silvio Garattini, Paolo Vineis.

Si chiede un finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) che passi dal 6,2% previsto per il 2025 ad almeno l'8%, pari agli standard degli altri paesi europei. Senza queste risorse il SSN rischia di perdere il ruolo che ha avuto fin dalla sua nascita per tutelare la salute di tutti gli italiani, migliorare la qualità della vita della popolazione, combattere gli squilibri e le diseguaglianze sociali e territoriali del paese, superando le storture del precedente sistema mutualistico, garantire servizi di cura nell'interesse di ogni singola persona e della collettività.

I problemi che oggi affliggono il SSN – ricordati anche nell'appello – sono numerosi: una forte riduzione della spesa sanitaria in termini reali, i processi di privatizzazione favoriti dal dirottamento di risorse pubbliche verso la sanità privata e oggi il disegno di legge sull'autonomia regionale differenziata che farebbe esplodere le disparità di salute.

La spesa sanitaria pubblica è andata diminuendo e le previsioni del Governo per il 2026 scendono al 6,1% del PIL. In parallelo, aumentano le risorse destinate al privato convenzionato e cresce la spesa sostenuta direttamente dai cittadini per l'acquisto di servizi sanitari privati (**out of pocket**), con percentuali più alte che in altri paesi. Al contempo, cresce il ruolo delle società di assicurazione che forniscono servizi in campo sanitario, favorite dagli incentivi offerti al “welfare aziendale” con la defiscalizzazione dei contributi pagati dalle imprese.

Solo due mesi fa, alla Cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario, la Corte dei Conti aveva sottolineato la grave situazione presente nella sanità italiana, parlando di «crisi sistemica», accentuata dalla “fuga” del personale, non adeguatamente remunerato, riconosciuto e tutelato.

La denuncia della mancanza di garanzie universali per un'effettiva equità di accesso alle prestazioni e alle cure sanitarie era stata accompagnata dalle preoccupazioni per la pesante crescita della spesa privata,

per la frammentazione del SSN in «tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato».

L'appello dei 14 scienziati porta sotto gli occhi di tutti l'erosione del SSN e l'attacco al diritto alla salute che – come recita l'articolo 32 della Costituzione – è un «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività».

La sfida odierna torna allora a essere, come era stato nella stagione dei conflitti da cui nacque il SSN, il potenziamento e la riqualificazione della sanità pubblica, in una visione sistemica del modello di salute e di cura, nel segno del rilancio dell'universalismo.

La salute, ambito costitutivo della vita umana, rappresenta il banco di prova principale per rafforzare e risignificare l'universalismo.

L'articolo 3 della Costituzione italiana, dedicato al principio dell'uguaglianza formale e sostanziale, offre un'indicazione di grande rilievo in questa direzione, a partire dalla sua costitutiva doppia dimensione che implica tanto la rimozione delle disuguaglianze, quanto il riconoscimento e l'affermazione del diritto alla differenza nell'uguaglianza.

Uguaglianza e universalismo condividono gli stessi presupposti: la creazione delle condizioni per un effettivo esercizio dei diritti di libertà di tutti e tutte (nella più ampia e plurale declinazione), il rispetto e la valorizzazione di ogni singolarità; la realizzazione personale e quella comune, in comune; il perseguimento e la realizzazione degli obiettivi di libertà, solidarietà e dignità della persona.

La questione della salute e del modello di cura non è un tema “di settore”, da lasciare agli addetti ai lavori, ma è un nodo politico centrale che coinvolge il modello complessivo di società, la relazione tra diritti, doveri e bisogni, la qualità della vita delle persone. Si rende allora necessario mettere la salute al centro del dibattito politico, così come re-immaginare un modello di welfare socio-sanitario che sia ugualitario, con una condivisione della conoscenza e una gestione partecipata.

Negli ultimi tempi vi sono state più iniziative in questa direzione, ma resta ancora molto da fare per allargare le mobilitazioni sulla salute, creare consapevolezza, ricostruire una narrazione alternativa a quella dominante, sviluppare convergenze politiche.

La posta in gioco è infatti tanto il futuro del SSN, il quale solamente può rendere effettivamente esigibile il diritto alla salute, diritto sociale e di libertà per tutte le persone.

Quanto, più in generale, quello del welfare. Un welfare universale e democratico, finalizzato al benessere delle persone, ai loro diritti e bisogni in termini di salute, previdenza, assistenza, istruzione, abitazione, tutela del reddito. Un welfare che però viene sempre più sacrificato dinnanzi a scelte politiche orientate in direzioni opposte: quelle della spesa militare e delle politiche di riarmo.

Per i paesi dell'Unione Europea membri della Nato la spesa militare negli ultimi dieci anni è aumentata in termini reali di quasi il 50%, raggiungendo 215 miliardi nel 2023 (a prezzi costanti del 2015). In Italia, tra il 2013 e 2023, la spesa militare è cresciuta del 26%, quella per l'acquisto di armi del 132%, mentre la spesa pubblica totale è aumentata di appena il 13%, con aumenti dell'11% per quella sanitaria e del 3% per l'istruzione (si veda **Economia a mano armata 2024. Spesa militare e industria delle armi**

**in Europa e in Italia**, a cura di S. Basso, C. Bonaiuti, ebook, Sbilanciamoci-Greenpeace, aprile 2024).

È in questo allarmante contesto che oggi, più che mai, occorre formulare un progetto politico che rimetta la salute e i servizi collettivi di welfare al centro del cambiamento sociale.

### **Appello “Non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico”**

In Italia una delle più grandi conquiste della Repubblica è il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che ha contribuito significativamente a migliorare prospettiva e qualità di vita e a ridurre le disuguaglianze socioeconomiche.

Negli ultimi decenni, in un contesto di marcato miglioramento delle condizioni generali di salute della popolazione mondiale, l'Italia si caratterizza per il maggior incremento – tra i Paesi ad alto reddito – dell'aspettativa di vita, passata da 73,8 a 83,6 anni tra il 1978 (che è l'anno di creazione del SSN) e il 2019 [1]. Ma se segnali preoccupanti si percepivano già prima del 2019, dopo la pandemia molti dati dimostrano che il sistema presenta inequivocabili segni di crisi: frenata o arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente – e talora insostenibile – di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle disuguaglianze regionali e sociali, per citare solo i problemi più importanti.

Quali sono le cause principali?

L'inarrestabile evoluzione tecnologica, con il conseguente incremento dei costi, l'invecchiamento della popolazione e il mutamento degli scenari delle malattie, congiuntamente all'inflazione e alle difficoltà



della finanza pubblica, hanno reso fortemente sottofinanziato il SSN, al quale nel 2025 sarà destinato circa il 6,2% del PIL [2], meno di quanto (6,5%) accadeva 20 anni fa.

Oltre al divario tra costi crescenti e finanziamento decrescente e a un carico di inefficienza e inappropriata, manca un vero dibattito sul nesso tra sostenibilità e diritto alla salute.

### 1. Possiamo fare a meno del SSN?

I Servizi Sanitari universalistici come quello italiano sono stati colpiti duramente dalla crisi economica del 2009, e in alcuni casi (Grecia, Spagna, Portogallo) hanno ridimensionato grandemente il ruolo del pubblico a favore del privato (con una conseguente crescita della spesa sanitaria direttamente a carico dei cittadini) [3]. Dal sistema pubblico viene ancora garantita a tutti una quota di attività (urgenza, ricoveri per acuzie), mentre per un'altra parte dell'assistenza (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, piccola chirurgia) la popolazione è costretta a rinviare gli interventi o indotta a ricorrere al privato e alle assicurazioni. Progredire su questa china, oltre a essere contrario al dettato costituzionale (Art. 32) [4], potrebbe portarci verso il modello USA, che è chiaramente il più oneroso (spesa media più che tripla rispetto all'Italia) e meno efficace (aspettativa di vita inferiore di sei anni) [5, 6]. Noi crediamo che i cittadini non vogliono scegliere questo scenario.

### 2. Stiamo finanziando adeguatamente il nostro SSN?

In Canada, nel 2002, la Commissione incaricata di proporre miglioramenti al SSN nelle sue conclusioni scrisse molto chiaramente che il servizio sanitario è sostenibile se i cittadini lo vogliono. Il che significa che i cittadini ne riconoscono l'importanza, lo sostengono con le loro contribuzioni e lo utilizzano in maniera appropriata [7]. Oggi il SSN è finanziato mediante la fiscalità generale, secondo il principio solidaristico, e la quota di incidenza rispetto al PIL sta scivolando verso il 6%, con un divario di un punto percentuale (corrispondente a circa 20 miliardi di €) rispetto alla media UE, e con differenze molto più marcate nei confronti dei grandi Paesi europei (Francia e Germania spendono oltre il 10% del PIL) [8]. La spesa sanitaria non è grado di assicurare compiutamente il rispetto del Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) [9]. Solo poco più della metà delle Regioni rispettano i LEA, mentre in molte Regioni del Sud l'effettivo esercizio dei diritti non è garantito. L'autonomia differenziata potrebbe approfondire la frattura tra Nord e Sud d'Italia in termini di diritto alla salute, ancora una volta contro i principi della Costituzione [10]. È dunque necessario un piano straordinario di finanziamento del SSN e specifiche risorse devono essere destinate a rimuovere gli squilibri territoriali, come previsto dall'articolo 119 della Costituzione [11].

### 3. Le strutture sanitarie sono moderne e adeguate?

Parte delle nuove risorse dovrebbero essere impiegate per intervenire in profondità sull'edilizia sanitaria, in un Paese dove due ospedali su tre hanno più di 50 anni, e uno su tre è stato costruito prima del 1940, quando la medicina era letteralmente un'altra cosa [12]. La grande maggioranza degli ospedali risulta gravemente obsoleta sia sotto il profilo della sicurezza (sismica, antincendio) sia per le esigenze cliniche e organizzative della medicina moderna. In molti ospedali operano professionisti eccellenti e vengono eseguite procedure di alta specializzazione, con il paradosso di effettuare interventi di assoluta avanguardia in un contesto ottocentesco. Il PNRR pone in parte rimedio alla obsolescenza delle tecnologie, ma per gli ospedali prevede solo alcuni interventi antisismici, ora a rischio [13]. Inoltre, le risorse per l'edilizia sanitaria sono impiegate solo parzialmente dalle Regioni (oltre dieci miliardi sono ancora inutilizzati) e la capacità di spesa di molte Regioni risulta sempre più deteriorata [14, 15].

### 4. Gli operatori del SSN si sentono valorizzati, tutelati e motivati?

Più di quello edile o tecnologico, il grande patrimonio del SSN è il suo personale: se per installare una sofisticata apparecchiatura sono necessari un paio d'anni dal momento della decisione, molti di più occorrono per disporre di professionisti sanitari competenti, per i quali il processo formativo e di aggiornamento continua lungo tutta la vita lavorativa. Ma nello scenario di obsolescenza strutturale, e di fronte a cittadini/pazienti sempre più insoddisfatti (e quindi spesso, purtroppo, aggressivi o rivendicativi) è inevitabile che gli operatori siano sottoposti a una forte pressione, e cresca l'insoddisfazione. Il risultato è una fuga dal pubblico e, nel perimetro del pubblico, dai luoghi di maggior tensione (si pensi, su tutte, all'area dell'urgenza-emergenza), che rischia di creare gravi carenze in

particolare in alcune specialità [16]. È fuori discussione che sia necessario aumentare i compensi agli operatori ma non è solo un problema salariale: molti accetterebbero incrementi contenuti della propria retribuzione se si vedessero garantite condizioni di lavoro soddisfacenti con turni meno usuranti, sicurezza personale, una formazione gratuita e di qualità, maggiori possibilità di carriera professionale, la non perseguibilità penale per errori colposi. Particolarmente grave è inoltre la carenza degli infermieri (in numero ampiamente inferiore alla media europea). Disporre di infermieri e tecnici altamente qualificati potrebbe consentire quella redistribuzione razionale dei compiti tra differenti professionalità sanitarie (oltre a una più flessibile composizione delle equipe assistenziali), della quali è ormai ben dimostrata l'efficacia clinica e l'efficienza organizzativa [17].

#### 5. La continuità assistenziale sta funzionando?

Da decenni si parla di continuità assistenziale (ospedale-territorio-domicilio e viceversa), ma i progressi in questa direzione sono stati limitati. Oggi il problema non è più procrastinabile. Tra 25 anni quasi due italiani su cinque avranno più di 65 anni, molti dei quali affetti da almeno una patologia cronica [18]. Quello cui assistiamo è il paradosso della medicina moderna: il miglioramento nel contrasto a molte malattie comporta un esponenziale incremento dei costi; quello che una volta non si poteva curare ora si cura (talora con grande impiego di risorse) e spesso trasforma una morte certa e in tempi brevi in una patologia cronica che determina costi continuativi per un lungo periodo. Occorre disegnare un percorso, concertato tra tutti i protagonisti, uniforme sul territorio nazionale, di continuità tra ospedale e territorio: dagli Ospedali di comunità alle Case della comunità, dal mondo del Long Term Care alle nuove tecnologie (telemedicina). E che includa, come protagonisti non periferici, anche i Medici di medicina generale, il cui ruolo va rivalorizzato [19].

#### 6. L'organizzazione del SSN e la misurazione dei suoi risultati sono efficienti, efficaci e utilizzano le tecnologie disponibili?

Non abbiamo dati affidabili sulla base dei quali costruire analisi, modelli, ipotesi e programmazione. L'eterogeneità delle 21 Regioni o Province autonome, e al loro interno la difformità dei sistemi informativi e della raccolta dei dati, fanno sì che oggi le informazioni raccolte contribuiscano solo marginalmente alla comprensione della realtà e alla pianificazione del SSN. Esempio in questo senso è il dato relativo alle liste d'attesa, su cui sappiamo troppo poco per poterlo affrontare efficacemente. Un grande sforzo, soprattutto di indirizzo e riorganizzazione, deve essere fatto per raccogliere dati attendibili, elaborarli e analizzarli, per avere una fotografia dell'esistente più prossima alla realtà, che possa permettere interventi correttivi e di programmazione puntuali ed efficaci.

#### 7. Stiamo governando adeguatamente l'immissione delle nuove tecnologie?

L'innovazione in medicina è una spinta formidabile al miglioramento della qualità delle cure, ma in un contesto dominato dalla carenza di pianificazione e da interessi commerciali talora accade che vengano introdotte tecnologie (e tra queste i farmaci) che non producono significativi miglioramenti sul piano clinico (beneficio per il paziente) ma che risultano invece molto onerose. Tecnologie e farmaci poco efficaci o impiegati in modo inappropriato sottraggono risorse ad ambiti dove quelle risorse potrebbero produrre benefici molto più tangibili e rilevanti. Da decenni è sollecitata da più parti la diffusione di metodologie di HTA (Health Technology Assessment – Valutazione delle tecnologie sanitarie), che verifichino, prima dell'introduzione di una tecnologia innovativa, la coerenza del rapporto costo/beneficio, sia a livello nazionale e regionale sia a livello di ASL e Ospedale. Al contempo è necessario investire molto di più in ricerca in tutti gli ambiti; si pensi per esempio alla cura delle malattie rare (pressoché ignorate dall'industria perché non redditizie) o alla questione delle differenze di genere (le donne ricevono farmaci studiati sui maschi ignorando che il metabolismo, l'efficacia e la tolleranza dei farmaci sono diversi nei due sessi).

Ma soprattutto occorre, per quanto sia impopolare, fare delle scelte politiche trasparenti e basate su prove scientifiche su quali prestazioni garantire e quali limitare entro il SSN. La nostra medicina offre troppo ad alcuni (perlopiù ricchi) e troppo poco ad altri (perlopiù poveri). Anche in questo perimetro si deve inserire il potenziamento del SSN nell'ambito della ricerca, sulla scorta di esperienze nazionali (come il GISSI) [20] o internazionali, per produrre prove di efficacia laddove queste scarseggino o siano



controverse. Esempio l'esempio dello studio inglese RECOVERY [21] sul trattamento del COVID-19, condotto nel NHS e decisivo per le scelte terapeutiche.

Inoltre, per i farmaci e i trattamenti innovativi servono nuovi modelli per fissare rimborsi che siano basati, oltre che su ragionevoli margini di profitto, sui reali costi di sviluppo, validazione e produzione.

#### 8. L'accesso alle cure è agevole e sufficientemente tempestivo?

Si è già accennato al tema delle liste d'attesa, ma dovrebbe essere chiaro che la dilatazione – insostenibile – dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è solo il sintomo del complesso di problemi che sta affliggendo il SSN.

Le liste d'attesa producono effetti gravi sulla salute dei cittadini, traducendosi spesso nella rinuncia alle cure [22] (un over-65 su quattro rinuncia nel corso dell'anno ad almeno una prestazione sanitaria) [23]; il fenomeno – e questo è uno degli aspetti più preoccupanti – è ancora più marcato tra i soggetti economicamente fragili, per i quali l'ipotesi di un esborso di denaro per accedere a una prestazione a pagamento non è tra le opzioni percorribili.

L'intervento sulle liste d'attesa deve prevedere una strategia coordinata, che riduca drasticamente l'elevata quota di inappropriata: un cittadino che esegue una prestazione sanitaria inutile, oltre a rischiare di danneggiare la propria salute, certamente sottrae la disponibilità di quella prestazione a un paziente per il quale è necessaria. Attualmente il sistema nel suo complesso prescrive molto di più di quello che è in grado di erogare.

Occorre quindi allineare prescritto e prodotto, utilizzando le tecnologie disponibili per effettuare prenotazioni automatiche all'interno del SSN, e lavorando sia sul lato domanda/prescrizioni (appropriatezza e standard assistenziali coerenti alle risorse disponibili), sia sul lato offerta.

#### 9. Le attuali politiche di prevenzione sono sufficienti?

La spesa per la prevenzione in Italia è da sempre al di sotto di quanto programmato (5% della spesa pubblica) [24], il che dà in parte conto degli insoddisfacenti tassi di adesione ai programmi di screening oncologico che si registrano in quasi tutta Italia.

Ma ancora più evidente è il divario riguardante la prevenzione primaria; se è vero che nel corso degli ultimi decenni si è ridotta la percentuale di fumatori, su altri versanti stiamo assistendo a una preoccupante inversione degli indicatori.

Per fare un esempio, nell'UE abbiamo gli adulti più "magri", ma al contempo abbiamo una delle percentuali più alte di bambini sovrappeso o addirittura obesi, e tale dato correla sia con un cambiamento – preoccupante – delle abitudini alimentari sia con la scarsa propensione degli italiani all'attività fisica [25]. La salute si tutela in tutte le politiche, da quelle industriali a quelle agricole, da quelle urbane a quelle relative alla mobilità (si pensi al modello delle "città dei 15 minuti", i cui obiettivi convergenti sono la riduzione dell'inquinamento atmosferico da traffico veicolare e l'aumento dell'attività fisica da parte dei cittadini) [26].

#### 10. I cittadini sono consapevoli della complessità del tema salute e hanno gli strumenti per essere protagonisti?

I cittadini sono normalmente informati sugli scenari della salute e della sanità (quando non si trovano a farne esperienza diretta) dai media generalisti o dal web. Sono tuttavia spesso disorientati, tra visioni miracolistiche e – all'altro estremo – diffidenza o sospetto che possono trasformarsi in rifiuto della "medicina ufficiale" (con conseguenze talora serie per la loro salute).

Rendere i cittadini protagonisti in ambito sanitario necessita di un grande investimento – di portata strategica, e prevalentemente culturale – per aumentare le loro conoscenze scientifiche e la consapevolezza di come tutelare la loro salute.

Questo potrebbe consentire ai cittadini di comprendere come le politiche ambientali, urbane, industriali, del territorio, sono determinanti fondamentali nella tutela e nella promozione della loro salute, e uscire dalla diade fideismo-negazionismo. Per il punto precedente e per questo, il SSN può essere uno straordinario promotore di cultura e di iniziative intersettoriali, se tutti lo sosteniamo come patrimonio condiviso.

Tra qualche anno celebreremo il 50° compleanno del nostro SSN: mantenerlo efficiente e in buona salute è un dovere morale verso le prossime generazioni, per non disperdere un patrimonio unico che abbiamo avuto la fortuna di ereditare.

<https://centroriformastato.it/il-futuro-della-sanita-pubblica-e-del-welfare/>



## **Cattolica: italiani insoddisfatti del Ssn, liste d'attesa insostenibili per 9 su 10 e difficoltà nella specialistica**

Tra tempi di attesa insostenibili e difficoltà a sottoporsi a visite specialistiche valutate adeguate, gli italiani si dicono insoddisfatti del Servizio Sanitario Nazionale: quasi 9 su 10 ritengono che il principale problema è legato ai tempi di attesa per una prima visita (per 88% degli italiani si aspetta troppo), per esami diagnostici specifici o per esami di controllo (85%) e per le liste d'attesa per eventuali interventi chirurgici (84%). Inoltre, quasi 7 italiani su 10 considera difficile reperire uno specialista, mentre 5 su 10 lamentano di non riuscire a trovare sempre medici competenti.

Il 49% ripone piena fiducia nel SSN, mentre il 51% non si fida.

Quasi 8 italiani su 10 sono critici sulla qualità del sistema sanitario regionale, che salgono a 9 su 10 se si guarda a quello nazionale.

Quale dato positivo oltre metà degli italiani si sente in buona salute.

È questo in estrema sintesi l'esito del "check-up" sulla salute degli italiani e sul Sistema sanitario nazionale che emerge da EngageMinds Hub, Centro di ricerca dell'Università Cattolica, campus di Cremona diretto dalla professoressa Guendalina Graffigna.

L'indagine rivela che gli italiani sono sempre più attenti nella gestione della loro salute, ma che non per tutti il personale sanitario risponde adeguatamente alle esigenze e soprattutto il Sistema sanitario nazionale sembra non stare al passo con le richieste dei cittadini.

La survey, su un campione rappresentativo del Paese<sup>[1]</sup>, mostra una spaccatura tra gli italiani per quanto riguarda la percezione della competenza dei medici: più critiche le donne (55%), coloro che si orientano politicamente a destra (59%) e chi ha una bassa fiducia nel Servizio Sanitario Nazionale (54%).

Rispetto alle difficoltà sui tempi di prenotazione per una prima visita espressa da 9 italiani su 10, le donne manifestano maggiormente questo disagio (90%), forse perché tradizionalmente sono loro a farsi maggiormente carico delle iniziative di cura della famiglia.

A seguire troviamo le persone che vivono nel Sud Italia e nelle Isole (90%), gli over 59 (94%) e gli italiani che hanno una malattia cronica (95%).

Inoltre, 6 italiani su 10 riferiscono di essere in buono stato di salute, poco più di 2 su 10 gode di una salute molto buona, mentre quasi 2 su 10 dichiara di avere uno stato di salute non ottimale.

Non solo, in generale gli italiani ritengono di essere in grado di gestire la propria salute in modo efficace (67%) credendo sia importante collaborare con il personale sanitario (circa 8 italiani su 10), per occuparsene al meglio. In realtà però quando rilevano sintomi che ritengono inusuali o variazioni nel loro stato di salute, solo 4 su 10 ne parla con il medico.

Coloro che sono abituati a confidarsi con i medici, sono per la maggior parte gli anziani (68%), chi ha alta fiducia nel Servizio Sanitario nazionale (73%) e nella ricerca scientifica (65%).

E ancora il 47% degli italiani non condivide con i medici di famiglia le preoccupazioni sullo stato di salute.

Lo studio segnala però una crescita significativa rispetto al gennaio 2022 della percentuale degli italiani che danno valore alla collaborazione con il personale sanitario: si è passati da un 71% del 2022 all'80% del 2024.

“Le evidenze rilevate dall'ultimo Engagement Monitor - dichiara **Guendalina Graffigna**, direttrice di EngageMinds Hub dell'Università Cattolica - tratteggiano sì il quadro di un cittadino italiano sempre più attento alla sua salute e proattivo nella gestione della cura, ma le cui aspettative di “engagement” nel percorso sanitario sono in qualche modo frustrate dall'esperienza di un personale

sanitario non sempre disponibile o pronto a cogliere anche questa nuova dimensione partecipativa e psico-sociale del paziente”.

Ecco che oltre 7 italiani su 10 ritengono che il Governo debba investire più risorse sul sistema sanitario pubblico, mentre solo 2 connazionali su 10 pensano che sia meglio farlo nel privato.

E ancora, oltre 8 italiani su 10 sono sfiduciati sull’impatto reale del PNRR in tema di riforme da attuare in ambito sanitario.

“Gli italiani appaiono divisi tra chi guarda di buon grado la sanità privata (tendenzialmente tra i più giovani) e chi invece auspica maggiori investimenti e rilancio della sanità pubblica - continua Graffigna -. In generale quello su cui si dovrebbe investire è anche la promozione di un engagement consapevole dei cittadini nella loro fruizione del sistema sanitario nazionale, volto a valorizzarne la dimensione di bene comune, e quindi di corresponsabilità dei fruitori stessi nella sua efficienza e sostenibilità”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-04-16/cattolica-italiani-insoddisfatti-ssn-liste-d-attesa-insostenibili-9-10-e-difficolta-specialistica-142558.php?uuid=AFaRvySB&cmpid=nlqf>



## **Kluge (Oms Europa): "Italia non aderirà a Green pass? Ci rifletta bene"**

09 aprile 2024 | 12.39

**Redazione Adnkronos**

*Intervista all'Adnkronos Salute: "Ogni Paese ha diritto di decidere ma minacce salute responsabilità condivisa, a fine mese Rete paneuropea controllo malattie"*

"Il Green pass" globale "proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e dall'Ue è una sorta di fascicolo sanitario elettronico, come quello fornito dalle autorità sanitarie locali, ma verificabile e accettato in tutto il mondo. Ogni Paese sovrano ha il diritto di decidere se aderire al nuovo sistema di Green pass. Vorrei incoraggiare tutti i Paesi - compresa l'Italia - a riflettere attentamente su come gestirebbero la prossima crisi sanitaria". E' un invito a considerare tutti gli elementi, anche gli scenari futuri, quello lanciato da Hans Kluge, direttore dell'Ufficio regionale dell'Oms per l'Europa, in un'intervista all'Adnkronos Salute in occasione della sua visita in Italia per celebrare il 20esimo anniversario dell'Ufficio Oms di Venezia.

Oggi nel capoluogo veneto - alla presenza di istituzioni italiane e internazionali, e di leader di settori chiave, dall'economia alla salute e allo sviluppo sostenibile - si parla anche di questo: di come costruire società resilienti e più sane, che non lascino indietro nessuno. "Crediamo che ci sia bisogno di più, e non di meno, cooperazione e scambio per aiutare a prevenire o rispondere alla prossima grande emergenza sanitaria", avverte Kluge. E infatti, aggiunge, "l'Oms Europa lancerà alla fine di questo mese una Rete paneuropea per il controllo delle malattie, composta da Paesi Ue e non Ue della regione europea, che include l'Asia centrale".

"La pandemia - evidenza - ha dimostrato che molte delle sfide odierne per i sistemi sanitari sono sfide condivise, cosa che sta spingendo la Commissione europea a presentare proposte per un'Unione sanitaria europea più forte. Sebbene l'obiettivo primario sia rafforzare il quadro di sicurezza sanitaria dell'Ue in risposta alle minacce transfrontaliere, ciò è accompagnato da un rinnovato e più ampio impegno politico per migliorare i sistemi sanitari europei e investire nella loro resilienza e sostenibilità". L'Oms Europa, assicura Kluge, "accoglie con grande favore questa iniziativa e il riconoscimento esplicito che sia le minacce sanitarie note sia quelle ancora sconosciute sono nostra responsabilità condivisa, perché virus e batteri non conoscono confini". Da qui l'impegno per la Rete paneuropea per il controllo delle malattie. "Questa - spiega - è stata una delle raccomandazioni chiave di una commissione indipendente, presieduta dall'ex premier italiano Mario Monti, sugli insegnamenti tratti dalla pandemia".

I componenti di questa nuova rete per il controllo delle malattie "punteranno a rilevare, verificare e notificare rapidamente l'uno all'altro eventuali nuove minacce sanitarie in evoluzione, dalle malattie infettive emergenti alla resistenza antimicrobica", illustra Kluge.

"A livello globale - ricorda Kluge - l'incapacità di prevenire e quindi poi di gestire adeguatamente la pandemia di Covid-19 ha comportato un'immensa perdita di vite umane e di salute, nonché un'interruzione senza precedenti delle attività sociali ed economiche in tutto il mondo". Aver sperimentato tutto ciò "ha creato lo slancio per riformare l'architettura sanitaria globale. Come parte di questo processo è stato suggerito un Green pass globale, che sarebbe fundamentalmente un'estensione e digitalizzazione della cosiddetta 'Yellow card'", una sorta di 'passaporto medico', "in uso anche in Italia, necessaria per verificare la vaccinazione contro alcune malattie pericolose e richiesta per l'ingresso in alcuni Paesi", conclude.

### **"Oggi non si monitora Long Covid e servono altri studi"**

"L'elevato livello di incertezza sul Long Covid richiede ulteriori studi. Sono necessarie ulteriori ricerche sulla prevalenza e sui sintomi debilitanti, compreso il modo in cui questi influiscono sul mercato del lavoro, sulla forza lavoro sanitaria e sull'economia in generale. Solo allora potremo progettare le politiche e le pratiche giuste. I Paesi della regione europea non stanno monitorando e riportando i dati chiave in modo coerente, il che rende molto più difficile per i decisori politici affrontare i gap e i problemi dei nostri sistemi sanitari", è il monito lanciato da Hans Kluge.

"Il peso del Covid-19 e del Long Covid - osserva all'Adnkronos Salute - stanno esacerbando la pressione sui nostri sistemi sanitari sulla scia della pandemia. Ciò è in parte dovuto anche al fatto che gli operatori sanitari e sociali sono stati tra i più esposti alla malattia e, quindi, a rischio molto più elevato di Long Covid. Si stima che circa 36 milioni di persone nella regione europea dell'Oms possano aver sperimentato sintomi di Long Covid nei primi tre anni della pandemia, tra cui 1,4 milioni di persone in Italia. Nel frattempo, l'Europa è attualmente alle prese con una carenza di 2 milioni di operatori sanitari, triste eredità della pandemia e di anni di investimenti insufficienti. Nell'Ue si calcola che il Long Covid abbia ridotto l'offerta di lavoro di una quota pari a 663mila persone nel 2021 e fino a 1,1 milioni nel 2022".

Ecco l'impatto della sindrome post virus descritto da Kluge, secondo cui servono segnalazioni, sorveglianza e diagnostica migliori, nonché dati su ricoveri, mortalità e costi sanitari.

"Altrimenti resteremo all'oscuro. L'Oms Europa - sottolinea - sta cercando di colmare il gap di conoscenze sull'impatto del Long Covid sul personale sanitario". Fra le attività che si stanno portando avanti, "stiamo supportando l'introduzione di raccomandazioni sulla gestione clinica, oltre che su trattamenti specifici e di supporto per chi convive con il Long Covid da tanto tempo. E stiamo diffondendo linee guida sulle migliori pratiche nella riabilitazione. Manteniamo stretti legami anche con i gruppi dei pazienti - elenca - L'Oms Europa sta attualmente finalizzando i risultati di un'indagine in 5 Paesi (Italia, Regno Unito, Polonia, Georgia e Armenia) per descrivere l'impatto di Covid e Long Covid sul personale della riabilitazione e formulare raccomandazioni per una futura risposta all'emergenza. I risultati - conclude il direttore - saranno presto resi pubblici".

### **"Oms pienamente allineata con priorità salute dettate da Italia durante G7"**

"L'Organizzazione mondiale della sanità è pienamente allineata con le priorità di salute dell'Italia sotto la presidenza del G7": la "prevenzione per tutto l'arco della vita" per un invecchiamento "sano e attivo", "riformare l'Oms", "sostenere il principio 'One Health' in tutte le politiche sanitarie".

"E' diventato evidente che dobbiamo costruire nuove alleanze tra i settori finanziario, economico e sanitario", avverte Kluge. Perché, "come ha dimostrato la pandemia, la salute e l'economia sono indissolubilmente legate". Ed è "chiaro che le disuguaglianze possono avere conseguenze devastanti sulla performance economica e sulla resilienza. E' interessante notare che un numero crescente di Paesi e organizzazioni internazionali stanno portando avanti innovazioni su tasse e spesa per benessere, equità e salute delle società. Stiamo vedendo il benessere e l'equità in cima all'agenda politica dei governi e delle Nazioni Unite", rimarca.

Sempre in questa direzione, conclude, "nel settembre di quest'anno gli Stati membri si riuniranno nel Summit for the Future, che ci si aspetta concordi un Patto. Nella bozza del documento si sottolinea l'intenzione di

andare oltre il Pil per misurare cosa conta per le persone, il pianeta e il futuro e per riformare l'architettura finanziaria internazionale".

"Quest'anno, il 2024, segna il momento in cui in Europa il numero di persone anziane (over 65) supererà il numero di bambini e adolescenti (di età inferiore a 15 anni), con implicazioni significative sulla politica sanitaria. Si vive sempre più a lungo, in parte grazie a una migliore assistenza sanitaria. E si stima che entro il 2050 l'Ue ospiterà circa 500mila persone di età pari o superiore a 100 anni. Immaginatelo: mezzo milione di centenari in Europa entro i prossimi 26 anni", ha detto ancora Kluge.

"Almeno la metà della nostra salute è determinata dai fattori sociali ed economici (come istruzione, alloggio e reddito)", ricorda Kluge. E con l'aumento degli over 65 che popoleranno sempre di più la regione, e il grande 'sorpasso' sui giovanissimi, "prevenire situazioni di cattiva salute nell'arco della vita di una persona è fondamentale se vogliamo alleggerire la pressione sui nostri servizi sanitari sovraccarichi. E questo ci impone di affrontare le disuguaglianze sanitarie, sociali ed economiche in tutta la regione europea. Gli ultimi due decenni le hanno viste crescere. I ricchi sempre più ricchi e i poveri sempre più poveri. E i nostri sistemi sanitari finanziati con fondi pubblici faticano a tenere il passo con la domanda" di prestazioni "che aumenta e con risorse inadeguate".

"Molti più anziani vivono non solo in condizioni di salute precarie evitabili, ma anche in case e quartieri poveri, altro fattore evitabile, lottando per riuscire sbarcare il lunario e scegliere tra" bisogni primari come "l'acquisto di medicinali e il riscaldamento della propria casa", conclude il direttore di Oms Europa, ricordando l'impegno su questo fronte dell'Ufficio Oms di Venezia, che "negli ultimi 20 anni ha prodotto evidenze su cosa dobbiamo fare per ridurre privazione e povertà, e su come farlo".

### **"Report Covid su Italia era indipendente e voleva condividere lezioni"**

"Il 13 maggio 2020, l'Ufficio regionale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per l'Europa ha pubblicato un documento intitolato 'Una sfida senza precedenti: la prima risposta dell'Italia a Covid-19'. Il documento, scritto da esperti indipendenti, si concentrava sulla risposta del Governo italiano alla pandemia. Gli obiettivi del rapporto erano documentare le prime lezioni apprese dalla risposta italiana e condividerle con i Paesi che non erano ancora nella fase epidemica conclamata", ha affermato Kluge.

"La pandemia di Covid-19 era senza precedenti e la stragrande maggioranza dei Paesi - se non tutti - hanno dovuto affrontare sfide enormi, inclusa l'Italia che è stato il primo Paese della regione europea ad essere duramente colpito", ha evidenziato ancora in occasione della sua visita in Italia per il 20esimo anniversario dell'Ufficio Oms di Venezia, cercando di spiegare il valore del report finito al centro di polemiche. "All'Oms crediamo nel potere della scienza e delle evidenze, e nella possibilità di imparare gli uni dagli altri. E questo era lo scopo previsto del rapporto sulla risposta iniziale dell'Italia a Covid", conclude.

### **"Economia sia leva equità cure, ufficio Venezia strategico"**

"La prosperità economica e l'equità sanitaria non sono in contrasto tra loro. Se vogliamo costruire società più sane, felici, eque e stabili, dobbiamo ripensare l'economia moderna e sono orgoglioso del ruolo cruciale che l'Ufficio Oms di Venezia ha giocato e sta giocando per aiutarci a raggiungere questo obiettivo. Sono impaziente di andare avanti con questa partnership con l'Italia come Paese ospitante per questo lavoro vitale". La lotta alle disparità in materia di salute è un impegno di lungo corso dell'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità per gli investimenti per la salute e lo sviluppo (Oms/Europe Venice Office), assicura Kluge.

"Obiettivo chiave" dell'ufficio in Italia è infatti "quello di mettere in luce le evidenti disuguaglianze sanitarie nelle nostre società e offrire soluzioni su come affrontarle", ha spiegato. Le istituzioni italiane e internazionali partecipanti si confrontano su questa sfida, che è diventata sempre più un'urgenza "perché - osserva Kluge - purtroppo una buona salute non è universale, dipende in gran parte da dove sei nato e dalle opportunità che hai nella vita. Le disuguaglianze sanitarie sono principalmente determinate da fattori sociali ed economici. E i determinanti non medici della salute (come l'istruzione, il reddito e la sicurezza del lavoro) possono avere un impatto maggiore rispetto all'assistenza sanitaria o alle scelte di vita. Dobbiamo innanzitutto affrontare le ragioni della cattiva salute per migliorarla".

Fra le varie attività portate avanti in questi due decenni, "l'ufficio di Venezia sta mettendo insieme i settori finanziario e di sanità pubblica con le banche centrali per trovare un terreno comune" e far sì che "le alleanze



tra partner che solitamente non collaborano possano effettivamente produrre risultati positivi di salute per le persone, ovunque e allo stesso modo. Il lavoro pionieristico della sede veneziana contribuirà a porre le basi per il prossimo Wellbeing Economy Forum in Islanda a giugno e per il Forum of the Future delle Nazioni Unite a settembre", continua Kluge, dicendosi poi "grato" all'ex premier Mario Monti "per aver presieduto la Commissione paneuropea sulla salute e lo sviluppo sostenibile, che ha formulato una serie di raccomandazioni basate sulle lezioni apprese da Covid. Tra queste l'appello per la creazione di una task force globale su salute e finanza, subito accolto dal G20, di cui ovviamente l'Italia è parte".

### **"1.500 attacchi a sanità, da Italia aiuti per 1,4 mld dollari"**

"Sono ottimista sul fatto che il sistema sanitario ucraino resisterà a questa guerra devastante. Ma ciò dipenderà non in piccola parte dall'impegno dei numerosi donatori europei e di tutto il mondo che hanno contribuito a garantire che il sistema sanitario sia ancora in piedi, compresa l'Italia. Roma ha finora impegnato 1,4 miliardi di dollari in assistenza finanziaria all'Ucraina", ha evidenziato ancora il direttore regionale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per l'Europa.

Gli attacchi contro i civili e le infrastrutture civili devono finire - ammonisce Kluge - Negli ultimi mesi l'Ucraina ha registrato un'intensificarsi di questi attacchi, anche nella capitale Kiev". Episodi che "hanno finora ucciso centinaia di persone e lasciato milioni senza riscaldamento, elettricità e acqua. Dall'inizio della guerra abbiamo accertato oltre 1.500 attacchi alla sanità", aggiorna il direttore. "Non c'è niente di peggio di un conflitto per la salute. E' la conclusione di una recente analisi" proprio "dell'Ufficio Oms di Venezia". Situazioni di insicurezza come la guerra fanno sì che "sempre più persone" non solo "perdano l'accesso ai servizi sanitari di cui hanno bisogno, ma anche la fiducia nelle istituzioni che sono alla base di una società ben funzionante - analizza Kluge - Il sistema sanitario ucraino ha mostrato notevole resilienza e resistenza negli ultimi due anni, e dobbiamo fare il possibile per garantire che rimanga tale. I disagi sono stati significativi, l'impegno di operatori sanitari e ministero della Salute del Paese è stato esemplare".

Ovviamente, ha continuato il numero uno di Oms Europa, "nel medio e lungo termine lo stato sanitario dell'Ucraina è una delle maggiori preoccupazioni. In primo luogo per le malattie non trasmissibili che rappresentano le principali cause di malattia e morte nel Paese, con una percentuale dell'84%. La necessità di riabilitazione fisica e di protesi continuerà a crescere con l'aumento dei pazienti" con "lesioni traumatiche riportate durante il conflitto. La violenza di genere è un problema importante, con il 26% delle donne e delle ragazze", una su 4, "che la subiscono da parte di un partner intimo. Inoltre, la nazione affronta un carico significativo legato ad Hiv, tubercolosi e mortalità materna", mentre resta "incombente" un "potenziale" rischio "di epidemie se le condizioni attuali persistono". "Stiamo lavorando col ministero della Salute ucraino per garantire supporto continuo laddove ce n'è più bisogno - conclude Kluge - Nell'ultimo anno abbiamo formato più di 2mila medici a riconoscere e trattare la violenza di genere in Ucraina e nei Paesi che accolgono rifugiati ucraini".

### **"IA pone sfide ma sarà svolta radicale nei prossimi anni"**

"L'intelligenza artificiale cambierà radicalmente ogni aspetto della vita umana. Il Fondo monetario internazionale prevede che nei prossimi anni il 40% dei lavori sarà influenzato in qualche modo dall'AI, anche nel settore sanitario e assistenziale. Inoltre, si prevede che entro il 2030 i prodotti e i servizi dell'AI contribuiranno con 15,7 trilioni di dollari all'economia globale, più della produzione attuale di Cina e India messe insieme. La ricerca dell'innovazione per la salute non è priva di ostacoli. Dalle barriere normative ai vincoli finanziari, dai dilemmi etici alle preoccupazioni sulla privacy dei dati, il percorso è irto di sfide che richiedono un'attenta navigazione. Tuttavia, queste sfide non dovrebbero scoraggiarci, ma piuttosto galvanizzare la nostra determinazione a superare i limiti di ciò che è possibile". E' l'analisi di Kluge.

L'AI è una promessa. Tuttavia, puntualizza all'Adnkronos Salute in occasione della sua visita in Italia per il 20esimo anniversario dell'Ufficio Oms di Venezia, "dobbiamo spostare l'attenzione dai soli ritorni economici all'impatto più ampio delle soluzioni innovative sulla salute pubblica. Allineando le politiche con l'obiettivo di migliorare i risultati sanitari per tutti, possiamo affrontare meglio le disparità nell'accesso all'assistenza sanitaria e fornire soluzioni sostenibili".

Oggi "stiamo già assistendo al lancio di strumenti di intelligenza artificiale nei sistemi sanitari per supportare una vasta gamma di compiti, dall'analisi delle cellule tumorali alla chirurgia robotica", ricorda Kluge. "Proprio

la settimana scorsa - cita come esempio - l'Oms ha lanciato Sarah (Smart AI Resource Assistant for Health), un prototipo di promoter digitale della salute", assistente virtuale "con una risposta empatica potenziata, alimentato dall'intelligenza artificiale generativa. Rappresenta un'evoluzione degli avatar di informazioni sanitarie basati sull'AI, utilizzando nuovi modelli linguistici e tecnologie all'avanguardia. Può coinvolgere gli utenti 24 ore al giorno in 8 lingue su molteplici argomenti sanitari, su qualsiasi dispositivo". Insomma, conclude il direttore di Oms Europa, "promuovendo una cultura dell'innovazione, coltivando le menti creative, possiamo affrontare le sfide sanitarie più urgenti del nostro tempo e l'intelligenza artificiale sarà parte della soluzione negli anni a venire. Sono fermamente convinto che la salute debba essere un motore piuttosto che un semplice destinatario di innovazione. Dalle tecnologie all'avanguardia come i vaccini a mRNA fino alla diagnostica guidata dall'AI, il potenziale per trasformare l'assistenza sanitaria è illimitato". (di Lucia Scopelliti)

[Kluge \(Oms Europa\) sul Green pass globale: "Italia non aderirà? Ci rifletta bene" \(adnkronos.com\)](#)

## La Commissione BMJ sul futuro del NHS



[The BMJ Commission on the Future of the NHS | The BMJ](#)

Nel suo 75° anno, l'NHS non è mai stato in una crisi più profonda e, sebbene i problemi possano sembrare insolubili, crediamo che valga la pena lottare per la premessa centrale dell'NHS – un servizio sanitario gratuito presso il punto di cura per tutta la popolazione. È possibile creare una visione per una società che dia priorità ai risultati relativi alla salute e al benessere con il NHS al centro.

Lo scopo della nostra Commissione NHS è quello di identificare le aree chiave per l'analisi e riunirle in un rapporto disponibile al pubblico entro gennaio 2024.

La nostra commissione esporrà questa visione e formulerà raccomandazioni su come arrivarci.

### **La Commissione del BMJ sul futuro del NHS**

**BMJ 2023; 381 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.p1000>**

(Pubblicato il 04 mag 2023) Citalo come: BMJ 2023; 381:p1000



## Ripensarci tutti insieme come “costruttori di salute”

**Paolo Petralia**

*Ripensarci tutti insieme come “costruttori di salute”, a partire dal riconoscimento del suo essere un bene comune — contemporaneamente di ciascuno e di tutti — e come tale, esigenza fondamentale della persona. Vale la pena interpretare in questa prospettiva la sanità pubblica italiana, che sta attraversando un momento particolarmente critico sotto diversi punti di vista, ma potenzialmente altrettanto foriero di occasioni di miglioramento.*

### **Gli elementi della crisi**

Come ogni tempo di cambiamento, il carattere di “crisi” accentua l’esigenza di revisione e di ripartenza, con il suo carico di aspettative correlate: e così è anche per il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

La domanda di salute cresce e le aspettative della popolazione di ricevere cure secondo criteri di equità sono sempre più pressanti. A cominciare dall’esigibilità dei LEA e dal recupero ancora di quel terzo di prestazioni perso durante la pandemia, nonché dallo sviluppo delle nuove attività previste dal rilancio della sanità territoriale con il DM 77/22 e dagli investimenti in edilizia, tecnologia e digitalizzazione sanitaria determinati dal PNRR.

Un periodo tutt’altro che semplice, caratterizzato però innanzitutto dalla “fuga” del personale sanitario dalle Aziende pubbliche, che si manifesta attraverso una serie di epifenomeni che rappresentano un segnale da non sottovalutare: la fuga del personale medico dalle corsie e dal rapporto di lavoro dipendente a favore del lavoro nel settore privato o nelle cooperative di professionisti; la progressiva cessazione dal rapporto di lavoro dei Medici di Medicina Generale non sostituiti da giovani medici; la progressiva riduzione del personale infermieristico in servizio accompagnata dalla carenza di immatricolazioni alle facoltà delle professioni infermieristiche. Nelle nostre Aziende manca il ricambio generazionale, gli organici sono sempre più vecchi e i posti disponibili in alcune specialità mediche e nella facoltà di infermieristica non vengono saturati da nuovi iscritti, quasi a caratterizzare una vera e propria “crisi vocazionale”, ammettendo che queste professioni non rispondono più alle aspettative dei giovani.

Alla carenza di risorse umane – il principale capitale aziendale – si aggiunge la contestuale contrazione di risorse economiche, a rendere sempre meno sostenibile il rapporto tra costi di produzione e prestazioni sociosanitarie erogate: non solo in ragione della spinta inflattiva, della crisi energetica e delle parziali mancate coperture alle spese straordinarie, che stanno mandando in crisi i conti delle Regioni fin qui più virtuose. Ma anche per la costante crescita del costo dei fattori produttivi in sé, come i farmaci e i dispositivi medici, e la non riduzione delle prestazioni inappropriate. In questa congiuntura, l’indicazione di rallentamento se non di riduzione per il prossimo triennio delle risorse a finanziamento del fondo sanitario nazionale aggiungono un forte rischio di insostenibilità di sistema e di perdita di equità nell’accesso alle cure.

### **Cambiare rotta**

Come riuscire a coniugare allora, ad esempio, l’aumento del reclutamento del personale sanitario, l’abbattimento delle liste di attesa e la ripresa degli screening con un riparto delle risorse insufficiente? Certamente valorizzando competenze e eccellenze, efficientando le integrazioni tra ospedale e territorio e tra sociale e sanitario, e promuovendo con lo sviluppo della ricerca e del trasferimento tecnologico il motore dell’innovazione. Non dimenticando però la necessaria contestuale valorizzazione degli Operatori in termini di carriere e contratti, ma anche di regole di ingaggio e di eliminazione di tetti di spesa. E naturalmente con un fondo sanitario nazionale saldamente ancorato ad una percentuale sostenibile del prodotto interno lordo, comprensibilmente difficile da farsi nel quadro della finanza pubblica ma necessario alla salvaguardia della tenuta del SSN.

Certamente però servono anche cambiamenti: a cominciare dalla riflessione su di un universalismo selettivo per le prestazioni offerte dal SSN, a nuove politiche di responsabilizzazione dei professionisti prescrittori delle stesse, fino ad un ruolo esigibile dei cittadini come parte integrante e attiva nei percorsi di prevenzione e di salute, al di là ed oltre quello di passivo utente del diritto alle cure.

## Il management del cambiamento

In tutto questo il management aziendale gioca un ruolo fondamentale, come regista del cambiamento e di una stagione di partecipazione e coinvolgimento nella governance sociosanitaria di tutti gli attori comunitari. Per costruire una sanità di prossimità e personalizzata, orizzonte costitutivo di una medicina umanizzata e umanizzante, sempre più evocata ed invocata a tutti i livelli. Ma al tempo stesso capace di introdurre metodologie gestionali innovative e di valore, come la digitalizzazione – paradigma di un nuovo ecosistema per attività globali, ad alto contenuto tecnologico e fruibili anche a distanza – ed un pensiero “snello e dirompente” con cui fornire alla governance aziendale principi, strumenti e opportunità di innovazione e cambiamento reale che poi si possono tradurre in beneficio per l’organizzazione. Una delle strade per un rinnovamento sostenibile, capace di ingaggiare le persone dal punto di vista delle soft-skill e della motivazione: partecipare a un cambiamento significa dunque migliorare se stessi e la propria organizzazione, realizzando strutture gestionali agili, che lavorano per processi e che si pongono l’obiettivo di eliminare gli sprechi, ricercando aree di miglioramento e di valore, nel rispetto degli attori coinvolti.

Lavorare su ciascuna di queste prospettive potrà offrire spunti e considerazioni utili per tentare tutti insieme, come “costruttori di salute”, un rilancio del nostro sistema sanitario nazionale, in termini di investimento sulla salute e pertanto, a cascata, su tutte le politiche settoriali del Paese.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/04/07/ripensarci-tutti-insieme-come-costruttori-di-salute/>



## Miracolo in corsia

Apr 12, 2024 | Editoriali, Evidenza

*Ha avuto vasta eco mediatica il documento, sottoscritto dal Nobel Parisi e da altri tredici studiosi di varie discipline collegate alla sanità, che propone di aumentare sensibilmente il Fondo sanitario nazionale, portandolo all’8% del Pil dall’attuale 6,2 che ci colloca agli ultimi posti fra i paesi dell’Ocse*

**Giovanni Monchiero**, Vice Direttore di Panorama della Sanità

Si tratterebbe di circa 32 miliardi di euro, una cifra molto lontana dal trend di incremento della spesa sanitaria che ha fatto registrare un picco ai tempi del Covid faticosamente mantenuto, in termini assoluti, negli anni successivi segnati, peraltro, da gravissima inflazione. Chi tiene i cordoni della borsa non ha battuto ciglio, impegnato com’è a ricomporre l’equilibrio dei conti pubblici messo a dura prova dal folle bonus del 110 per cento, che di miliardi ne è già costato 120 e che rischia di arrivare a 200. Mentre ogni giorno nuove statistiche ci mostrano l’incremento del numero di chi incontra difficoltà ad accedere alle cure, di chi è costretto a pagarsi le visite o addirittura vi rinuncia, fa male al cuore constatare che un governo ha buttato alle ortiche un’intera annualità di spesa sanitaria e che quelli successivi ancora non sono riusciti a tamponare la falla. La politica che siamo soliti considerare inutile può rivelarsi tragicamente dannosa.

Il clamore suscitato dall’iniziativa dei quattordici offre indiretto sostegno a coloro che ritengono improcrastinabile una riforma del sistema sanitario che, utilizzando le potenzialità delle nuove tecnologie, lo adegui strutturalmente ai bisogni e lo spogli di procedure obsolete. Anche su questo tema la politica fa orecchie da mercante, trincerandosi dietro alle difficoltà economiche e al potere diffuso: ricondurre ad unità i 21 servizi sanitari regionali sarebbe già memorabile impresa.

La politica non ama esprimere una visione d’insieme né guardare al futuro: preferisce misurarsi con il contingente. Il tema del giorno è, da anni, la lunghezza delle liste d’attesa. Molti sono stati gli interventi, ma la situazione è costantemente peggiorata. Il governo ha scelto la via di destinare risorse vincolate e qualche risultato probabilmente lo otterrà.

Correlata alle liste d'attesa è la polemica sulla libera professione intra-moenia che la Bindi si sforzò di disciplinare ricevendo aspre critiche, nell'immediato dai medici e, oggi, dalla politica e dai suoi dintorni. La libera professione – da sempre esercitata dai sanitari – comporta di per sé un atteggiamento di favore verso chi paga. Ma nel contesto di un servizio pubblico caratterizzato da difficoltà di accesso a prestazioni garantite dai Lea, accresce la percezione di un'ingiustizia.

L'argomento meriterebbe una trattazione ben più profonda che rinvio ad altra occasione. Mi limito, qui, ad osservare che per correggere la stortura percepita ognuno dice la sua. Degna di nota, anche per l'autorevolezza del proponente, l'idea del sottosegretario Gemmato che, rispondendo ad una interrogazione, ha promesso un intervento governativo per monitorare i tempi di attesa della libera professione "per ricondurli in uno con l'attività istituzionale".

La proposta di allungare, in un empito di egualitarismo, l'attesa dei paganti uniformandola a quella generale, mi fa venire in mente una vecchia storiella da avanspettacolo che avrete sentito da barzellettieri di un paio di generazioni. Un giovanotto di bell'aspetto che, a seguito di un incidente, ha perso l'uso di un braccio, disperato per i modesti risultati ottenuti dalla scienza, decide di recarsi a Lourdes a invocare il miracolo. Alla grotta si prostra davanti alla statua dell'Immacolata e la prega: "Madonnina, fa che diventi come l'altro". Un lampo accecante, un rombo di tuono e si ritrova con entrambe le braccia paralizzate.

<https://panoramadellasanita.it/site/miracolo-in-corsia/>

**quotidianosanita.it**

## **Il tempo stringe, dal Manifesto all'azione per mantenere in vita il sistema sanitario nazionale**

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

*Propongo che gli estensori del Manifesto in accordo con il Group Coordinator-C7 2024, per la Global Health Sergio Iavicoli, Direttore Generale del Ministero della Salute e Stefania Burbo, Global Health Working Group Coordinator-C7 2024 Ministero dell'Economia e delle Finanze, Riccardo Moro, GCAP Italia, lavorino ad una proposta da portare ad Ancona, perché nell'ambito dei ministri della salute G7 l'Italia proponga che nel bilancio degli stati, compreso quello della nuova Europa, che uscirà dalle elezioni di giugno, venga aumentata la quota destinata alla salute*

**12 APR -**

È inutile dire della soddisfazione provata, alla lettura del manifesto degli scienziati per la difesa del nostro SSN, molti dei quali conosco personalmente, da Luzzato a Garattini, da Mantovani a Francesco Longo, da anni impegnati nella ricerca e nella prassi, dedicati in scienza e coscienza, alle politiche della salute congrue ai bisogni dei cittadini.

Stiamo invecchiando tutti, con una amarezza nel cuore e nella mente, dopo tanti anni in cui ognuno di noi si è speso per affermare un SSN universalistico, efficace ed efficiente, dobbiamo constatare che rimane il facile bersaglio dei tagli alle risorse, che i diversi governi, se si eccettua l'emergenza Covid, hanno perpetrato a danno del diritto sancito dall'art. 42 della Costituzione.

Ora però sento anche il dovere di dire che accanto al manifesto ci vuole un agire collettivo capace di imprimere un cambio di passo a partire dalle priorità sulle quali far sentire tutta la vostra e per quel poco o tanto che posso, la nostra esperienza per trovare qui ed ora, dei rimedi possibili per fronteggiare la sua salvezza ed il suo rilancio.

Non mi nascondo che tutti i sistemi sanitari europei si trovano ad affrontare una tempesta perfetta di sfide, con la crisi di bilancio post-COVID, l'invecchiamento della popolazione, la crisi del personale sanitario, che minacciano la stabilità a medio e lungo termine delle politiche per la salute.

Si trovano ad affrontare una raffica di minacce alla loro stabilità e a mantenere una copertura sanitaria universale, anche nelle regioni europee più ricche del nostro continente, con minor debito pubblico e con popolazione meno longeva della nostra.

Esperti e leader politici di tutta la regione europea discutono su come orientare l'Europa sull'assistenza sanitaria universale di cui gode la maggior parte dei suoi cittadini.

Da noi non riesce a decollare una discussione pubblica forte, fuori dagli ideologismi per trovare soluzioni congrue a ciò che quotidianamente è sotto i nostri occhi.

Così non può funzionare, il fai da te, il conformismo o peggio il corporativismo o l'interesse di pochi, non ci salverà. Il rapido invecchiamento della popolazione, la crescente carenza di personale sanitario, gli investimenti insufficienti nei sistemi sanitari e gli shock esterni come il cambiamento climatico e l'inflazione, le guerre stanno sottoponendo tutti i sistemi sanitari europei a una serie di stress test, che diventano vere e proprie minacce alla tenuta dei sistemi. Il tempo stringe per "il clima, per la demografia e per la sostenibilità in termini economici", ha affermato Sandra Gallina, direttore generale per la Salute e la sicurezza alimentare presso la Commissione europea.

Christopher Fearne, vice primo ministro e ministro della Sanità di Malta, è stato il presidente della 73a Assemblea mondiale della sanità. L'Unione Europea sta uscendo dall'era del COVID, ma la legislazione sulla fine della crisi minaccia di creare una nuova serie di crisi.

Durante l'emergenza COVID-19, ai paesi dell'UE è stata concessa la flessibilità di spendere oltre il deficit di bilancio annuale del 3,5% imposto dal blocco, consentendo sia ai paesi con sistemi sanitari forti che a quelli deboli di spendere come ritenevano opportuno per rispondere al virus e quindi per la sopravvivenza della popolazione.

Tale clemenza è terminata il 31 dicembre 2023 e, poiché i governi si trovano ad affrontare massicci tagli alla spesa pubblica complessiva, sulla salute si abatterà la mannaia: la salute è sul ceppo.

"In combinazione con l'inflazione e la contrazione delle economie, i governi hanno molto meno da spendere e avranno molto meno margine di manovra sui bilanci rispetto a quanto hanno avuto fin qui ha affermato Christopher Fearne, vice primo ministro di Malta e ministro della sanità europeo da più tempo. "La vittima più grande di tutto questo potrebbe benissimo essere la salute". Fearne è uno dei tanti ministri della Sanità dell'Unione Europea che dovranno tagliare la spesa sanitaria se le rigide regole di bilancio del blocco verranno ripristinate dopo la prova elettorale di giugno.

"I bilanci che gli Stati membri presenteranno alla Commissione [UE] quest'anno stanno già iniziando a riflettere questo", ha affermato Fearne. "La spesa pubblica dovrà ridursi drasticamente e, naturalmente, la salute sarà uno dei settori che ne risentirà".

Ma Fearne e i suoi colleghi ministri sostengono che esiste una soluzione chiara: considerare la salute come un investimento, non come un costo per i bilanci nazionali. I tagli al bilancio governativo sono pronti a provocare uno shock al settore sanitario, che è già alle prese con i nuovi costi del cambiamento climatico e con l'attuale crisi del costo della vita.

È probabile che anche gli sforzi per decarbonizzare i sistemi sanitari nazionali vengano privati della priorità poiché i governi selezionano finanziamenti sempre più scarsi. Gli esperti sanitari avvertono che i tagli potrebbero avere un impatto devastante sulla qualità dell'assistenza sanitaria per gli europei.

Tempi di attesa più lunghi, accesso ridotto ai servizi e un calo della qualità dell'assistenza, sono tutte probabili conseguenze dei tagli. Ce ne stiamo accorgendo ogni giorno, qui da noi. Chi più ha meglio si cura. Se la spesa pubblica per la sanità dovesse crollare, ha avvertito Fearne, la porta sarà lasciata aperta all'industria privata per colmare il vuoto nel settore sanitario europeo, con risultati imprevedibili.

Il bilancio sanitario dell'UE approvato nel 2021 aveva stanziato la cifra record di 5,4 miliardi di euro per la spesa sanitaria, 11 volte l'importo stanziato nel bilancio precedente per il periodo 2014-2020. Ma i bilanci considerano ancora la salute un costo, non un investimento. Sandra Gallina è il direttore generale per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione europea.

In linea di principio, i funzionari della Commissione Europea come Gallina concordano con il concetto di salute come investimento. "Le persone hanno iniziato a credere un po' di più nelle parole 'investire nella salute': che la salute non è un costo, ma è un investimento", ha detto Gallina, discutendo l'evoluzione dell'atteggiamento dei funzionari della commissione dell'UE durante la crisi del COVID-19. "Ora, non tutti ci credono, ma credo che in una buona parte degli attori intorno a me, cioè le persone che alla fine decidono, ci sia stato un cambio di paradigma".

Tuttavia, Gallina è stata più misurata nella sua risposta alle preoccupazioni sollevate da Fearne, sulla pressione sul bilancio dei piccoli stati membri dell'UE, chiarendo che "non si può fare alcuna promessa" che la salute possa essere esentata dalla stretta di bilancio. "

La disciplina di bilancio è disciplina di bilancio”, ha detto Gallina. “L’unica parte triste che ho nella mia cassetta degli attrezzi è che devo trovare presto la sostenibilità, cioè la fattibilità economica che sia positiva per i bilanci degli Stati membri”. Gallina ha aggiunto che l’Europa deve trovare un modo per bilanciare la necessità di sostenibilità finanziaria con il mantenimento di un sistema sanitario pubblico di alta qualità che è, e dovrebbe rimanere, un pilastro fondamentale dell’identità dell’UE.

Tutti pensiamo a come è il sistema sanitario fortemente privatizzato degli Stati Uniti, come esempio di ciò che non vogliamo per l’Europa e per il nostro paese. L’Europa è a un buon livello e dobbiamo proteggerla, Dobbiamo non lasciare che si eroda e si arrivi a una realtà diversa che non sia l’Europa. Il dottor Hans Kluge, direttore della regione europea dell’Organizzazione mondiale della sanità, ha avvertito che lo storico aumento della disuguaglianza economica, accompagnato dai profitti record delle aziende private, sta minando la resilienza dei sistemi sanitari in Europa e nel mondo.

“Non abbiamo mai visto che la povertà estrema e la ricchezza estrema siano aumentate simultaneamente e in modo brusco così dirompente “Vediamo aziende giganti che pagano quasi nessuna o poche tasse, ottenendo benefici inimmaginabili, mentre per la prima volta nella storia recente, abbiamo sempre più bambini che vanno a letto la sera con lo stomaco affamato non solo nei paesi più poveri ma anche in quelli mediamente più ricchi della nostra regione, dove però si è elevata la povertà assoluta.

“La nostra regione non è più quella resiliente ai disastri di una volta”, ha affermato. La crisi del personale sanitario in Europa è una bomba a orologeria”.

Nonostante abbia più medici, infermieri e operatori sanitari di base che mai, l’Europa si trova ad affrontare un paradosso: la carenza di operatori sanitari sta crescendo, è più grande di quanto non sia stata negli ultimi decenni e sta ancora peggiorando. Oggi, nella regione europea dei 53 membri dell’Organizzazione Mondiale della Sanità mancano circa 1,8 milioni di operatori sanitari.

Si prevede che tale numero salirà a 4 milioni entro il 2030 se non si farà nulla per correggerne il corso. “Il problema numero uno è la crisi degli operatori sanitari che abbiamo qui in Europa perché non c’è salute senza personale sanitario”. La pandemia da COVID-19 ha messo in luce ed esacerbato i problemi profondamente radicati che affliggono il personale sanitario europeo. Il burnout, la retribuzione bassa e le condizioni di lavoro pericolose, stanno allontanando in massa gli operatori sanitari dagli ospedali di tutto il continente.

[Secondo il rapporto “Time to Act” dell’OMS Europa](#), pubblicato lo scorso anno, circa il 40% degli operatori sanitari è alle prese con depressione e ansia, mentre il 70% riferisce di sentirsi esaurito. I tassi di abbandono tra gli operatori sanitari stanno aumentando e, di conseguenza, maggiore stress viene posto su coloro che restano.

“Alcuni passi sono stati compiuti, ma non è stato fatto abbastanza”, ha affermato Alvaro Cerame, presidente del comitato del personale medico dell’Associazione europea dei medici junior. “Dobbiamo essere una priorità politica”.

Quasi 50.000 operatori sanitari europei hanno perso la vita a causa del COVID-19.

Coloro che sono sopravvissuti alla pandemia continuano a lottare contro pesanti oneri derivanti dalla salute mentale, dall’esaurimento fisico e dalla morte di colleghi – per [COVID](#) o [suicidio](#) – che rendono insopportabile per molti la permanenza in prima linea.

Ricordiamo che queste sono le anime coraggiose, gli eroi che hanno salvato la società in prima linea nella pandemia.

Gli operatori sanitari che incontro amano ciò che fanno.

Per tanti non è un lavoro, è una vocazione, le persone che lasciano il mondo del lavoro semplicemente non hanno scelta, e la disperazione che vedo è davvero, umiliante.

Gli scioperi degli operatori sanitari nel Regno Unito, di cui ho dato conto molte volte, su questo giornale, sono un avvertimento continuo. Si sono trasformati in una crisi incontrollabile che ha appena superato il triste traguardo di [un milione di visite mediche annullate](#) , Sono un avvertimento per gli altri paesi europei sulle conseguenze dell’abbandono del proprio personale sanitario. Dobbiamo lavorare subito a migliorare la pianificazione e la previsione delle esigenze della forza lavoro. e questo mi pare chiaro nella testa della Ministra Bernini e del ministro Schillaci che pur nella ristrettezza delle norme di Bilancio hanno fatto un primo passo sia per gli accessi alla facoltà di medicina che anche con i deboli aumenti contrattuali per il personale medico e non del SSN. Anche i medici europei stanno invecchiando a un [ritmo allarmante](#) , e il continente non sta producendo abbastanza nuovi medici per sostituirli. In media, il 30% dei medici in Europa ha più di



55 anni e in 13 paesi almeno il 40% dei medici ha più di 55 anni e andrà in pensione entro il prossimo decennio.

L'Italia ha il personale medico più anziano d'Europa, con quasi il 60% dei medici di età superiore ai 55 anni. Se oggi un numero maggiore di operatori sanitari se ne andasse, il divario si trasformerebbe in un abisso, con conseguenze potenzialmente disastrose per la qualità e l'accesso all'assistenza sanitaria. Dobbiamo allora innanzitutto concentrarci sul mantenimento degli operatori sanitari che già abbiamo perché ci vuole molto tempo per produrne di più.

Quindi trattiamo e motiviamo le persone che abbiamo migliorando le loro condizioni di lavoro e rendendo la professione più attraente.

Il cambiamento demografico ha già spinto molti paesi europei, tra cui la Francia, ad aumentare l'età pensionabile per correggere gli squilibri di bilancio che emergono quando troppo pochi lavoratori sostengono il sistema di assistenza sanitaria e pensionistico, per effetto dell'invecchiamento della popolazione. Sebbene l'evoluzione demografica dell'Europa verso una società più anziana sia inevitabile, la soluzione a lungo termine, dicono gli esperti, deve essere in primo luogo quella di ridurre la pressione creata da richieste evitabili sul sistema sanitario.

Ciò significa garantire che un numero maggiore di persone goda di più "anni di vita sana" durante la mezza età e l'invecchiamento. Ciò può essere raggiunto promuovendo l'alfabetizzazione sanitaria e combattendo in modo proattivo problemi sanitari evitabili come l'obesità attraverso l'educazione e la sensibilizzazione a migliori stili di vita, nonché politiche fiscali, ambientali e alimentari che consentano scelte e stili di vita più sani.

Aspettare di trasformare velocemente una grande nave con più di 500 milioni di persone a bordo non è facile né giusto, ma si può e si deve scegliere una rotta da percorrere lungo la quale arrivare ad un futuro sostenibile per tutti, in cui non vi sia disuguaglianza all'interno dei paesi o degli Stati membri, sul terreno delicato del diritto alla salute. Che fare?

Dare continuità all'azione del Manifesto degli scienziati. Vorrei ricordare che avendo l'Italia la presidenza a livello europeo del G7 ha previsto per il 9-10-11 ottobre ad Ancona il G7 dei ministri della salute.

Il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, al G7 Salute di Nagasaki nella sessione di lavoro incentrata sul Global Action Plan, per contribuire al raggiungimento di una copertura sanitaria universale più resiliente, equa e sostenibile attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari, affermava l'anno scorso che: "L'Italia, come il Giappone, ha una popolazione particolarmente longeva, ma l'aspettativa di vita sta aumentando in tutto il mondo e con essa anche l'aumento di patologie, spesso croniche, e di disabilità che modificano gli stili di vita e impattano sulla spesa sanitaria.

L'invecchiamento in salute è uno dei temi più urgenti da affrontare, un fattore chiave per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. La pandemia ha evidenziato la necessità di interventi integrati per rispondere a bisogni sanitari e sociali e in Italia, in questo senso, dovremmo riorganizzare la sanità di prossimità basata su equipe multispecialistiche e investendo sull'innovazione e su nuove modalità di assistenza come la telemedicina.

Il ministro ha anche ricordato che "l'universalità è uno dei principi fondanti del servizio sanitario e che vi è urgenza di implementare l'approccio One Health che continuerà a rappresentare una priorità per l'Italia anche durante la presidenza italiana del G7".

Il 18 gennaio di quest'anno si è tenuto a Roma nella sala Spazio Europa, in Via IV Novembre il "Dialogo tra la società civile italiana del Civil7 e le Istituzioni Italiane in apertura dell'anno di Presidenza Italiana del G7", l'incontro tra la Coalizione della Società Civile italiana e le Istituzioni Italiane ha messo in evidenza che migrazioni, sicurezza alimentare, salute globale, clima ed energia, economia e finanza devono essere le questioni al centro del dibattito nella definizione dell'Agenda G7.

Si è affermato che: "stiamo vivendo un'epoca in cui gli impatti combinati di cambiamento climatico, conflitti, shock economici, pandemia globale, prolungato indebitamento pubblico-privato, le guerre vicine e lontane, hanno esacerbato le disuguaglianze sociali ed economiche, aumentando le discriminazioni, l'insicurezza alimentare e la fame, la salute i flussi migratori forzati, le emergenze umanitarie.

Donne, giovani e anziani sono tra le persone colpite in maniera sproporzionata dalle policrisi di questa epoca. Forte del suo radicamento locale in tutto il mondo, la Società Civile internazionale riunita nel Civil7 (C7) è attiva nell'avanzare proposte e approcci basati sui Diritti Umani, suggerendo ai decisori politici

raccomandazioni concrete, sostenendo la trasparenza nel processo decisionale, portando i più esclusi e fragili al centro del dibattito politico

I numeri della povertà aumentano, i progressi sul clima sono troppo lenti, le disuguaglianze crescono mentre diventano più forti i populismi, che generano violenze e guerre.

Gli impegni dell'Agenda 2030 scadono fra sei anni, ma a questi non corrisponde un'iniziativa adeguata per intervenire sui nodi sistemici come commercio, finanza, tassazioni internazionali, standard di lavoro e migrazioni, salute e alimentazione, ha sottolineato Riccardo Moro, Chair C7 e Co-Portavoce per GCAP Italia. Occorre un impegno urgente, che veda i paesi del G7 contribuire ai processi multilaterali delle Nazioni Unite, i soli che possono svolgere un esercizio di governance internazionale.

Non affrontare queste sfide significa rinunciare a difendere la promozione della giustizia sociale, ambientale ed economica, la salute globale, insieme agli impatti dei cambiamenti climatici, ai flussi migratori, alla crisi alimentare, ai bisogni umanitari crescenti e alle guerre e conflitti in aumento.

Queste sono le principali tematiche sulle quali il C7 dirige le proprie attenzioni e sulle quali ha costituito dei gruppi di lavoro specifici, con un approccio comune

“Su questi temi il C7 ha richiesto un confronto esigente con le Istituzioni politiche italiane da affrontare in un processo di reale trasformazione sociale.

Propongo allora che gli estensori del Manifesto in accordo con il Group Coordinator-C7 2024, per la Global Health Sergio Iavicoli, Direttore Generale del Ministero della Salute e Stefania Burbo, Global Health Working Group Coordinator-C7 2024 Ministero dell'Economia e delle Finanze, Riccardo Moro, GCAP Italia, lavorino ad una proposta da portare ad Ancona, perché nell'ambito dei ministri della salute G7 l'Italia proponga che nel bilancio degli stati, compreso quello della nuova Europa, che uscirà dalle elezioni di giugno, venga aumentata la quota destinata alla salute e venga considerata nei bilanci un investimento e non più un costo. Inoltre incontri il governo italiano e tutte le forze politiche del nostro parlamento prima dell'inizio della campagna elettorale per le europee, per lo sblocco della posizione dell'Italia di ratifica del MES in Europa, le cui caratteristiche della linea di credito Pandemic Crisis Support Credit Line, messa a punto dall'Eurogruppo, e quindi approvata dal Consiglio europeo e dal Board of Governors del Mes, nella primavera del 2020, con l'obiettivo specifico di finanziare le spese, dirette o indirette, di carattere sanitario riconducibili all'epidemia da Covid-19, che attualmente vede l'importo massimo per ogni paese pari al 2 per cento del Pil nazionale, che per l'Italia vogliono dire circa 36 miliardi, parte dei quali, circa 16 possano essere utilizzati per risolvere le sorti del SSN italiano nella prossima manovra finanziaria. Misuriamo attraverso questo impegno il grado di responsabilità delle forze politiche prima di affrontare la campagna elettorale per le europee perché qui “o si fa il SSN o si muore”.

[https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=121526](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=121526)



## Investire in sanità è investire sul futuro

**Maria Beatrice Stasi**

Di recente un mio viaggio negli USA ha stimolato alcune riflessioni sullo stato di maturità dei sistemi sanitari nei paesi occidentali. In particolare è noto che negli USA, pure a fronte di una spesa sanitaria elevata in relazione al PIL, il sistema non offre garanzie di universalità e uniformità delle prestazioni. Inoltre il sistema legato alle assicurazioni, condizionato dal datore di lavoro e da scelte di copertura dei singoli (per esempio quanta franchigia rispetto al “rischio” di fruire di prestazioni sanitarie si è

disposti a sostenere) rende il sistema estremamente frammentario e sicuramente molto distante dal sistema italiano, sostenuto dalla fiscalità generale e con garanzia di livelli essenziali di assistenza. Sui muri di San Francisco ho visto campeggiare la scritta "Health care is a right", lo slogan proseguirebbe con un finale "not a privilege".

Negli USA il dibattito su quale assistenza sanitaria fornire ai cittadini è tutt'altro che risolto: il range va tra chi teme "voragini" nella finanza pubblica in caso di estensione di sanità gratuita ai meno abbienti (con il rischio di aumento delle tasse) e chi continua a evocare un servizio sanitario nazionale, secondo standard "europei". I dilemmi oggi sono lasciati ai singoli stati che ampliano o restringono le coperture di welfare secondo le "sensibilità" locali, come la California ormai considerata, tra gli stati Usa, il più attrattivo per chi è in cerca di sussidi non disponibili in altri stati. Alcuni attribuiscono a questa attrattività un significativo aumento dei senza tetto in diverse città della California.

Il dibattito americano sempre aperto, a noi può sembrare surreale. Solo i più anziani ormai ricordano il sistema antecedente al 1978, anno in cui è stato varato il Servizio Sanitario Nazionale. In quel sistema di mutue si annidavano le differenze tra l'essere un operaio assistito dall'INAM e l'essere un impiegato statale assistito dall'ENPAS. Grandi poliambulatori e code per i primi, ambienti più "ovattati" e veloci per i secondi. Per non parlare delle diverse mutue per categoria professionale (commercianti, artigiani, ecc...). La sanità privata era residuale e pagata a tariffa o a retta giornaliera in caso di ricovero di un "mutuato".

Il Servizio Sanitario Nazionale, che a breve compirà i suoi primi 50 anni, è un "fatto" per tutti noi. Anzi il concetto di diritto alle cure è così radicato da determinare un sistema di aspettative assolutamente elevate.

L'evoluzione del SSN ha avuto molte svolte, da sistema universale e gratuito a sistema in cui si compartecipa alla spesa, da sistema con forte intervento della politica (chi ricorda i Comitati di Gestione degli anni '80?) a un sistema governato da manager, i Direttori Generali, figure introdotte con i decreti di riordino del 1992 e su cui è sempre in auge il dibattito su quali caratteristiche e competenze debbano avere, chi li debba scegliere e come, dimenticando che sui Direttori Generali pesano tali e tante responsabilità gestionali e sociali che davvero hanno pochi riscontri in altri ambiti dell'amministrazione pubblica e non solo.

Un dibattito, spesso asfittico, tra chi vede la comunità di Direttori Generali composta per alcuni da "nominati" e per altri da "supermanager" con l'ossessione per i conti, che non evidenzia un dato di realtà: questa comunità è stata quella che con i propri collaboratori e il personale ha "svangato" la peggior pandemia del secolo. Per un certo periodo durante e dopo l'emergenza l'attenzione si è concentrata sul lavoro di medici e infermieri, davvero benemeriti e bravissimi.

Ma ricordo dal mio osservatorio alla Direzione del Papa Giovanni di Bergamo lo sforzo di far comprendere il lavoro corale di tutti, anche di ingegneri, tecnici, amministrativi, ausiliari, ditte esterne... per affrontare una emergenza mai vista. Oggi il paradosso è che anche i medici e gli infermieri, descritti come eroi, sono tornati ad essere i soggetti verso cui troppo spesso si scatenano le frustrazioni di persone che con veemenza, a volte perfino con violenza, esprimono le proprie "elevate aspettative".

È urgente e non più rinviabile prendere in mano le lezioni che il covid ci ha lasciato.

Innanzitutto, è urgente mettere mano alle assunzioni. Le lodevoli iniziative per eliminare o neutralizzare il costosissimo sistema dei "gettonisti" deve liberare risorse per creare lavoro vero in un quadro per altro di percentuale del PIL dedicato alla sanità inferiore a quello di altri stati. La sanità è stata per troppo tempo e, aggiungerei, in modo "trasversale", oggetto di programmazione miope sul personale, di spending review a più riprese.

Ritengo che dopo tante operazioni di "efficientamento" e piani di rientro si sia arrivati al fondo del barile e sia tempo di trovare un nuovo slancio. Non lo chiede solo la storia sanitaria del nostro paese

ma più realisticamente il dato demografico italiano, e il conseguente aumento delle condizioni di cronicità, che deve essere aggredito “per tempo”.

Tornando ai necessari investimenti sul personale ricordo che una comunità che si avvale di persone strutturate, tranquille circa il proprio futuro e i percorsi di carriera, rende decuplicato il costo sostenuto, oltre ad agire grandemente sul benessere organizzativo. Magari aumentando l’attrattività verso le professioni sanitarie oggi ai minimi termini.

Il Covid lascia in eredità anche parole che oggi sono sulla bocca di tutti: sanità del territorio. Tutti ne parlano, qualcuno in un recente passato anche in chiave politica, promuovendo campagne per dimostrare che in alcune zone ce ne è di più, in alcune zone un po’ di meno. La verità è che “sanità di territorio” ha un nome e cognome: medici di famiglia.

È irrisolto il tema delle regole di ingaggio, i medici di famiglia che collaborano nelle case di comunità sono quelli che già c’erano prima nelle case della salute o simili. Purtroppo il DM 77 ha mutuato, da esperienze di alcune regioni, uno standard in modo acritico.

Mi chiedo per esempio che senso avrebbe costringere un medico di famiglia nelle nostre valli o zone interne del paese ad aprire un ambulatorio in una casa di comunità solo perché lo prevede uno standard con il rischio concreto di sguarnire un ambulatorio più periferico e ancor più prezioso per la popolazione. Anche qui una spasmodica attenzione all’ottemperanza a uno standard che vale da Bolzano a Lampedusa, ha rallentato i veri progetti per convincere i Medici di famiglia a dedicare una parte del proprio tempo alla “comunità”. Non ad aprire un ambulatorio, magari concesso gratuitamente, lontano chilometri dai propri assistiti.

Ma oltre a investimenti sul personale e a una riflessione tecnica e non ideologica sul ruolo dei medici di famiglia a vantaggio della comunità e dei cronici in particolare è tempo di tornare ad esercitare una funzione pubblica per eccellenza: la governance di tutti gli attori del sistema sanitario.

È noto in economia che ogni soggetto persegue le proprie finalità “istituzionali”: le aziende sanitarie pubbliche sono in prima linea per assicurare i Lea, i privati no profit spesso si muovono in una logica di sussidiarietà per integrare il sistema pubblico.

Poi c’è il privato profit che tra le sue finalità istituzionali ha ovviamente anche quelle della redditività della propria attività. Ecco è in questo passaggio che il sistema delle regole pubbliche deve essere rigoroso per esigere la massima aderenza alle finalità pubbliche del SSN.

Mi piacerebbe proporre una riflessione: quale è il grado di elasticità concedibile a soggetti privati che agiscono in quanto “concessionari” di un servizio pubblico come quello sanitario?

Vale ancora il principio per cui il privato integra le attività pubbliche o è in corso una sostituzione anche grazie alla crescita esponenziale che la sanità privata ha avuto negli ultimi decenni grazie alle regole dell’accreditamento previste nei decreti di riordino del 1992?

Sono domande importanti, da non sottovalutare. Anche in Italia una sanità sempre più privata si muove, proponendosi ai cittadini con un doppio canale, uno pagato dai contribuenti e uno parallelo dalle tasche dei cittadini. Sono domande importanti che richiedono decisori e manager preparati, competenti e assolutamente indipendenti.

Investire in sanità non è solo un tema di “cassa”. È realizzare scelte consapevoli e di ampio respiro strategico per il futuro.

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/03/25/investire-in-sanita-e-investire-sul-futuro/>

## Elezioni europee e politiche per la salute

### The Lancet

*La pandemia ha dimostrato che sistemi sanitari efficienti e resilienti sono essenziali per la salute e il benessere dei paesi europei. Preparazione alle pandemie, contrasto alle malattie croniche, accoglienza dei migranti, Green Deal: sono i principali temi sul tappeto che non possono essere affrontati dai singoli paesi da soli (1).*

Gli ultimi 5 anni in Europa sono stati caratterizzati da una serie di crisi. L'euroscetticismo di lunga data è culminato nell'uscita del Regno Unito dall'Unione Europea (UE) nel 2020. L'Europa si è trovata impreparata di fronte alla pandemia COVID-19, che ha spinto al limite anche i migliori sistemi sanitari, provocando la morte di oltre 1,1 milioni di persone nell'UE. Nel 2022, la pace in Europa è finita bruscamente con l'invasione russa dell'Ucraina. Finora la guerra ha ucciso più di 10.000 civili ucraini, distrutto città e innescato migrazioni di massa, oltre a far precipitare tutta l'Europa in una crisi energetica. Insieme, questi eventi hanno minacciato la sostenibilità del progetto europeo e la salute degli europei. Dal 6 al 9 giugno si terranno le elezioni del Parlamento Europeo, le seconde elezioni più grandi al mondo. È improbabile che si verifichi un cambiamento importante nella leadership, ma si prevede che due partiti di estrema destra arriveranno al terzo e al quinto posto, consentendo loro di influenzare le politiche dell'UE. Che cosa è esattamente in gioco per la salute in queste elezioni?

Le malattie non trasmissibili rimangono il principale problema sanitario: le malattie circolatorie, comprese le malattie cardiovascolari e l'ictus, hanno ucciso 1,6 milioni di persone nell'UE nel 2019, mentre i tumori hanno ucciso 1,2 milioni di persone. Ma l'UE ha da sempre una capacità limitata di affrontare tali condizioni. Le decisioni di politica sanitaria nazionale sono lasciate ai singoli Stati membri. Di conseguenza, la salute è stata storicamente una priorità bassa nell'agenda politica dell'UE. Tuttavia, il COVID-19 ha rinvigorito l'interesse dell'UE per la salute. La pandemia ha dimostrato che sistemi sanitari efficienti e resilienti sono essenziali per la salute e il benessere dei paesi europei, nonché per la sicurezza sanitaria. Il risultato sono state importanti nuove normative e investimenti senza precedenti per la salute. Sono stati stanziati 5,3 miliardi di euro per il programma EU4Health, un programma volto a finanziare progetti che migliorano la salute e rafforzano i sistemi sanitari. La preparazione alla pandemia è stata rafforzata dall'istituzione di una nuova agenzia dell'UE, l'Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie, dedicata all'identificazione delle minacce e delle potenziali crisi sanitarie. Al Centro europeo per il controllo delle malattie e all'Agenzia europea per i medicinali è stata conferita maggiore autorità.

L'approccio dell'UE alla migrazione è stato incoerente. L'Europa sta assistendo alla più grande migrazione forzata dalla fine della Seconda Guerra Mondiale. 6 milioni di rifugiati ucraini sono sparsi in Europa. Ai sensi della Direttiva sulla protezione temporanea, vengono concessi alloggi temporanei, assistenza medica, assistenza sociale e una più facile concessione dei diritti di soggiorno. Per affrontare la loro salute mentale, l'UE ha mobilitato 9 milioni di euro per finanziare programmi dedicati alla salute mentale di primo soccorso psicologico, sostegno ai traumi e consulenza nella loro lingua. Tuttavia, altri migranti verso l'UE affrontano una crisi umanitaria. [Un rapporto di Medici Senza Frontiere](#) rivela resoconti strazianti di violenza, negazione di sicurezza e cure, abbandono e morte di migranti e rifugiati che cercano di entrare nell'UE dall'Africa, dal Medio Oriente o dall'Asia. [Una riforma del sistema di migrazione e asilo dell'UE](#) è in fase di negoziazione. Tuttavia, [i critici](#) avvertono che il proposto patto dell'UE su migrazione e asilo porterà a maggiori detenzioni e violazioni dei diritti umani ai confini dell'Europa. L'incapacità di applicare un approccio centrato sulle persone a tutti coloro che emigrano nell'UE è inspiegabile e danneggia il benessere di un gran numero di persone.

Il cambiamento climatico è ai primi posti nell'agenda politica dell'UE e influenza la salute di miliardi di persone. L'Europa è il continente che si riscalda più rapidamente e il terzo maggiore emettitore di CO<sub>2</sub>. Come sottolinea il rapporto [Lancet Climate Countdown Europe 2022](#), il ritardo della decarbonizzazione comporta costi sanitari sostanziali e crescenti, tra cui morbosità e mortalità legate al caldo, malattie infettive e decessi dovuti all'inquinamento atmosferico. Il Green Deal europeo, approvato nel 2020, si impegna a ridurre le emissioni di gas serra del 55% entro il 2030 e a raggiungere lo zero netto entro il 2050. È una grande opportunità per la salute. Se i combustibili fossili fossero sostituiti da energie rinnovabili e pulite, ogni anno in Europa si potrebbero evitare 430.000 morti premature. Tutto ciò potrebbe anche promuovere benefici per la salute legati ai viaggi attivi, alle diete sostenibili e agli spazi verdi. Ma secondo il rapporto Countdown, gli sforzi di decarbonizzazione non sono sulla buona strada per raggiungere questi obiettivi. Questo deve cambiare.

La prosperità, la stabilità e la sicurezza dell'Europa sono legate alla salute dei suoi cittadini e le circostanze paneuropee che stanno incidendo su questi problemi non possono essere affrontate dai singoli paesi da soli. La salute degli europei è intrecciata e, di conseguenza, [le istituzioni dell'UE e il loro approccio alla salute sono più importanti che mai](#). Dal 6 al 9 giugno 400 milioni di europei diranno la loro.



(1) Editorial, [EU elections: a moment for pan-European health](#). The Lancet 2024, March 23; Vol. 403: 1109. Nostri la traduzione del testo e il sottotitolo.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/03/elezioni-europee-e-politiche-per-la-salute/>



## La finanziarizzazione della sanità

17 Aprile 2024

**Adriano Cattaneo**, *epidemiologo, Trieste*

Il passo successivo alla privatizzazione della sanità è quello della finanziarizzazione. È sempre più forte la tendenza ad acquisire strutture e organizzazioni sanitarie da parte di fondi di investimento, fondi pensione, fondi speculativi ("hedge funds"), compagnie generali di assicurazioni, gestori di beni, fino a quelle misteriose entità note come "private equities". Con maggiori costi per i pazienti, minore qualità delle cure, insufficiente quantità e qualità degli operatori sanitari.

**La finanziarizzazione di un'impresa o di un settore produttivo va oltre il semplice finanziamento. Il termine indica, piuttosto, che la dinamica delle operazioni finanziarie all'interno di quel settore è talmente vasta da prendere il sopravvento sulla produzione, di servizi nel caso della sanità.**

Invece di concentrare l'attenzione sulla qualità delle cure e sui risultati di salute, un servizio sanitario finanziarizzato si preoccupa prioritariamente di acquisire da e/o vendere ad altri servizi finanziarizzati, strutture e attività, o addirittura semplicemente azioni e/o quote di proprietà. Se i profitti di un servizio sanitario finanziarizzato si mantengono ai livelli attesi, o aumentano, i finanziari che vi hanno investito mantengono o aumentano le loro quote di proprietà.

**Se, al contrario, i profitti diminuiscono o non arrivano ai livelli sperati, o se l'investimento in altri settori sembra essere più redditizio, i finanziari non esitano a spostare i loro capitali altrove.**

Può anche succedere che dei finanziari investano a tempo in un servizio sanitario, cercando di ricavare nel breve periodo il massimo possibile di profitti, per poi disfarsi delle loro quote di proprietà lasciando che il servizio vada alla deriva. In questo modo, finisce che il settore assomigli sempre meno a un servizio sanitario e sempre più a piazza affari.

**La finanziarizzazione della sanità sta forse muovendo i primi passi in Italia (il project financing di nuovi ospedali ne è l'esempio più conosciuto) e in altri paesi europei, ma è già in fase avanzata negli Stati Uniti.**

La ragione di questa tendenza alla finanziarizzazione della sanità è presto detta. La percentuale della spesa sanitaria globale sul PIL mondiale, secondo le stime della Banca Mondiale basate su dati per paese dell'OMS, è in continuo aumento. Nel 2000 era stimata all'8.62%, è arrivata al 9.81% nel 2009, è rimasta su questi livelli per alcuni anni prima di ricominciare a salire; nel 2020 era al 10.89%.[1] Si tratta di moltissimi soldi. Il PIL mondiale si calcola in trilioni di dollari USA. Un trilione è un miliardo di miliardi, una cifra a 18 zeri.

**Nel 2000 il PIL mondiale ammontava a 34,1 trilioni di dollari; la spesa per la sanità si aggirava quindi sui 2,9 trilioni.**

Nel 2020 il PIL mondiale è stato calcolato in 84,96 trilioni di dollari; il 10.89% di questa cifra corrisponde a 9,25 trilioni (9.250.000.000.000.000). Pur tenendo in conto un'enorme variabilità tra paesi, la maggior parte della spesa sanitaria globale è pubblica: il 57.42% nel 2000, il 63.42% nel 2020. Il livello raggiunto nel 2020 può quasi sicuramente essere attribuito alla pandemia. Tuttavia, negli anni che l'hanno preceduta, la spesa sanitaria pubblica globale si è sempre aggirata attorno al 60% della spesa totale.

**Queste cifre fanno sicuramente venire l'acquolina in bocca alla finanza globale. Il primo passo, nei paesi ove sia possibile, è privatizzare.**

Una tendenza ben evidente in Italia e in molti altri paesi, e di cui saluteinternazionale.info si è occupata spesso.[2] In parallelo con la privatizzazione, di solito avanza la mercificazione; i servizi sanitari si trasformano

da diritti in merci da vendere. Gli attori coinvolti nella privatizzazione e nella mercificazione della sanità, tuttavia, sono quasi sempre impresari della salute: produttori e distributori di dispositivi medici, proprietari di cliniche, ospedali e laboratori vari, compagnie di assicurazione attive nel ramo salute, etc.. Il passo successivo è la finanziarizzazione.

**In questo caso gli attori non sono impresari della salute, ma enti finanziari: banche commerciali e di investimento, fondi di investimento, fondi pensione, fondi speculativi ("hedge funds"), compagnie generali di assicurazioni, gestori di beni, fino a quelle misteriose entità note come "private equities".**

Queste ultime, se ho ben capito (di finanza non me ne intendo) sono costituite da capitali di rischio, o di ventura, detenuti da individui o da società, che acquistano e vendono pacchetti di azioni non in borsa, ma in contesti privati e in mercati non regolamentati, e quindi in assenza o quasi di monitoraggio.

Questa finanziarizzazione di settori produttivi non è ovviamente specifica della sanità; si è prima fatta le ossa, desertificando intere zone industriali e lasciando senza lavoro milioni di persone, in altri settori. È passata alla sanità quando ciò è stato reso possibile da governi neoliberalisti che hanno allentato le regole.

**Per capire meglio cos'è, come funziona e quali conseguenze implica la finanziarizzazione della sanità, conviene analizzare il caso degli Stati Uniti, dove questo processo è iniziato negli anni '60 e '70 del secolo scorso.[3,4]**

L'accelerazione, però, è recente. Negli ultimi 10 anni vi sono state più di 8.000 transizioni finanziarie nel settore sanitario USA, per un valore stimato a circa un trilione di dollari.[5] In 10 anni, il valore annuale delle transazioni è aumentato di otto volte. I principali attori finanziari sono i potentissimi fondi pensione e le "private equities". Le transazioni riguardano ospedali, residenze per anziani e malati cronici (dette "nursing homes"), ambulatori di medicina generale, centri per la dialisi, laboratori, ospizi di vario tipo, etc. Il giro d'affari è sempre molto veloce; non si tratta cioè di acquisti per investimenti a medio e lungo termine, ma di semplice mordi e fuggi. Vi sono anche casi di acquisti e vendite da parte di agenzie immobiliari che poi affittano le strutture a ditte di operatori sanitari, che sono pronte a cambiare inquilini al bisogno e che le vendono ad altri enti commerciali non appena il mercato degli affitti presenta altre opportunità o mostra segnali di crisi.

**Operare nei mercati finanziari comporta dei rischi, si sa.**

Il valore delle azioni va su e giù non solo in relazione ai successi e agli insuccessi dell'impresa, ma anche in base agli andamenti di altri settori finanziari e a spostamenti di capitali decisi per altre ragioni.

Per non parlare dei sobbalzi di borsa conseguenti a situazioni internazionali, guerre in primis, con tutto ciò che ne segue.

Succede così che un conglomerato di grandi ospedali possa ridurre del 164% i suoi margini di profitto tra il 2021 e il 2022 non a causa di maggiori spese mediche, ma per le fluttuazioni di borsa.[6]

**Se i tassi di profitto in questa sanità finanziarizzata devono per forza aumentare, dovranno aumentare anche le entrate.**

Ed ecco che aumentano la spesa out-of-pocket e i premi assicurativi, sia privati sia pubblici (provenienti dalle tasse). Nel 2020, per esempio, la spesa out-of-pocket per capita negli USA ha raggiunto i 1428 dollari PPP (cioè a parità di potere d'acquisto); era appena sopra i 1000 dollari nel 2000.[7]

Un'assicurazione sanitaria individuale costa in media 8.435 dollari nel 2023; per una famiglia media costa quasi 24.000 dollari.

L'aumento rispetto al 2022 è di circa il 7%, rispetto al 2013 di circa il 47%.[8] Tutti questi aumenti fanno ovviamente aumentare il debito privato e pubblico.

**Tutto ciò non potrebbe succedere se il governo non chiudesse un occhio, o anche tutti e due. La deregolamentazione delle attività finanziarie non è solo autorizzata, è addirittura favorita e sicuramente non ne sono monitorizzati né i meccanismi né i risultati.**

I fondi pensione non sono solamente autorizzati a fare investimenti ad alto rischio, sono addirittura spinti a farlo. Anche l'accesso al credito da parte di individui e imprese è liberamente permesso e promosso.

Lo è anche l'uso di derivati sul rischio di credito e di altri sofisticatissimi, e banditeschi, strumenti finanziari. Sono aumentati di conseguenza i "private equities", con il conseguente giro d'affari.

Il 60% circa di servizi sanitari in mano ai vari governi federali e statali sono diventati così una specie di far west aperto alle scorrerie di chiunque voglia conquistarsi fette di mercato per trarne profitti sempre più alti e sempre più a breve termine.

**Tutto ciò potrebbe anche avere un senso, se ne conseguissero benefici in termini di salute. Purtroppo la ricerca sul tema è scarsa e non permette di dare risposte certe. Ma una revisione sistematica sull'effetto dell'acquisizione di servizi sanitari da parte di "private equities" sembra mostrare danni più che benefici.[9]**

Gli autori hanno incluso nella loro analisi 55 studi, su quasi 1800 identificati, da molti paesi, ma soprattutto, ben 47, dagli Stati Uniti.

Le strutture analizzate erano in maggioranza nursing homes (17), seguite da ospedali e cliniche dermatologiche (9 ciascuna), oftalmologiche (7), multi-specialistiche (5), urologiche (4), gastroenterologiche e ortopediche (3 ciascuna), chirurgiche e ostetrico-ginecologiche (2 ciascuna), maxillo-facciali, otorinolaringoiatriche, per la chirurgia plastica e residenze per anziani (1 ciascuna).

**Per tutti i risultati presi in esame, la performance delle “private equities” era peggiore, in comparazione con altri tipi di proprietà: maggiori costi per i pazienti, minore qualità delle cure, pessimi esiti di salute, insufficiente quantità e qualità degli operatori sanitari.**

Un editoriale che accompagna l'articolo fa notare come, soprattutto negli Stati Uniti, ma anche in Europa, la proprietà di strutture e servizi sanitari da parte di “private equities” sia in aumento.[10] Negli USA, nel 2021, rappresentava i tre quarti dei 100 miliardi di dollari di nuovi investimenti in servizi sanitari, arrivando a contare per l'11% del totale delle proprietà nelle nursing homes e al 4% negli ospedali.

**Non si sa esattamente da dove provengano questi investimenti; si tratta probabilmente di individui e famiglie ricche che pensano di avere un ritorno maggiore e più sicuro in questo modo che con le tradizionali operazioni in banca o in borsa.**

Ma, prosegue l'editoriale, i detentori di questi capitali non esitano a ritirarli e a dirigerli altrove se il vento della finanza spira in altre direzioni.

Altri detentori di questi capitali di ventura acquistano a prezzo relativamente basso, per poi vendere ad altri quando ritengono che il loro capitale sia cresciuto a sufficienza, con la conseguenza di un'alta rotazione di enti nella proprietà. I controlli governativi, ovviamente, non esistono o sono molto deboli. Gli unici a protestare sono i pazienti e alcuni ricercatori e giornalisti.

Ma serve a qualcosa?

In conclusione, bisognerebbe opporsi alla privatizzazione e alla mercificazione della sanità, come è stato scritto autorevolmente in molti articoli apparsi su queste pagine. Ma bisogna aggiungere tra i rischi per la nostra sanità, e quindi per la nostra salute, anche la tendenza alla finanziarizzazione. Ci vogliono cittadini coscienti e informati, e politici pronti a recepire le loro istanze e a tradurle in adeguate leggi e in rigorosi e vigilati regolamenti.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/04/la-finanziarizzazione-della-sanita/>



***Giornate residenziali di politica sanitaria (2a edizione)***

***Itinerari di politiche per la salute – Seconda edizione***

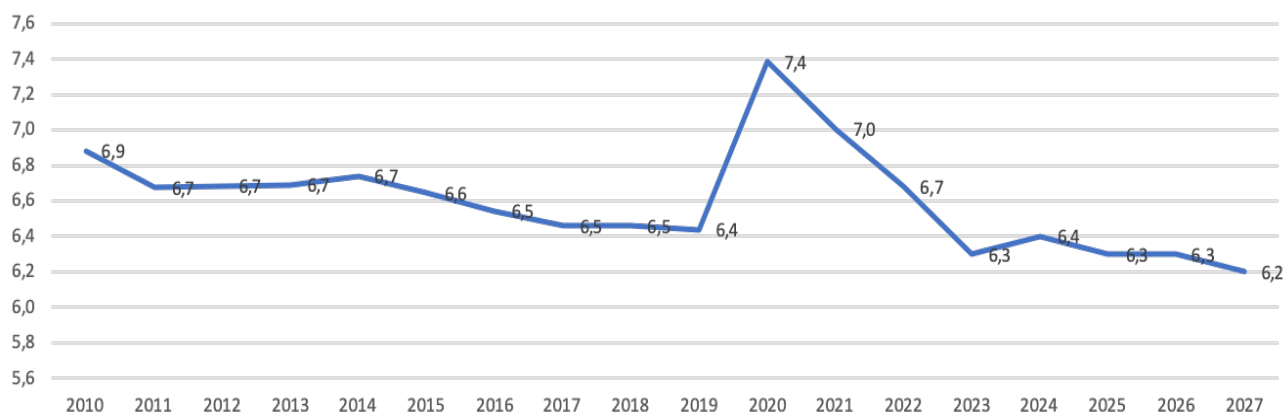
***IL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO E' INDISPENSABILE***

***Giovedì 5 – Sabato 7 Settembre 2024 (San Domenico, Fiesole)***

***a cura del Laboratorio su salute e sanità, con la collaborazione di Salute diritto fondamentale, Salute internazionale e Sbilanciamoci.***

Un modo immediato ed efficace per descrivere il declino del nostro Servizio sanitario nazionale (SSN) è quello di registrare nel tempo l'andamento della spesa sanitaria pubblica come % del PIL (Figura). Questo semplice indicatore riflette le scelte di allocazione delle risorse che sono state adottate ed è utilizzabile anche in fasi di elevata inflazione come quella sperimentata di recente.

Spesa sanitaria pubblica come % del PIL - Anni 2010-2023 e previsioni fino al 2027



La Figura, che riporta per il periodo 2024-27 le previsioni del Governo (Documento di economia e finanza 2024), mostra il picco di spesa registrato nel corso della pandemia (anche per la caduta del PIL), ma anche la successiva rapida discesa, che ci sta portando a livelli di spesa sanitaria inferiori a quelli degli anni precedenti all'esplosione del Covid-19. Il grave sotto finanziamento del SSN ha suscitato la recente mobilitazione di un gruppo di scienziati che con un appello, in dieci specifici punti, hanno spiegato ["perché non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico"](#).

Nel loro documento, tra l'altro, si legge: "Dal 1978 – data della sua fondazione, al 2019 il SSN in Italia ha contribuito a produrre il più marcato incremento dell'aspettativa di vita (da 73,8 a 83,6 anni) tra i Paesi ad alto reddito. Ma oggi i dati dimostrano che il sistema è in crisi: arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle disuguaglianze regionali e sociali.

Questo accade perché i costi dell'evoluzione tecnologica, i radicali mutamenti epidemiologici e demografici e le difficoltà della finanza pubblica, hanno reso fortemente sottofinanziato il SSN, al quale nel 2025 sarà destinato il 6,2% del PIL (meno di vent'anni fa). Il pubblico garantisce ancora a tutti una quota di attività (medicina generale, urgenza, ricoveri per acuzie), mentre per il resto (visite specialistiche, diagnostica, piccola chirurgia) il pubblico arretra, e i cittadini sono costretti a rinviare gli interventi o indotti a ricorrere al privato.

Progredire su questa china, oltre che in contrasto con l'Art.32 della Costituzione, ci spinge verso il modello USA, terribilmente più oneroso (spesa complessiva più che tripla rispetto all'Italia) e meno efficace (aspettativa di vita inferiore di sei anni)".

Ma non solo di sottofinanziamento può morire un servizio sanitario nazionale e può essere distrutto il suo universalismo.

**Fin dalla prima ondata di Covid-19 fu evidente che l'epidemia poteva avere effetti letali sulle persone anziane con patologie croniche, con conseguenze catastrofiche nei confronti dei soggetti più fragili ricoverati in RSA.** Si parlò allora di una "sindemia", dell'interazione di un'epidemia infettiva con un'altra, apparentemente meno esplosiva, quella delle malattie croniche, di cui fecero le spese i gruppi di popolazione in condizioni di svantaggio socioeconomico con un maggior rischio di infezione, di ricovero in terapia intensiva e di decesso.

**L'Italia si trovò impreparata di fronte alla pandemia infettiva, e questo lo sappiamo. Ma si trovò impreparata anche di fronte alla forte diffusione delle malattie croniche.** Con le risorse del PNRR e con l'approvazione del DM 77 del maggio 2022 sembrava aprirsi l'irripetibile occasione di riformare le cure primarie e di allestire una più razionale e efficace organizzazione della sanità territoriale basata su **Case della comunità, integrazione socio-sanitaria, team multidisciplinari, sanità d'iniziativa per la prevenzione e il controllo delle patologie croniche.**

Una prospettiva del tutto estranea al Governo Meloni, che ha infatti messo **la riforma delle cure primarie su un binario morto** (avendo tra l'altro tagliato di quasi un terzo i fondi per le Case della comunità). **Su un binario morto è finita anche la Legge 33/2023 sulla non-autosufficienza** che aveva come priorità quella di creare un nuovo sistema di sostegni e di cure a domicilio, per assicurare il diritto e la libertà di vivere assistiti a casa propria, pur con l'ambiguità di istituire un Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (Snaa) i cui rapporti con il Servizio sanitario nazionale (Ssn), e le sue garanzie consolidate, rimangono da definire.

**In un paese come l'Italia, ad elevato e crescente tasso d'invecchiamento, con alte e crescenti percentuali di anziani soli, è un vero crimine non disporre di politiche sanitarie e sociali che contrastino la diffusione delle malattie croniche**, che ne controllino l'evoluzione (prevenendo le conseguenze più gravi e disabilitanti), che forniscano alla popolazione più fragile soluzioni diverse da quelle di finire la vita in un letto di RSA. L'assenza di queste politiche avrà non solo conseguenze disastrose sulla salute della popolazione, con la netta riduzione degli anni vissuti in buona salute, ma dilaterà enormemente le disuguaglianze tra coloro che avranno, o non avranno, le risorse economiche e familiari per affrontare con dignità le difficoltà terminali della vecchiaia.

**Usando la facile metafora ferroviaria, un treno sta invece marciando sulla linea dell'alta velocità, quello dell'autonomia regionale differenziata.** Una riforma che – se andasse in porto – provocherebbe una frantumazione del diritto alla salute e, prefigurando tasse regionali e il trattenimento dei tributi su base territoriale, romperebbe ogni idea di equa distribuzione delle risorse. Dopo quasi 10 anni di politiche di austerità, restrizioni e definanziamenti, il Servizio Sanitario Nazionale è arrivato stremato all'appuntamento inatteso con la pandemia da COVID-19. Con questa frase si apriva [il post di presentazione](#) della prima edizione delle Giornate fiesolane di politica sanitaria tenutasi dal 6 all'8 settembre dello scorso anno.

**Se è stato possibile contenere i pur gravissimi danni inferti dalla pandemia alla popolazione lo si deve alla dedizione, alla abnegazione, perfino al sacrificio, di medici, di infermieri, di personale addetto all'assistenza.** Ci si aspettava un riconoscimento per tutto ciò, ma non è arrivato. Non è arrivata neppure la soluzione dell'annosa questione dei tetti di spesa per il personale, il cui sblocco sembrava ovvio e doveroso, dopo tutto quello che era successo (la lezione non è proprio servita).

**È arrivata invece la delusione, la disaffezione verso l'amato SSN, perfino la fuga da esso.** Con un ulteriore allungamento delle liste di attesa, la rinuncia a prestazioni essenziali e il progressivo ricorso al privato. Alla forte riduzione della spesa sanitaria in termini reali, si accompagnano infatti **reiterati e rafforzati processi di privatizzazione** favoriti dal dirottamento di risorse pubbliche verso la sanità privata. Cresce il ruolo delle società di assicurazione che forniscono servizi in campo sanitario, favorite dagli incentivi offerti al "welfare aziendale" con la defiscalizzazione dei contributi pagati dalle imprese.

Di questi temi cruciali – **la gestione della cronicità, l'autonomia regionale differenziata, le risorse umane del SSN** – discuteremo nella prossima edizione delle giornate di politiche per la salute che si terranno presso il Centro Studi Ricerca e Formazione Cisl, sulla collina che sale da Firenze verso Fiesole, nei pressi di San Domenico, da Giovedì 5 a Sabato 7 settembre 2024.

**Le giornate di studio, residenziali, saranno impostate con pochi interventi frontali (avendo tutti a disposizione, prima dell'evento, i documenti preparatori) e con molto lavoro di gruppo corale, partecipativo.** Le giornate si concluderanno con una **tavola rotonda internazionale** su "L'impatto delle politiche neoliberali negli assetti europei di tipo Beveridge". L'obiettivo è fare spazio alla riflessione comune, produrre e condividere proposte, promuovere approfondimenti di carattere interdisciplinare e discussione collettiva.



**PROGRAMMA DEL SEMINARIO**  
**Il Servizio Sanitario Pubblico è indispensabile**  
**Centro Studi Ricerca e Formazione Cisl**  
**Via della Piazzuola, 71 – 50133 Firenze**

Giovedì 5 settembre 2024

**Ore 11.30** Introduzione

**Ore 14.00** Lettura: **Fiscalità e welfare**

**Ore 15.00** **L'epidemia delle malattie croniche e la risposta della rete territoriale dei servizi sanitari e sociali**

Venerdì 6 settembre 2024

**Ore 9.00.** **Il diritto alla salute a pezzi: autonomia differenziata e sanità**

**Ore 14.30** **Le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale: nodi critici e prospettive future.**

Sabato 7 settembre 2024

**Ore 9.00.** **Tavola rotonda: L'impatto delle politiche neoliberali negli assetti sanitari europei di tipo Beveridge**

Per leggere il programma dettagliato scarica [Programma Dettagliato Fiesole 2024](#)

Le Giornate di studio sono aperte a 40 posti "residenziali" (che comprendono alloggio in camera singola per due notti) e a 40 posti "non residenziali".

**Quote d'iscrizione**

- **Quota di iscrizione in qualità di residente**, comprensiva di partecipazione all'incontro, alloggio in camera singola per due notti (giovedì e venerdì), prima colazione, pranzo di giovedì e venerdì: **Euro trecentocinquanta (350,00)**.
- **Quota di iscrizione in qualità di NON residente**, comprensiva di partecipazione all'incontro, pranzo di mercoledì e di giovedì: **Euro cento (100,00)**.
- **Studenti e ricercatori di età pari o inferiore ai 35 anni. Iscrizione in qualità di residente** comprensiva di partecipazione all'incontro, alloggio in camera singola per due notti (giovedì e venerdì), prima colazione, pranzo di giovedì e venerdì: **Euro duecentoventi (220,00)**.

**Scadenza per la presentazione delle domande: Sabato 11 Maggio.**

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/04/giornate-residenziali-di-politica-sanitaria-2a-edizione/>

# Servizio Sanitario Nazionale, per l'89% degli italiani è sacro

Presentato il 21° Rapporto Ospedali&Salute di Censis e Aiop

## Redazione

Per la gran parte degli italiani il Servizio sanitario nazionale riveste un ruolo fondamentale, anche nelle aree del Mezzogiorno: l'89% dei cittadini lo ritiene infatti un pilastro della nostra società. Uno spazio 'sacro' dove ridimensionare le diseguaglianze territoriali, socio-economiche e culturali. Il 90,5% dei pazienti ritiene positiva o comunque sufficiente la qualità delle prestazioni ricevute. È quanto emerso oggi a Roma nel corso della presentazione del 21° Rapporto Ospedali&Salute 'Reinventiamo il Servizio Sanitario. Come evitare la deriva di una Sanità per Censo', promosso da Aiop, l'Associazione Italiana delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali e delle aziende socio-sanitarie residenziali e territoriali di diritto privato, e realizzato in collaborazione con il Censis.

Il Rapporto è un documento unico nel suo genere che, da sempre, coniuga le più accurate evidenze elaborate dal ministero della Salute, dal ministero dell'Economia e delle Finanze, da Agenas e da altri osservatori privilegiati con l'esperienza dei cittadini-pazienti.

Il primo risultato, dunque, è la sovrapposizione che si realizza tra i due punti di vista, quello della percezione diretta degli utenti e quello degli erogatori del Ssn, nelle sue articolazioni di diritto pubblico e di diritto privato.

- **Le barriere all'accesso alle prestazioni sanitarie:** il problema risiede, tuttavia, nel riuscire a usufruire dei servizi sanitari nell'ambito del Ssn. Secondo l'indagine, il vulnus del sistema è proprio la sua impermeabilità, in termini di barriere all'ingresso. Il 53,5% degli italiani si trova ad affrontare tempi di attesa eccessivamente lunghi rispetto all'urgenza della propria condizione clinica, mentre il 37,4% segnala la presenza di liste bloccate o chiuse, nonostante siano formalmente vietate.

- **La fuga nella sanità a pagamento:** ecco che ogni 100 tentativi di prenotazione nel Ssn, la quota di popolazione che rinuncia e si rivolge alla sanità a pagamento è del 39,4% (il 34,4% dei bassi redditi). In particolare, il 12% ricorre all'intramoenia (la sanità privata nelle strutture pubbliche) e il 18% al privato puro.

Il 51,6% degli italiani sceglie direttamente la sanità a pagamento, senza provare a prenotare nel Ssn-inteso in tutto il Rapporto Ospedali&Salute sia nella sua componente di diritto pubblico sia nella sua componente di diritto privato- una quota alta anche tra la popolazione a basso reddito (40,6%).

Si tratta di forze centrifughe al Ssn confermate da una spesa sanitaria privata degli italiani che rappresenta circa un quarto della spesa sanitaria totale.

'Dal Rapporto Censis-Aiop - ha affermato il **ministro della Salute, Orazio Schillaci** - emergono tanti punti di forza e molte criticità. Così come emerge anche dai dati Ocse, rispetto ai quali la sanità italiana è ai primi posti, il Ssn ha una elevata capacità di garantire le cure migliori ai propri cittadini ma non possiamo ignorare come essi sperimentino continue barriere all'accesso alle prestazioni. Mi riferisco ai tempi d'attesa eccessivamente lunghi, a liste addirittura bloccate. Mi riferisco alle persone che rinunciano a priori a curarsi, atteggiamento questo di sfiducia, una rappresentazione di una sanità in crisi'.

Secondo l'esponente del governo 'bisogna partire dal dato che emerge nel Rapporto per il quale i cittadini italiani sono interessati alla qualità e non se la struttura che eroga le prestazioni sia di diritto pubblico o se privata convenzionata e occorre rimuovere gli ostacoli che incontrano soprattutto le persone meno abbienti: questa è la nostra priorità per realizzare una sanità universalistica e equa. Ringrazio, quindi, Barbara Cittadini per i tanti stimoli e idee che mi invia quotidianamente e che tengo sempre in considerazione'.

Per la **presidente nazionale Aiop, Barbara Cittadini**, 'il Rapporto dimostra una perfetta sovrapposizione tra l'esperienza diretta degli italiani, rilevata dall'indagine Censis-Aiop, e i principali dati di sistema elaborati da Agenas e del ministero della Salute. Questa sovrapposizione emerge, innanzitutto, rispetto alla duplice natura del Servizio sanitario nazionale, la quale si manifesta nella distribuzione dei posti letto accreditati, 69% nella componente di diritto pubblico e 31% nella componente di diritto privato, nonché in una simile ripartizione delle giornate di degenza'.

'Le strutture di diritto privato- ha proseguito- erogano quote importanti di prestazioni ad alta complessità. Ad esempio, dal 25% al 40%, a seconda della sede della neoplasia, di interventi per tumore

maligno. Questo contributo si sostiene con il solo 13% della spesa ospedaliera pubblica totale. Del ruolo della componente di diritto privato nel Servizio sanitario nazionale è consapevole, anche, il 68,5% degli italiani che non fa distinzione a seconda della natura giuridica delle strutture e che considera rilevante solo la qualità delle prestazioni ricevute. Per più di un italiano su due la presenza delle strutture accreditate rappresenta una necessità, in considerazione della difficoltà degli ospedali di diritto pubblico nel rispondere in tempi appropriati ai bisogni di cura delle persone'.

'Una prima importante scelta in questa direzione- ha poi evidenziato la presidente- è stata, finalmente, compiuta nell'ultima manovra di bilancio, la quale non si è limitata a stanziare risorse ad hoc per la riduzione delle liste d'attesa ma ha infranto quel 'tetto di cristallo' che avendo, per decenni, limitato le regioni all'acquisto di prestazioni dalla nostra componente, ha depauperato quali-quantitativamente la capacità di risposta del sistema'.

'Questo- ha sottolineato Cittadini- è il segno tangibile di quell'auspicato cambio di paradigma che appare possibile solo superando con razionalità e buonsenso ogni pregiudizio e anacronistica ideologia'.

'Il Servizio sanitario- le parole del **segretario generale Censis, Giorgio De Rita**- resta tra le istituzioni più apprezzate dagli italiani e i medici, gli infermieri e gli altri operatori beneficiano di una elevata fiducia da parte dei cittadini. Tuttavia sono ormai evidenti criticità, a cominciare dall'eccessiva lunghezza delle liste di attesa, esito di processi regressivi iniziati molto indietro nel tempo. Per questo è urgente ampliare e gestire con maggior efficienza le risorse pubbliche investite in sanità. Sarà così finalmente possibile rispondere alle aspettative di qualità ed equità dei cittadini, contrapponendosi alla pericolosa deriva verso una sanità per censo'.

'Dobbiamo evitare che le persone riescano ad accedere a un servizio sanitario soltanto se hanno delle risorse proprie- ha ammonito **Beatrice Lorenzin, componente 5 commissione Programmazione economica, Bilancio, Senato della Repubblica**- o se hanno un'assicurazione. C'è un tema di difficoltà di accesso, quindi di rinuncia alle cure e un tema di disuguaglianze dei trattamenti sanitari regione per regione. Se non vogliamo rinunciare all'universalità del Ssn, sicuramente abbiamo bisogno di capire quanto siamo disponibili a spendere sul Ssn, dobbiamo avere la forza di riformarlo in quegli aspetti di organizzazione e programmazione che adesso necessitano di un cambiamento di prospettiva. In più, dobbiamo recuperare 30 miliardi che sono di fatto spesi out of pocket, spesso non appropriati, dai cittadini, quindi reinserirli nel nostro Ssn. Infine, tutti questi problemi non ci sarebbero se non ci fossero più di 100 miliardi di evasione fiscale'.

'Mi ha colpito- è intervenuto **Davide Faraone, capogruppo XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati**- il fatto che su alcuni aspetti la sanità italiana è peggiorata rispetto al periodo pre pandemico. Avevamo detto che dopo la pandemia avremmo investito di più in sanità e invece dal Rapporto emerge che non è così e questo mi preoccupa. Inoltre, il governo continua a non investire in ambito sanitario e se non mettiamo più soldi non potremo azzerare le liste d'attesa, non potremo avere più medici e infermieri, non potremo sostenere la sanità privata, che svolge un ruolo importantissimo nel nostro Paese. In questo senso, non aver preso le risorse del Mes per noi è stato un errore clamoroso'.

'È importante recuperare da questa indagine un dato fondamentale- ha detto **Ylenia Lucaselli, presidente Collegio d'Appello, capogruppo V Commissione Bilancio, Tesoro e Programmazione, Camera dei Deputati**- cioè che la sanità pubblica può e deve essere supportata dalla sanità accreditata. Non dobbiamo raccontare bugie agli italiani, la sanità accreditata è gratuita tanto quella pubblica ed è un pilastro decisivo per aumentare il livello qualitativo della prestazione sanitaria italiana. Dobbiamo partire dalla razionalizzazione della spesa, cioè utilizzare meglio i fondi pubblici, altrimenti nessun investimento è sufficiente'.

'Questo Governo ha investito delle risorse- ha ricordato- ma è importante impiegarle bene. Oggi non possiamo permetterci di pensare alla sanità come se fossimo 50 anni indietro, non possiamo non considerare la prevenzione come elemento essenziale della salute. Una buona gestione del singolo nel sistema oggi è un fattore fondamentale'.

Per **Elena Murelli, componente 10 Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, Senato della Repubblica**, 'il nostro Sistema sanitario deve essere innovato e rinnovato attraverso una semplificazione dei processi a 360 gradi. Occorre identificare le buone pratiche regionali e anche internazionali da replicare su tutto il territorio nazionale per seguire meglio il paziente

dalla diagnosi alla cura nelle diverse patologie fino all'aderenza alle terapie. È essenziale rimuovere i problemi di gestione della privacy e, inoltre, promuovere l'interoperabilità dei diversi sistemi territoriali e dei dati per permettere una migliore analisi dei dati e promuovere la ricerca di nuove terapie anche personalizzate per un servizio completo ai cittadini'.

'Quello che vorrei chiedere, oggi, al Servizio sanitario nazionale- ha precisato **Angela Adduce, ispettore generale capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria generale dello Stato, ministero dell'Economia e delle Finanze**- è di ricominciare a produrre dopo lo shock Covid. Nonostante l'afflusso finanziario importante, il Ssn non è ancora in grado di esprimere una risposta adeguata: è un problema di organizzazione e di efficientamento. Il Ssn ha bisogno di recuperare una produttività attraverso l'impiego di manager che siano capaci di gestire efficacemente le risorse e occorre iniziare a parlare non solo di quanto si spende ma di come si spende, della qualità, cioè, della spesa'.

'Per far funzionare il Ssn- ha spiegato **Americo Cicchetti, direttore generale della programmazione sanitaria, ministero della Salute**- occorre realizzare un sistema basato su un aggiornamento continuo delle procedure più efficaci, del valore delle tariffe necessarie a rimborsarle e su un sistema di controllo. Nel contesto di oggi, con la disponibilità di dati e di informazioni che abbiamo, non dobbiamo più pagare le prestazioni, ma dobbiamo pagare la salute: servono meccanismi ibridi di rimborso, pesando i drg sulla base degli esiti degli interventi e dei trattamenti sanitari'.

Per quanto riguarda la legge sulla concorrenza in sanità, che riguarda oggi le sole strutture di diritto privato, Cicchetti ha evidenziato che sono in corso interlocuzioni tra il ministero e l'Autorità garante per il mercato e la concorrenza. 'La materia è molto delicata, a partire dal fatto che gli erogatori non possono cambiare continuamente perché i pazienti devono essere seguiti nel tempo e la presa in carico deve avere continuità e perché occorre favorire gli investimenti, i quali hanno bisogno di prospettive di lungo termine per essere ammortizzati'.

Sulle liste d'attesa Cicchetti ha infine ricordato che in un Servizio sanitario nazionale i tempi di attesa sono fisiologici e necessari per governare la domanda di salute. Il problema è quando i tempi non sono compatibili con l'urgenza della prestazione. 'Entro luglio sarà pronto il Piano di governo delle liste d'attesa- ha concluso- che farà leva sulla messa a sistema dei Cup e sull'analisi del fabbisogno reale, in termini di prestazioni attese dalla popolazione'.

[https://www.sanitainformazione.it/politica/servizio-sanitario-nazionale-per-189-degli-italiani-e-sacro/?mkt\\_tok=MDlwLVNDVC0wNjQAAAGSKnQasd-KjpN2ABQCEGj78rqpIM1RpNppfk50Z3RDN6QFSMzbXcXe5EiJ25DHe4fx7Pr4G0fQVz-AodHMKuFegWGPtpCS7pqA9b4vc7U3](https://www.sanitainformazione.it/politica/servizio-sanitario-nazionale-per-189-degli-italiani-e-sacro/?mkt_tok=MDlwLVNDVC0wNjQAAAGSKnQasd-KjpN2ABQCEGj78rqpIM1RpNppfk50Z3RDN6QFSMzbXcXe5EiJ25DHe4fx7Pr4G0fQVz-AodHMKuFegWGPtpCS7pqA9b4vc7U3)

## SANITÀ PUBBLICA E SANITÀ PRIVATA A CONFRONTO



# Engagement Monitor

Il monitoraggio di EngageMinds HUB

 EngageMinds HUB  
Consumer, Food & Health Engagement Research Center



# Engagement Monitor

Il monitoraggio di EngageMinds HUB


 UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del SACRO CUORE

Strumento di rilevazione continuativa e quantitativa su un campione rappresentativo della popolazione italiana per analizzarne i comportamenti in ambito sanitario, alimentare e di sostenibilità ambientale profilandoli dal punto di vista delle caratteristiche socio-demografiche, ma soprattutto delle motivazioni psicologiche che ne guidano le scelte.



Il MONITOR è costruito a partire da indicatori di misura scientificamente validati che permettono di evidenziare i diversi livelli di coinvolgimento attivo (engagement) delle persone in un'ottica *One Health*.



Ogni rilevazione viene condotta su un campione di oltre mille italiani, rappresentativo della popolazione per sesso, età, appartenenza geografica e occupazione. Le survey vengono realizzate con metodologia CAWI (Computer Assisted Web Interview).



Il Monitor è finanziato dalla convenzione AgriFood Lab firmata dal Comune, la Camera di Commercio e la Provincia di Cremona, dall'Istituto Gregorio XIV per l'Educazione e la Cultura e dall'Università Cattolica del Sacro Cuore per il periodo 2024-2026.


 EngageMinds HUB  
Consumer, Food & Health Engagement Research Center



# Engagement Monitor

Il monitoraggio di EngageMinds HUB


 UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del SACRO CUORE

## METODOLOGIA DELLA RICERCA

STUDIO LONGITUDINALE



SURVEY AUTOCOMPILATA CAWI  
*(indicatori validati e ad hoc)*



CAMPIONE RAPPRESENTATIVO DELLA  
POPOLAZIONE ITALIANA  
*(per sesso, età, professione, provenienza geografica)  
N=10507 consumatori*



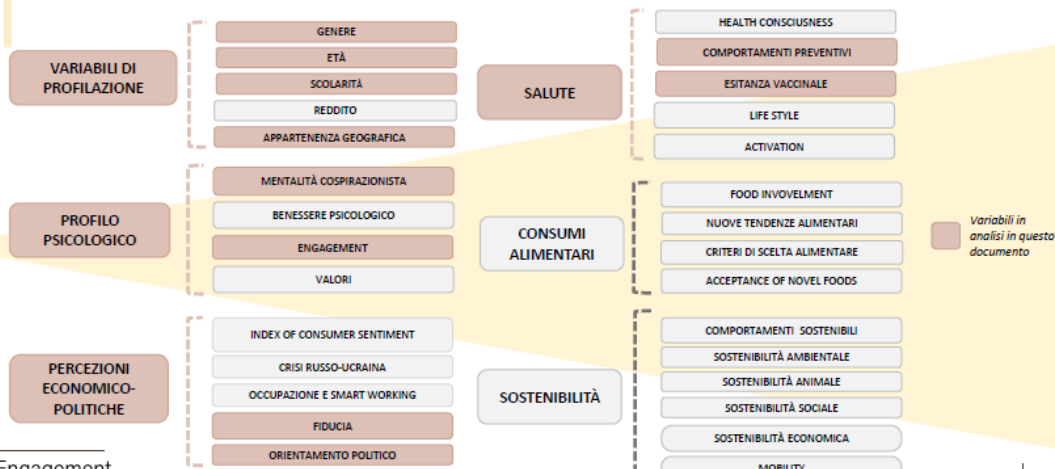


# I MOMENTI DI RILEVAZIONE



## LE AREE DI INDAGINE DELL' ENGAGEMENT MONITOR

UNIVERSITY OF ECUADOR  
EngageMinds HUB  
Consumer, Food & Health Engagement Research Center



Engagement Monitor  
Università di Ecuador

I contenuti sono soggetti a copyright e il loro utilizzo è concesso previa autorizzazione di EngageMinds HUB - Consumer, Food & Health Engagement Research Center

5

## LE MISURE

### MENTALITÀ COSPIRAZIONISTA\*

\*Scala validata scientificamente



La dimensione «mentalità cospirazionista», misurata attraverso 5 domande, esprime la propensione di un soggetto a credere che alcuni eventi importanti siano il risultato di un complotto segreto pilotato da un gruppo di persone potenti, animate da malevoli intenzioni.

### ORIENTAMENTO POLITICO



È stata utilizzata una domanda per misurare l'orientamento politico, chiedendo ai partecipanti di classificare le proprie idee politiche su di una scala da 1 a 10 (1= sinistra; 10= destra; 11= nessun orientamento politico).

### FIDUCIA VERSO LE ISTITUZIONI E LA SCIENZA



La fiducia verso la scienza e le istituzioni sono state misurate attraverso 2 domande, utilizzando una scala d'accordo a 5 passi (1= molto in disaccordo; 5= molto d'accordo).

### ENAGEMENT\*

\*Scala validata scientificamente



L'engagement è stato misurato attraverso 22 domande su una scala a 7 passi, dove 1= completamente in disaccordo, 7= completamente d'accordo. La scala è composta da 3 aree: l'agency (8 domande) ovvero il senso di controllo e proattività nella vita quotidiana, la ricerca di informazioni (6 domande) ossia la tendenza ad aggiornarsi e ad alfabetizzarsi ed infine la soddisfazione per la vita (8 domande) intesa come la percezione del senso di progettualità e di realizzazione nella vita quotidiana.

- Sanità PUBBLICA e sanità PRIVATA a confronto
- Gli italiani e il PNRR
- La percezione delle AZIENDE FARMACEUTICHE

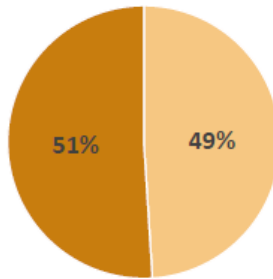
Divisi a metà sono gli italiani che hanno piena fiducia nel Sistema Sanitario nazionale (SSN): il 49% pone piena fiducia nel SSN, mentre il 51% non si fida del SSN.

Guardando il dato in trend, notiamo che c'è una leggera crescita negli ultimi 2 anni: cresce di 2 punti percentuali (gen-22: 47% vs gen-24: 49%) la fiducia degli italiani nel sistema sanitario nazionale.

UNIVERSITY OF VERONA universon.com  
**EngageMinds HUB**  
Consumer, Food & Health Engagement Research Center

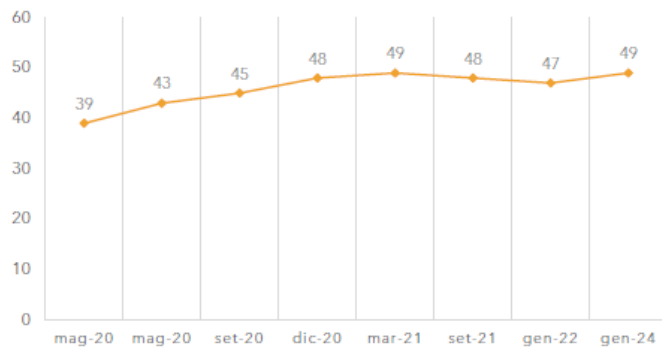
Wave 11\_Report 4  
Winter2023

«Ho piena fiducia nel sistema sanitario nazionale»



■ Ha fiducia nel SSN (4-5) ■ Non ha fiducia nel SSN (1-4)

Sample size: n= 1016

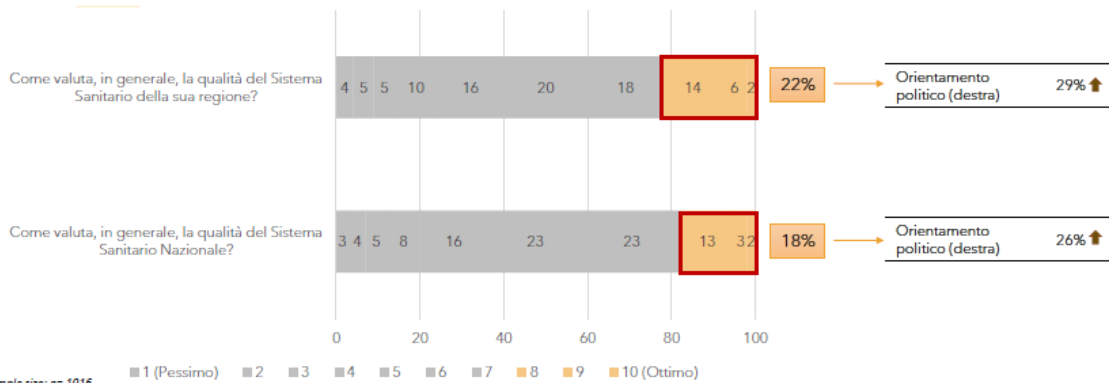


— Ho piena fiducia nel sistema sanitario

Poco più di 2 italiani su 10 (22%) valuta come ottima la qualità del Sistema Sanitario regionale. Tra di essi troviamo gli elettori di destra (29%). Leggermente più bassa è la percentuale degli italiani che valuta come ottimo il Sistema Sanitario nazionale (18%). Anche in questo caso il 26% si orienta politicamente a destra.

UNIVERSITY OF VERONA universon.com  
**EngageMinds HUB**  
Consumer, Food & Health Engagement Research Center

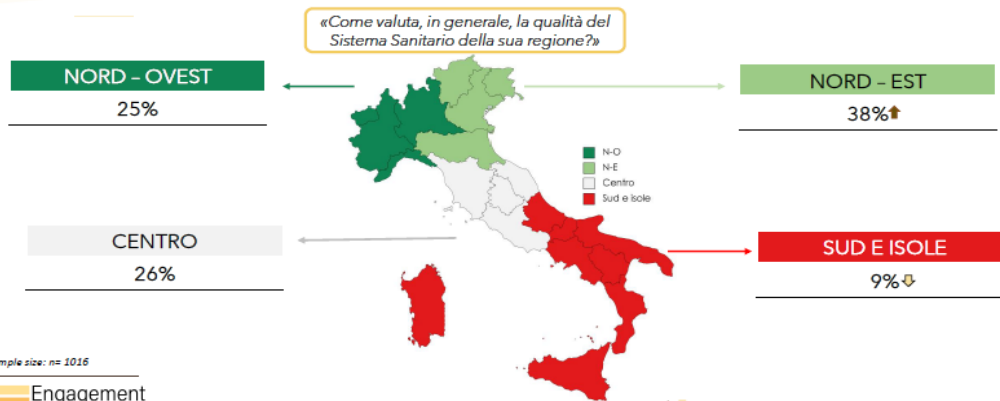
Wave 11\_Report 4  
Winter2023



Sample size: n= 1016

■ 1 (Pessimo) ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ 8 ■ 9 ■ 10 (Ottimo)

Andando a vedere come le zone d'Italia valutano il proprio Sistema Sanitario regionale, troviamo che il Nord Est (38%) ha una ottima percezione della qualità del proprio SSN. Al contrario, gli italiani che provengono dal Sud e dalle isole (9%), ritengono che il proprio SSN non sia di qualità.



Sample size: n= 1016

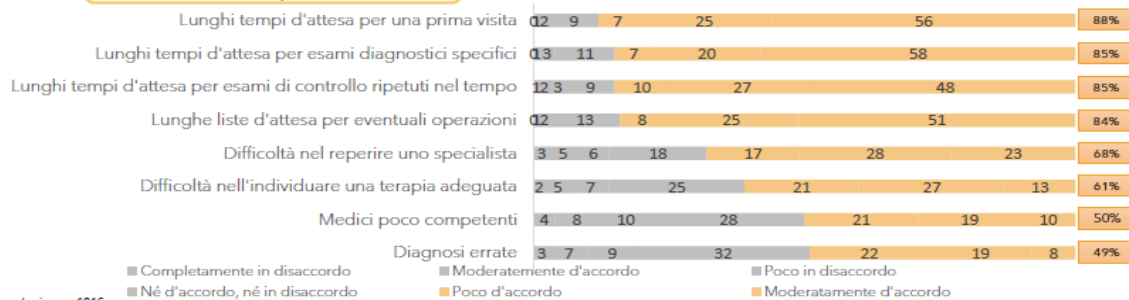
Engagement Monitor  
Il linguaggio di EngageMinds HUB

I contenuti sono soggetti a copyright e il loro utilizzo è concesso previa autorizzazione di EngageMinds HUB - Consumer, Food & Health Engagement Research Center

11

Secondo quasi 9 italiani su 10, i principali problemi della sanità pubblica sono legati ai tempi di attesa per una prima visita (88%), per fare esami diagnostici specifici (85%) o per esami di controllo (85%) ed infine per le liste d'attesa per eventuali operazioni (84%). Quasi 7 italiani su 10 ritiene difficile reperire uno specialista (68%), mentre la metà considera i medici poco competenti (50%).

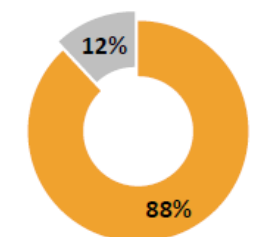
Secondo lei, quali sono i problemi maggiori della sanità pubblica?



Sample size: n= 1016

Quasi 9 italiani su 10 sono d'accordo nell'affermare che uno dei problemi maggiori della sanità pubblica sono i lunghi tempi d'attesa per la prima visita. In particolare, tra di essi troviamo le donne (90%), coloro che provengono dal Sud Italia e dalle isole (90%), gli over 59 (94%) e coloro che presentano una malattia cronica (95%).

Lunghi tempi d'attesa per la prima visita



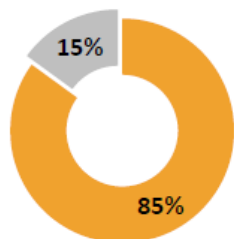
Legend: D'accordo (5-7) (orange), Non d'accordo (1-4) (grey)

PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO LUNGI I TEMPI D'ATTESA

Donne	90%↑
Sud e isole	90%↑
Età (Over 59)	94%↑
Ha una malattia cronica	95%↑

L'85% degli italiani sostiene che nella sanità pubblica vi siano lunghi tempi d'attesa per degli esami diagnostici specifici. In particolare, tale percentuale aumenta per le donne (90%), coloro che provengono dal Sud Italia o dalle isole (89%), gli over 59 (93%), chi si orienta politicamente a sinistra (91%) e coloro che hanno una malattia cronica (94%).

Lunghi tempi d'attesa per esami diagnostici specifici



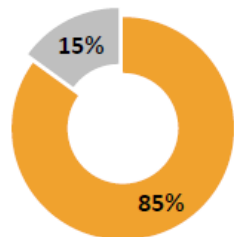
■ D'accordo (5-7) ■ Non d'accordo (1-4)

PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO LUNGI I TEMPI D'ATTESA PER ESAMI DIAGNOSTICI SPECIFICI

Donne	90% ↑
Sud e isole	89% ↑
Età (Over 59)	93% ↑
Orientamento politico (sinistra)	91% ↑
Ha una malattia cronica	94% ↑

Quasi 9 italiani su 10 ritiene che in Italia ci siano lunghi tempi d'attesa per esami di controllo (85%). Tra di essi, notiamo che vi è una maggioranza di donne (86%), coloro che provengono dal Sud o dalle isole (88%) e dal Nord Ovest (89%), gli over 59 (92%), coloro che si orientano politicamente a sinistra (92%) e chi è affetto da una malattia cronica (94%).

Lunghi tempi d'attesa per esami di controllo



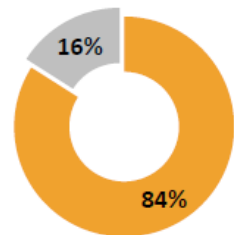
■ D'accordo (5-7) ■ Non d'accordo (1-4)

PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO LUNGI I TEMPI D'ATTESA PER ESAMI DI CONTROLLO

Donne	86% ↑
Sud e isole	88% ↑
Nord Ovest	89% ↑
Over 59	92% ↑
Orientamento politico (sinistra)	92% ↑
Ha una malattia cronica	94% ↑

L'84% degli italiani ritiene che le lunghe liste d'attesa per eventuali operazioni siano un problema per la sanità pubblica. Tra di essi troviamo chi proviene dal Sud e dalle isole (88%), gli over 59 (89%) e coloro che sono affetti da una malattia cronica (90%).

Lunghe liste d'attesa per eventuali operazioni



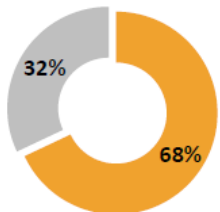
■ D'accordo (5-7) ■ Non d'accordo (1-4)

PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO LUNGI I TEMPI D'ATTESA PER EVENTUALI OPERAZIONI

Sud e isole	88% ↑
Età (Over 59)	89% ↑
Ha una malattia cronica	90% ↑

Il 68% degli italiani pensa che in Italia ci sia una difficoltà nel reperire uno specialista. Coloro che provengono dal Sud o dalle isole d'Italia (72%), gli over 59 (76%) e chi ha una malattia cronica (79%) concordano con ciò.

*Difficoltà nel reperire lo specialista*



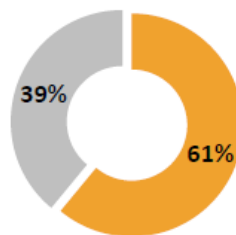
■ D'accordo (5-7) ■ Non d'accordo (1-4)

**PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO DIFFICILE REPERIRE UNO SPECIALISTA**

Sud e isole	72% ↑
Età (Over 59)	76% ↑
Ha una malattia cronica	79% ↑

Poco più di 6 italiani su 10 concorda nel dire che uno dei principali problemi della sanità pubblica sia la difficoltà nell'individuare una terapia adeguata. Le donne (65%), chi proviene dal Sud o dalle isole (66%) e chi ha una bassa fiducia nel Sistema Sanitario nazionale (66%) sono d'accordo con questa affermazione.

*Difficoltà nell'individuare una terapia adeguata*



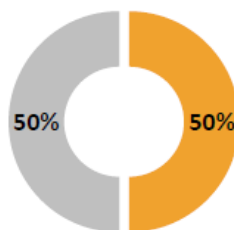
■ D'accordo (5-7) ■ Non d'accordo (1-4)

**PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO SIA DIFFICILE INDIVIDUARE UNA TERAPIA ADEGUATA**

Donne	65% ↑
Sud e isole	66% ↑
Mentalità cospirazionista	75% ↑
Bassa fiducia nel Sistema Sanitario Nazionale	66% ↑

Gli italiani sono divisi a metà per quanto riguarda la percezione della competenza dei medici. Chi sostiene che i medici siano poco competenti sono le donne (55%), chi si orienta politicamente a destra (59%) e chi ha una bassa fiducia nel Sistema Sanitario nazionale (54%).

*Medici poco competenti*



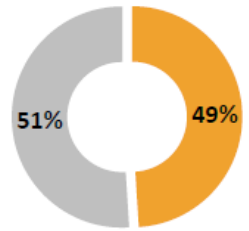
■ D'accordo (5-7) ■ Non d'accordo (1-4)

**PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO CHE I MEDICI SIANO POCO COMPETENTI**

Donne	55% ↑
Orientamento politico (destra)	59% ↑
Mentalità cospirazionista	61% ↑
Bassa fiducia nel Sistema Sanitario Nazionale	54% ↑

Secondo il 49% degli italiani le diagnosi errate sono uno dei principali problemi della sanità pubblica. Tra coloro che sono in accordo nel sostenere ciò troviamo le donne (55%), chi proviene dal Sud o dalle isole (55%) o dal centro (55%), chi ha un orientamento politico tendente a destra (56%) e chi ha una bassa fiducia nel Sistema Sanitario nazionale (52%).

Diagnosi errate



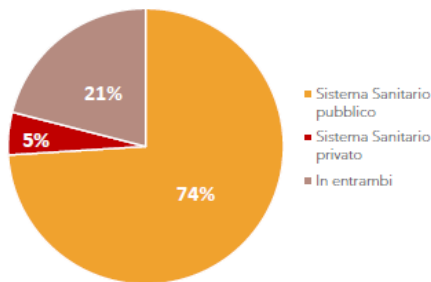
■ D'accordo (5-7) ■ Non d'accordo (1-4)

PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO CHE LE DIAGNOSI SIANO ERRATE

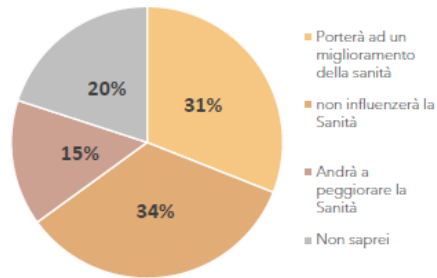
Donne	55% ↑
Sud e isole	55% ↑
Centro	55% ↑
Licenza media	38% ↔
Orientamento politico (destra)	56% ↑
Mentalità cospirazionista	57% ↑
Bassa fiducia nel SSN	52% ↑

Secondo quasi tre quarti degli italiani, il governo dovrebbe investire maggiormente nel Sistema Sanitario pubblico (74%). 2 italiani su 10, ritengono invece che il governo dovrebbe investire nel privato. Poco più di 3 italiani su 10 vede con ottimismo la nuova legge di Bilancio, la quale porterà ad un miglioramento della sanità generale.

Secondo lei, il governo dovrebbe investire maggiormente nel...



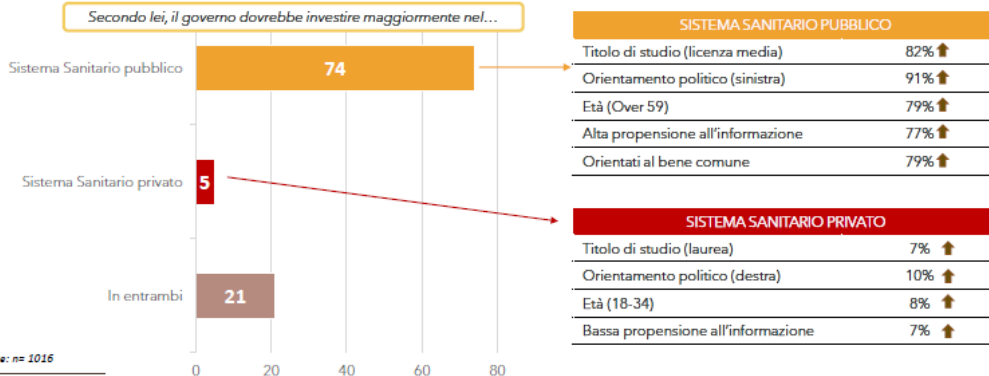
La nuova legge di bilancio prevede un aumento alla Sanità, da 3 miliardi nel 2024 a 4,2 miliardi nel 2026. Secondo lei questa nuova legge di bilancio...



Sample size: n= 1016

Il Sistema Sanitario pubblico viene visto come oggetto di investimento da parte degli italiani che hanno una licenza media (82%), dagli elettori di sinistra (91%), dagli over 59 (79%) e da chi è orientato al bene comune (79%). Al contrario, il Sistema Sanitario privato dovrebbe essere oggetto di investimento da parte dei laureati (7%), dagli elettori di destra (10%), dai giovani (8%) e da chi ha una bassa propensione nel ricercare le informazioni utili (7%).

Secondo lei, il governo dovrebbe investire maggiormente nel...

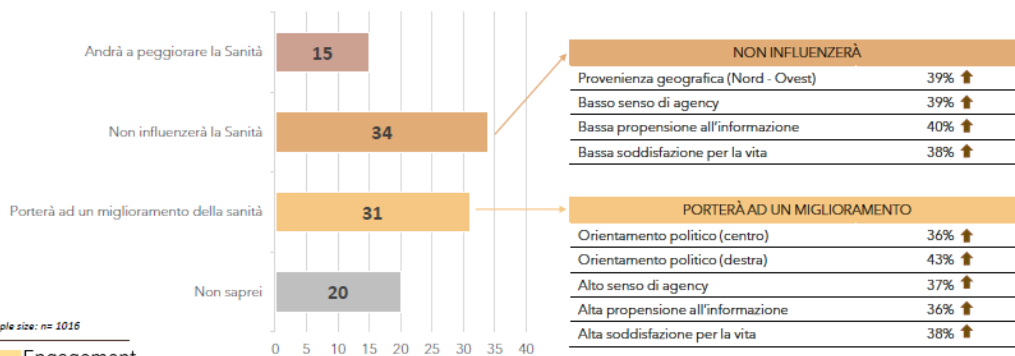


Sample size: n= 1016



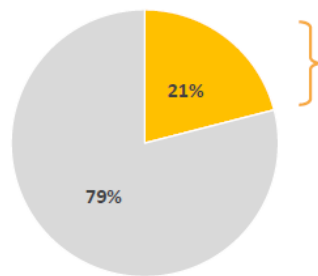
3 italiani su 10 ritengono che la legge di Bilancio migliorerà la sanità (31%). Tra di essi troviamo chi si orienta politicamente verso il centro - destra (36% e 43%) e coloro che hanno un alto engagement. Per coloro che provengono dal Nord - Ovest (39%) e che hanno un basso engagement, a legge di Bilancio non influenzerà la sanità. Solo per chi proviene dal centro Italia (20%) e che si orienta politicamente a sinistra (29%) la nuova legge peggiorerà la sanità italiana.

La nuova legge di bilancio prevede un aumento alla Sanità, da 3 miliardi nel 2024 a 4,2 miliardi nel 2026. Secondo lei questa nuova legge di bilancio...



Il 21% degli italiani è a conoscenza dei punti salienti della Missione Salute. I più informati sono coloro che provengono dal Sud o dalle isole (27%), gli elettori di destra (35%) e chi ha un alto engagement.

È a conoscenza dei punti salienti della Missione Salute?



PROFILO DI COLORO CHE SONO INFORMATI SUI PUNTI SALIENTI DELLA MISSIONE SALUTE

Sud e isole	27% ↑
Orientamento politico (destra)	35% ↑

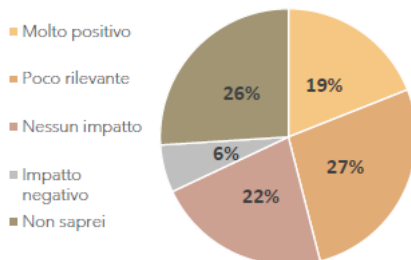
PERSONE ORIENTATE ALL'ENGAGEMENT

Senso di agency	30% ↑
Propensione nel ricercare le informazioni	25% ↑
Soddisfazione per la vita	28% ↑

Sample size: n= 1016

Quasi 2 italiani su 10 (19%) valuta in modo molto positivo l'impatto del PNRR sulle riforme da attuare in ambito sanitario. Tra quelli che valutano positivamente l'impatto del PNRR troviamo gli uomini (22%), chi si orienta politicamente al centro (24%) o a destra (24%), gli over 59 (25%) e chi ha fiducia nella scienza (24%), nel SSN (27%) e nelle istituzioni (29%).

Come valuta l'impatto del PNRR sulle riforme da attuare in ambito sanitario?



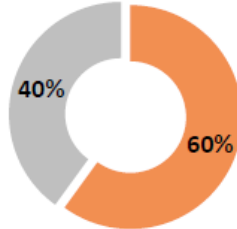
PROFILO DI COLORO CHE VALUTANO POSITIVAMENTE L'IMPATTO DEL PNRR IN AMBITO SANITARIO

Uomini	22% ↑
Orientamento politico (destra)	24% ↑
Orientamento politico (centro)	24% ↑
Età (over 59)	25% ↑
Fiducia nella scienza	24% ↑
Fiducia nel Sistema Sanitario nazionale	27% ↑
Fiducia nelle istituzioni	29% ↑

Sample size: n= 1016

Per 6 italiani su 10 grazie agli investimenti delle Aziende farmaceutiche, la qualità di vita della popolazione migliora. Tra di essi troviamo gli elettori di centro (68%) e destra (66%), chi ha una bassa mentalità cospirazionista (79%) e chi ha fiducia nella scienza (72%), nel Sistema Sanitario nazionale (81%) e nelle istituzioni (88%).

*Grazie alle Aziende farmaceutiche che investono nello sviluppo di nuovi farmaci, la qualità di vita della popolazione migliora*



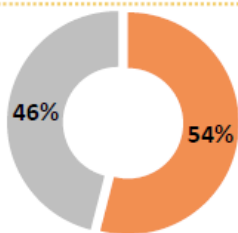
■ Molto in accordo (5-7) ■ Poco in accordo (1-4)

**PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO CHE LE AZIENDE FARMACEUTICHE MIGLIORANO LA QUALITÀ DI VITA**

Orientamento politico (centro)	68% ↑
Orientamento politico (destra)	66% ↑
Bassa mentalità cospirazionista	79% ↑
Fiducia nella scienza	72% ↑
Fiducia nel SSN	81% ↑
Fiducia nelle istituzioni	88% ↑

Per il 54% degli italiani le case farmaceutiche si arricchiscono a spesa della salute delle persone. Tra di essi troviamo chi ha un titolo di studio medio (diploma: 57%), chi non si orienta politicamente (62%), gli anziani (61%), chi ha una mentalità cospirazionista (79%) e chi ha bassa fiducia nella scienza (66%), nel Sistema Sanitario nazionale (59%) e nelle istituzioni (56%).

*Le case farmaceutiche si arricchiscono a spesa della salute delle persone*



■ Molto in accordo (5-7) ■ Poco in accordo (1-4)

**PROFILO DI COLORO CHE RITENGONO CHE LE CASE FARMACEUTICHE SI ARRICCHISCONO A SPESA DELLE PERSONE**

Titolo di studio (diploma)	57% ↑
Nessun orientamento politico	62% ↑
Età (Over 59)	61% ↑
Mentalità cospirazionista	79% ↑
Bassa fiducia nella scienza	66% ↑
Bassa fiducia nel SSN	59% ↑
Bassa fiducia nelle istituzioni	56% ↑

**quotidianosanita.it**

### **L'appello di 75 società scientifiche: “Nel 2020-22 tagliati 32.500 posti letto, troppi i medici in fuga. A rischio le cure per tutti. Serve una grande riforma strutturale per salvare il Ssn”**

*L'appello del Forum delle 75 Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani. Fra il 2019 e il 2022, 11.000 clinici hanno scelto di lasciare le strutture pubbliche e l'esodo continua inesorabilmente. Diminuiscono anche i nosocomi: in un decennio ne sono stati chiusi 95, il 9%. E le risorse sono sempre meno. Francesco Cognetti, Coordinatore FoSSC: “I Livelli essenziali di assistenza non sono rispettati in 12 Regioni su 21. È indispensabile il potenziamento degli ospedali”.*

**18 APR -**

Il nostro servizio sanitario deve continuare a essere definito universalistico. Liste d'attesa, mancanza di medici, di ospedali e di posti letto, concorsi deserti, specializzazioni senza iscritti, progressivo definanziamento mettono a rischio il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e dei principi fondanti del nostro modello di cura. In appena due anni, durante l'emergenza Covid, addirittura il numero dei posti letto è diminuito, e ne sono stati tagliati 32.508: nel 2020 erano 257.977, ridotti a 225.469 nel 2022.

Si stima che, negli ospedali italiani, manchino almeno 100mila posti letto di degenza ordinaria e 12mila di terapia intensiva. L'età media dei medici è sempre più elevata, con ben il 56% che ha più di 55 anni rispetto al 14% della Gran Bretagna e percentuali anche più basse in altri Paesi. Entro il 2025, andranno in pensione 29.000 camici bianchi e 21mila infermieri, senza un sufficiente inserimento di nuovi professionisti. Circa 11.000 clinici ospedalieri (non in età da pensione) hanno già scelto di lasciare le strutture pubbliche fra il 2019 e il 2022. E sempre più giovani, formati a spese dello Stato (circa 150mila euro ognuno) vanno all'estero, dove ricevono stipendi anche tre volte superiori rispetto all'Italia e con condizioni di lavoro nettamente migliori.

Diminuisce anche il numero dei nosocomi: in 10 anni ne sono stati chiusi 95, il 9%. Nel 2012 erano 1.091, nel 2022 sono calati fino a 996, con una riduzione più consistente per quelli pubblici (67 in meno, da 578 a 511). Non solo. Nel 2024, il finanziamento del Fondo sanitario nazionale è aumentato in termini assoluti rispetto al 2021, ma è diminuito rispetto al PIL ed eroso in modo molto consistente dalla maggiore inflazione. Inoltre, queste risorse sono state in larga parte utilizzate per aumenti contrattuali irrisori del personale, che non sono in grado di contenere l'esodo dei medici.

Oggi in conferenza stampa a Roma, nella sede della rappresentanza in Italia del Parlamento e della Commissione Europea (Esperienza Europa – David Sassoli), 75 Società Scientifiche riunite in FoSSC (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani) chiedono al Governo una grande riforma strutturale, con provvedimenti urgenti per salvare il servizio sanitario e mantenere il suo carattere universalistico.

“Dodici Regioni su 21 non garantiscono non la totalità, ma neppure la minima sufficienza dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), cioè le cure considerate fondamentali. La maggioranza presenta infatti valori sotto la soglia in almeno una delle tre macroaree prese in esame: prevenzione, assistenza sul territorio e ospedale – spiega **Francesco Cognetti**, Coordinatore del Forum -. E si tratta dei Lea attualmente in vigore che risalgono addirittura al Dpcm 29 novembre 2001, o meglio ai DM del 1996 e 1999, aggiornati con il Dpcm 12 gennaio 2017, ma mai attuati”

“Inoltre – affermano le 75 Società Scientifiche riunite in FoSSC -, l'introduzione dei nuovi parametri, pur pubblicati ad agosto 2023, è stata rinviata al 2025 per carenza di risorse. E le Regioni dovrebbero sobbarcarsi anche il cospicuo onere delle nuove prestazioni, la maggior parte delle quali sono divenute ormai parte integrante della corretta pratica clinica. Le più deboli e povere, in particolare quelle sottoposte a Piano di rientro, di certo non possono farlo. Le Società Scientifiche chiedono come sia possibile solo pensare in queste condizioni al varo della legge sull'Autonomia Differenziata. Fenomeni drammatici, quali le liste di attesa per prestazioni diagnostiche necessarie e la eterogeneità per terapie che avrebbero un effetto positivo sul decorso di gravi malattie, nonché le attese interminabili, anche di giorni, nei Pronto Soccorso prima del ricovero nei reparti di degenza, sono dovuti a gravissime carenze strutturali ed organiche.

È urgente risolvere questi problemi con una riforma strutturale e di sistema degli ospedali, con lo stanziamento di risorse davvero adeguate per rispondere ai principali parametri in vigore negli altri Paesi

europei e con la vera realizzazione delle reti territoriali per patologie”. “Va anche osservato che tutti i Paesi europei, durante la pandemia, hanno prodotto aumenti del finanziamento pubblico alla sanità nettamente superiori al nostro – continua Cognetti -. Dal 2012 al 2021 l’incremento per l’Italia è stato solo del 6,4%, rispetto al 33% della Germania, al 24,7% della Francia e al 21,2% della Spagna”.

Negli ultimi 10-12 anni, i Governi che hanno preceduto quello attuale hanno operato tagli irresponsabili. Ma ora, anche nel 2024, il finanziamento del Fondo sanitario nazionale si attesta solo al 6,4% rispetto al PIL, come indicato nel Documento di Economia e Finanza dello stesso Ministero dell’Economia, con la previsione di un’ulteriore diminuzione al 6,3% nel 2025 e 2026, fino al 6,2% nel 2027.

Al netto dell’inflazione, quest’anno risulta addirittura una diminuzione delle risorse pubbliche destinate alla sanità del 6,2% rispetto al 2021.

Una tendenza preoccupante, visto che l’Ocse per i Paesi che investono poche risorse in sanità, come l’Italia, prevede un auspicabile investimento pari ad almeno l’1,4% in più rispetto al PIL 2021, che equivale ad un aumento annuo di ben 25 miliardi di euro.

Di conseguenza, la contribuzione alla spesa sanitaria da parte dei privati cittadini è in continua ed esponenziale crescita e, nel 2022, ha raggiunto la cifra di ben 41 miliardi e 500 milioni di euro, in vistoso incremento rispetto agli 8-12 miliardi degli anni precedenti, con un valore doppio rispetto a Francia e Germania, che equivale al 24% della spesa complessiva (171 miliardi e 867 milioni).

“Come evidenziato dalla Corte dei Conti – affermano le Società Scientifiche - la grave crisi di sostenibilità del servizio 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. Il servizio sanitario, dopo aver sostenuto l’impatto della pandemia, soffre di una crisi sistemica, accentuata dalla fuga del personale, 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”.

Per frenare l’emorragia dei medici è necessario intervenire con provvedimenti immediati. Nei prossimi 7 anni, in base alla previsione della Commissione istituita dal Ministro dell’Università e della Ricerca, **Anna Maria Bernini**, saranno 30mila i medici in più, ma i tempi sono troppo lunghi, vista la significativa carenza attuale e occorrono altre iniziative.

“L’obiettivo deve essere il passaggio dal numero chiuso a quello programmato – sottolineano le Società Scientifiche -. Sono necessari anche sostanziali aumenti retributivi, soprattutto per le specialità mediche ‘neglette’ (ad esempio Emergenza-Urgenza, Anestesiologia e Rianimazione, Radioterapia e alcune Chirurgie), i cui bandi per i corsi di specializzazione negli ultimi anni sono restati in gran parte deserti. A nulla servono i minimi aumenti stipendiali dell’ultimo contratto rispetto alle retribuzioni molto più elevate che i nostri giovani medici trovano in altri Paesi europei, anche confinanti con il nostro. E va considerata l’immissione in ruolo di figure professionali quali l’infermiere di ricerca, i data manager e i biostatistici, soprattutto in Irccs e Policlinici Universitari, oltre a figure esperte di temi quali l’Intelligenza Artificiale e Data Mining, da formare attraverso percorsi innovativi”.

L’inserimento di nuovi professionisti è stato impedito per molti anni dai tetti di spesa per il personale e dai blocchi delle assunzioni, in un quadro desolante di totale mancanza di programmazione da parte di tutti i Governi che si sono succeduti negli ultimi 10-12 anni. Ed oggi siamo costretti ad inserire nei servizi specializzandi, anche dei primissimi anni di corso, senza che questo provvedimento sia stato oggetto della necessaria discussione e programmazione.

“Oggi la conferenza stampa si svolge in una sede istituzionale, quale quella italiana del Parlamento e della Commissione europea, a significare l’assoluta necessità che il servizio sanitario dell’Italia, Paese fondatore dell’Unione europea, sia ricondotto e adeguato agli standard vigenti negli altri Stati che fanno parte dell’Unione – continuano le Società Scientifiche -.

Serve una grande riforma di sistema, che tenga conto delle diversità dei bisogni di salute, del progresso delle tecnologie e dell’organizzazione degli ospedali. L’Italia occupa il 22° posto nella graduatoria europea del numero di posti letto.

La media italiana è di 314 posti letto di degenza ordinaria per 100mila abitanti rispetto alla media europea di 550 e di 8-10 posti letto di terapia intensiva per 100mila abitanti rispetto ai 30 della Germania e a più di 20 della Francia.

Ma il Pnrr prevede di riservare solo l’8,3% dei fondi previsti alla Sanità, di cui la maggior parte per il potenziamento dell’assistenza territoriale e per l’avvio di strutture quali le Case e gli Ospedali di comunità, che sarà molto difficile da realizzare per la carenza di personale medico e di infermieri.

Vengono destinate risorse agli ospedali, ma solo per l’aggiornamento tecnologico e per la ricerca scientifica, nulla invece per il potenziamento strutturale ed organico o per l’acquisizione di nuovo personale.

Le conseguenze sono un'insufficiente interazione ospedale-territorio e una irrazionale compartimentalizzazione del sistema.

Allo scopo di affrontare e cominciare a risolvere tutti questi problemi, nel giugno 2023 era stato dato avvio, al Ministero della Salute, a un Tavolo Tecnico sulla riforma dei DM 70 e 77, cui il nostro Forum ha offerto un contributo immediato e fattivo con la presentazione di documenti, analisi e proposte che, purtroppo, non hanno ancora ricevuto accoglienza. Manteniamo, in ogni caso, la nostra più totale disponibilità alla collaborazione con il Governo e le forze politiche”.

Sono necessari più investimenti anche in prevenzione. “È scientificamente dimostrato che il 40% di patologie a grande incidenza, come i tumori e le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, può essere evitato grazie agli stili di vita sani – concludono le Società Scientifiche -. Anche la prevenzione secondaria è fondamentale. Ma le percentuali di cittadini che aderiscono agli screening oncologici sono pari a circa il 40% per la mammografia e per il Pap Test o l’Hpv test ed inferiori al 30% per lo screening coloretale. L’Unione Europea chiede a tutti i Paesi membri di raggiungere, entro il 2025, il livello del 90% di adesione per tutti e tre i programmi.

Si tratta di un obiettivo molto ambizioso, ma è importante sollecitare l’azione delle Regioni in questo settore, eventualmente prevedendo sistemi premianti o penalizzanti in termini di risorse economiche da destinare a livello locale. Inoltre, il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027, che allo stato è solo un pregevole trattato di oncologia, deve essere trasformato in un vero e proprio piano operativo e adeguato allo ‘Europe’s Beating Cancer Plan’ della Commissione europea, documento snello, incisivo e sintetico, con la previsione di iniziative ed obiettivi precisi ed un cronoprogramma nonché la possibilità di accedere a finanziamenti per la sua realizzazione. Analogamente, la Strategia Nazionale per la Salute del Cervello 2024-2031, che sancisce la ratifica del Governo Italiano al Piano Globale sulla Salute del Cervello dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, deve essere implementata in tutte le Regioni, per ridurre l’impatto delle malattie neurologiche e mentali in tutte le fasce di età”.

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=121647](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=121647)

**quotidianosanita.it**

## **Con la prossima finanziaria sarà più vicina la catastrofe per il Ssn**

**Ivan Cavicchi**

*E con essa sarà più vicina anche la possibilità della sconfitta potenziale della destra. Prima o poi arriverà il momento in cui la gente per riavere i propri diritti e quindi per soffrire di meno e campare un pò di più metterà in minoranza coloro che glieli hanno tolti. Tanto a sinistra che a destra.*

**22 APR -**

Che il governo abbia deciso di giocare al buio con il futuro DEF cioè di aspettare la conclusione delle elezioni europee di giugno, per denotarne le scelte politiche mi fa presumere che egli sappia già le scelte di politiche economiche e finanziarie che dovrà fare e sappia già che, per certi settori, a partire dal nostro, non saranno rose e fiori ma tutt’altro.

Del resto non siamo nuovi a questo genere di sorprese. Vi ricordate cose accadde, nel 2011, proprio per evitare all’Italia l’insolvenza dei conti pubblici, con la nascita del governo Monti? Vi ricordate i piani di rientro, i commissariamenti, ma soprattutto vi ricordate i tagli lineari e la ‘spending review’?

L’Europa alla quale questo governo sembra conformarsi oggi ha deciso di rieditare i patti di stabilità e di mettere severi limiti all’indebitamento. Non è una novità che grazie a questo genere di problemi finanziari per la sanità di solito sono mal di pancia.

Il mio timore è che sulla sanità il governo Meloni, senza nessuna strategia di riforma, non possa fare altro che continuare per la discesa, cioè insistere a de-finanziare il SSN e a privatizzare ancora di più.

### **Una catastrofe annunciata**

Circa un anno fa più o meno di questi tempi spiegavo, proprio su questo giornale, “la teoria della catastrofe” di cui vi lascio il link perché possiate anche voi comprendere cosa sta bollendo in pentola ([Qs la teoria della catastrofe 15 maggio 2023](#)).

Se il governo continuerà la sua strada con le politiche sanitarie fatte sino ad ora di sicuro andremo contro una catastrofe. Essa come ho già spiegato diverse volte non va considerata come, una rottura, un

cedimento un crollo improvviso a partire dal quale tutto viene giù viene, ma come un rosario interminabile di tante discontinuità o tante cavolate o tante scelte sbagliate fatte una dietro l'altra al punto da compromettere come nel caso della sanità i suoi parametri portanti.

La "catastrofe" è snaturamento ma anche tradimento. Cioè una sanità che diventa altro da quello che dovrebbe essere per legge. Quindi privata anziché pubblica, selettiva e non universale, a pagamento e non gratuita, distribuita sulla base del reddito e non più sulla base dei diritti ecc.

### **La biforcazione pubblico/privato**

La nostra catastrofe in sanità è iniziata in culla cioè nel 1978 nel momento in cui per mettere in piedi il SSN abbiamo fatto solo una "mezza riforma" e poi si è rafforzata nel tempo dopo una infinità di errori, di difficoltà finanziarie, di scelte sbagliate, e, come sovrapprezzo, ci abbiamo messo sopra una serie di mazzate neolibériste, cioè controriforme (titolo V aziendalizzazione e seconda gamba) per mettere fuori gioco l'art 32.

In questo contesto in marcia vs la catastrofe la conferenza fatta il 18 aprile da 75 società scientifiche (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani) (QS 18 aprile 2024) è probabilmente il tentativo più serio e più evidente di interferenza che però più di qualsiasi altra cosa, da il segno proprio della "catastrofe" imminente. Se così tante società scientifiche si sono decise a sbottare vuol dire che più o meno siamo vicini al capolinea.

### **Scienza e populismo**

Questa conferenza con scopi chiaramente anti catastrofici è stata preceduta da due fatti:

- il primo riguarda il fallimento miserevole del tavolo ministeriale, istituito con decreto, da Schillaci per l'aggiornamento del Dm 70 e del Dm 77 che si è concluso nel nulla;
- il secondo è la conferenza definita ridicolmente dei "14 scienziati" ma solo perché presieduta dal premio nobel Parisi che conosce come pochi la complessità della fisica ma non quella molto più complessa della sanità e che ignaro e in buona fede si è prestato, secondo me, incautamente e inconsapevolmente, ad una operazione puramente populista orchestrata prima da tutto da illustri neolibéristi, da alcuni architetti con stipendi da paura e che operano in quella zona della sanità che una volta avremmo definito "parastatale" e da poche altre comparse che hanno voluto mettersi in mostra e farsi la foto con il premio nobel.

### **Prendere le distanze**

La conferenza per il forum delle società scientifiche si è resa necessaria soprattutto per prendere le distanze e per non essere coinvolti nella drammatica inconcludenza del ministro Schillaci, il più "vano" di tutti i ministri tecnici che lo hanno preceduto. Il ministro "sine baculos" per eccellenza.

Al contrario, quella dei cd 14 scienziati ripeto non è null'altro che una operazione populista perché chiede nella crisi economica che c'è, con due guerre alle porte, e con una caterva di contraddizioni sanitarie aperte ( si pensi solo al divario tra nord e sud, agli ospedali abbandonati a se stessi, alla grande marchetta, al crescente out of pocket ecc) di rifinanziare il sistema che è stato controriformato dall'Ulivo negli anni 90 per rifinanziare:

- la scelta fallimentare della azienda (autorevolmente rappresentata in quel cartello dal prof Longo
- la seconda gamba (intra moenia, sanità sostitutiva e welfare aziendale) altrettanto autorevolmente rappresentata sempre in quel cartello dalla professoressa Dirindin praticamente l'estensione della Bindi).

### **Una fava due piccioni**

La conferenza delle 75 società scientifiche con garbo pone diversamente dai 14 scienziati due questioni politiche enormi:

- il rifiuto della proposta di legge della lega sul regionalismo differenziato perché davvero essa sarebbe una catastrofe nazionale
- la definizione urgente di una "grande riforma strutturale" del servizio sanitario nazionale perché in nessun caso oggi come ha ben detto l'Ocse (QS 21 febbraio 2023) non è possibile in sanità salvare il salvabile mantenendo in vita gli errori fatti a partire da quello più grande di tutti che il patto scellerato contro i diritti tra neoliberalismo e mercato "la grande marchetta" cioè una sanità privata incentivata fiscalmente dallo Stato per fare la festa al servizio pubblico.

### **La "quarta riforma"**

Per chi come me ha proposto in tempi non sospetti, proprio attraverso "quotidiano sanità edizioni" la "quarta riforma" ( 2016) è del tutto ovvio aderire alla proposta di una "grande riforma strutturale della sanità" al fine di rimuovere almeno le principali contraddizioni della sanità e rendere possibile allo stesso



tempo:

- la convivenza tra i diritti e l'economia, quindi un grado soddisfacente di sostenibilità ma attenzione, intendo la sostenibilità come un equilibrio tra produzione di salute quale ricchezza e produzione di salute come cura;
  - l'universalità del diritto sia al sud che al nord con la fine della mobilità sanitaria cioè dello sfruttamento ignobile del nord della disperazione del sud
- l'eguaglianza dell'accesso ai servizi quindi la fine delle liste di attesa;
- la fine delle dicotomie tra territorio e ospedale ma anche finalmente una riforma della riforma Mariotti del 68 per avere un nuovo genere di ospedale mettendo la parola fine alle ottuse "ospedectomie" fatte in questi anni;
  - un corretto uso del privato ausiliario non sussidiario quindi del privato convenzionato quale completamento e estensione del servizio pubblico;
  - una radicale ridefinizione giuridica delle professioni e quindi delle organizzazioni del lavoro e delle prassi anche per azzerare il contenzioso legale che nei tribunali oppone chi lavora nella sanità ai cittadini mettendo in serio pericolo tanto il valore del contratto sociale che il rapporto fiduciario tra sanità e società.

### **Alla ricerca della giustizia perduta**

La riforma che propongono le 75 società scientifiche non è una passeggiata tutt'altro. Lo dice uno che è una vita che teorizza la necessità di chiudere il ciclo di riforme avvelenato dal neoliberalismo e quindi al fine di salvare l'art 32 e il SSN di aprire un ciclo nuovo di riforme. Mettere in campo una svolta riformatrice cioè una "quarta riforma" non è una impresa politica culturale facile e meno che mai scontata.

Se penso alle difficoltà interne del PD alle prese con i suoi neoliberalisti nostrani, ma anche a quelle della mia amata Cgil, che oggi per fortuna riempie le piazze ma non sa come liberarsi della zavorra del welfare aziendale essendo assistita, come è noto, nella elaborazione della sua linea politica, da contro-riformatori neoliberalisti del calibro della Dirindin, che quella "zavorra" l'ha messo dentro una legge, mi rendo conto che la strada della riforma indicata dalle società scientifiche è veramente in salita.

Cioè io per primo che ho proposto la "quarta riforma" non mi nascondo le enormi difficoltà dell'impresa. Che sono tante e delle quali forse neanche le società scientifiche si rendono conto. Ci sarà da discutere quando dallo slogan si passerà alle proposte di merito. Ma detto ciò resta il problema politico posto dalle 75 società scientifiche: dobbiamo rassegnarci alla catastrofe o dobbiamo interferire con essa mettendo in campo una contro-prospettiva?

### **I rischi politici del governo**

Temo che, questo governo, che, fin dall'inizio non ha mai considerato questo settore una priorità, e che delle enormi complessità politiche della sanità grazie al suo vano ministro della salute non sappia nulla e che probabilmente si troverà a dover ingoiare sia i patti di stabilità dell'Europa che il folle regionalismo differenziato della lega, rischi, magari non da subito, politicamente davvero molto.

Oggi la salute per le persone è un bene di primaria grandezza e chi questo bene non lo rispetta rischia anche pur essendo un governo con una maggioranza politica in parlamento di essere rimandato a casa. Il governo Meloni se accetta di mettere fuori gioco l'art 32 o di privatizzare la sanità o di distruggere il SSN secondo me rischia parecchio offrendo alla sinistra una occasione importante per riprendersi la poltrona. Cioè la sanità offre agli avversari del governo, le ragioni politiche per mettere in piedi una protesta di massa

### **Conclusioni**

In autunno avremo la nuova finanziaria e molto probabilmente la catastrofe, di cui parlavo prima, sarà ancora più vicina e con essa sarà più vicina anche la possibilità della sconfitta potenziale della destra. Prima o poi arriverà il momento in cui la gente per riavere i propri diritti e quindi per soffrire di meno e campare un pò di più metterà in minoranza coloro che glieli hanno tolti. Tanto a sinistra che a destra.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121715](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121715)

## L'appello degli scienziati in difesa del Ssn: proviamo a integrarlo

Claudio Maria Maffei

09 APR -

Gentile direttore,

sta trovando ampia diffusione in Italia, nel mondo della sanità e non solo, un [appello di 14 importanti rappresentanti del mondo della scienza e della sanità](#). Non faccio l'elenco dei nomi limitandomi a ricordare quello di Giorgio Parisi che basta da solo a dare autorevolezza all'appello e al relativo documento. Lo stesso Giorgio Parisi ha fatto da testimonial alla iniziativa con interviste a [La 7](#), [Tgcom24](#) e [Rai 3](#) (magari ce ne sono state altre, ma queste possono bastare).

Credo che l'iniziativa sia stata un utile contributo al dibattito sulla crisi del SSN non tanto, o quantomeno non solo, per i contenuti "tecnici" dell'appello, quanto per la già nominata autorevolezza dei promotori. L'appello è stato immediatamente divulgato e commentato [qui su Qs](#), che ha subito ospitato alcuni autorevoli interventi a supporto dell'appello come quello della [Associazione Alessandro Liberati Cochrane Affiliate Centre](#). Come ha ospitato la replica del [Sottosegretario Gemmato](#) che ha sottolineato ancora una volta come questo Governo abbia già la sanità al centro della sua agenda. Sono sicuro che altri interventi, magari meno favorevoli, saranno ospitati questi giorni su Qs perché se tutti sono d'accordo sulla crisi del SSN e la assoluta urgenza di occuparsene, sui contenuti dell'appello sono non solo possibili, ma credo auspicabili, commenti, critiche e integrazioni.

L'appello contiene 10 domande retoriche (con una risposta negativa scontata), ciascuna delle quali è seguita da un commento che la giustifica, comprensivo di un invito a prendere in carico ciascuna criticità. Ovviamente i temi affrontati e gli esempi fatti rimandano alla esperienza diretta dei firmatari. Ricordo le 10 domande prima di proporre una loro integrazione:

1. Possiamo fare a meno del SSN?
2. Stiamo finanziando adeguatamente il nostro SSN?
3. Le strutture sanitarie sono moderne e adeguate?
4. Gli operatori dell'SSN si sentono valorizzati, tutelati e motivati?
5. La continuità assistenziale sta funzionando?
6. L'organizzazione dell'SSN e la misurazione dei suoi risultati sono efficienti, efficaci e utilizzano le tecnologie disponibili?
7. Stiamo governando adeguatamente l'immissione delle nuove tecnologie?
8. L'accesso alle cure è agevole e sufficientemente tempestivo?
9. Le attuali politiche di prevenzione sono sufficienti?
10. I cittadini sono consapevoli della complessità del tema salute e hanno gli strumenti per essere protagonisti?

Mi permetto una integrazione con due domande altrettanto retoriche che farò seguire da un breve commento.

### **I politici sono consapevoli della complessità del tema salute e hanno gli strumenti per essere decisori responsabili?**

L'attuale assetto del SSN attribuisce un enorme ruolo alla politica, specie a livello regionale. Dentro un perimetro abbastanza rigido di norme e vincoli, rimane già oggi una notevole autonomia delle Regioni nelle scelte programmatiche e organizzative con cui garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) ai cittadini. Si è sempre più accentuata negli ultimi una tendenza nelle Regioni ad una gestione populista nelle scelte di politica sanitaria, con l'obiettivo di ottenere il massimo consenso locale possibile. Di conseguenza, sin dai programmi elettorali la spinta prevalente è nella direzione del riconoscimento della supremazia dell'ospedale rispetto ai servizi territoriali sia distrettuali che di prevenzione. La vecchia triade "case, scuole, ospedali" è ancora quella che ispira la gestione politica della sanità, seppure con le importanti eccezioni di alcune Regioni. In questo contesto il richiamo alla prevenzione e alla presa in carico territoriale dei problemi di salute rischia di diventare esercizio retorico. La risposta a questo problema potrebbe essere una maggiore capacità centrale di indirizzo e monitoraggio delle politiche sanitarie regionali e una maggiore qualificazione e una migliore selezione dei politici attraverso quelle

iniziative culturali e intersettoriali di cui l'appello parla a proposito dei cittadini, ma di cui i politici hanno ancor più bisogno.

### **Il Ministero coi suoi organi (Agenas in primis) è in grado di orientare e monitorare le politiche regionali in tema di salute?**

Di fatto l'autonomia regionale è largamente incontrollata, per cui i principali atti di indirizzo centrali sono costantemente disattesi. Negli ultimi anni, solo per fare alcuni esempi, sono usciti il Decreto Ministeriale (DM) 70 del 2015 che regola la programmazione e organizzazione ospedaliera indirizzandola verso una sua maggiore razionalità, il Piano Nazionale della Cronicità che spinge ad un riorientamento della politica sanitaria e sociale verso una gestione proattiva della cronicità, che rimane il principale problema di salute della nostra popolazione, e il Piano Nazionale Demenze che fornisce indirizzi per una offerta di servizi integrati ai pazienti con demenza e alle loro famiglie. In molte Regioni questi atti sono stati applicati solo in parte, magari quella parte politicamente più conveniente o meno scomoda, come successo con il DM 70 usato per mantenere i piccoli ospedali dei bacini elettorali più interessanti e usato con molta più parsimonia quando si è trattato di procedere alla integrazione di ospedali vicini (come tali dispersivi e inefficienti), ma di Comuni (e quindi con Sindaci) diversi. Gli stessi strumenti di monitoraggio della erogazione dei LEA da parte delle Regioni sono inadeguati a evidenziare e correggere le criticità, e si limitano a registrare in modo generico l'esistenza di un forte divario tra Regioni. Strumenti di monitoraggio più avanzati, come il Programma Nazionale Esiti, sono usati ormai più per fare classifiche (il miglior ospedale, la migliore rete tempo-dipendente) che per evidenziare e correggere gli effetti negativi delle politiche sanitarie regionali. Va fatto uno sforzo per rendere il SSN meglio governato dal livello centrale, esigenza tanto più forte quanto più si parla di autonomia differenziata. E questo richiede apparati con più autonomia e maggiore capacità di innovazione.

Ho scelto per le "mie" domande le criticità del Ssn che più mi appassionano e con cui ho più familiarità. Ma sono certo che ce ne sono molte altre che varrebbe la pena di integrare all'appello dei 14. Per concludere ne suggerisco cinque, ma tante altre sarebbero possibili e utili:

- è possibile e utile far lavorare la medicina generale sotto un peso burocratico-amministrativo insopportabile?
- le Università danno un contributo allo studio delle criticità del Ssn e alla formazione di professionisti e dirigenti in grado di affrontarle consapevolmente?
- sono state prese iniziative per colmare il divario nella qualità del sistema sanitario tra le Regioni, divario che ha origini strutturali storiche?
- il rapporto tra politica e manager delle Aziende garantisce a questi ultimi autonomia e responsabilità "vere"?
- i professionisti sono messi in grado di contribuire alle scelte di politica sanitaria e alle scelte organizzative che condizionano il loro lavoro?

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121438](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121438)

**quotidianosanita.it**

### **Ssn. Gimbe: "Quasi 2 mln di persone hanno rinunciato a curarsi per ragioni economiche. A rischio 2,1 mln di famiglie indigenti"**

*Nel 2022 oltre 25,2 milioni di famiglie italiane in media hanno speso per la salute € 1.362, oltre € 64 euro in più rispetto al 2021. Sono 4,2 milioni le famiglie che hanno dovuto limitare le proprie spese per la salute, in particolare al Sud. Cartabellotta: "La spesa out-of-pocket, seppur in lieve e costante aumento, viene arginata da fenomeni quali la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e la rinuncia alle cure".*

**09 APR -**

Nel 2022 la spesa sanitaria out-of-pocket, ovvero quella sostenuta direttamente dalle famiglie, ammonta a quasi € 37 miliardi: in quell'anno oltre 25,2 milioni di famiglie italiane in media hanno speso per la salute € 1.362, oltre € 64 euro in più rispetto al 2021. "Considerato il rilevante impatto sui bilanci familiari della spesa sanitaria out-of-pocket – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – e tenuto conto di un contesto caratterizzato dalla grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

e dall'aumento della povertà assoluta, abbiamo analizzato vari indicatori per misurare le dimensioni di questo preoccupante fenomeno, utilizzando esclusivamente i dati pubblicati da Istat. L'obiettivo è quello di fornire una base oggettiva per il dibattito pubblico e le decisioni politiche, oltre che prevenire strumentalizzazioni basate sull'enfasi posta su singoli dati".

**Spesa sanitaria out-of-pocket.** Secondo il sistema dei conti Istat-Sha, nel 2022 (ultimo anno disponibile) la spesa sanitaria totale in Italia ammonta a € 171.867 milioni: € 130.364 milioni di spesa pubblica (75,9%) e € 41.503 milioni di spesa privata, di cui € 36.835 milioni (21,4%) out-of-pocket e € 4.668 milioni (2,7%) intermediata da fondi sanitari e assicurazioni. "Se da un lato la spesa out-of-pocket supera la soglia del 15% – commenta il Presidente – concretizzando di fatto, secondo i parametri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, un sistema sanitario misto, va rilevato che quasi l'89% della spesa privata è a carico delle famiglie".

Complessivamente, nel periodo 2012-2022 la spesa out-of-pocket è aumentata in media dell'1,6% annuo, per un totale di € 5.326 milioni in 10 anni. "Un dato – spiega il Presidente – che documenta solo in parte l'impatto del progressivo indebolimento del Ssn, perché non tiene conto di altri indicatori. Infatti, la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle cure sono fenomeni che, pur non aumentando la spesa out-of-pocket, contribuiscono a peggiorare la salute delle persone".

**Impatto della spesa per la salute sulle famiglie.** Secondo l'indagine Istat sui consumi delle famiglie, nel 2022 la media nazionale delle spese per la salute è pari a € 1.362,24 a famiglia, in aumento rispetto ai € 1.298,04 del 2021. "Ad eccezione del Nord-Ovest – spiega il Presidente – dove si registra una lieve riduzione, l'aumento delle spese per la salute nel 2022 riguarda tutte le macro-aree del Paese: in particolare al Centro e al Sud si registrano aumenti di oltre € 100 a famiglia". I dati regionali restituiscono, invece, un quadro molto eterogeneo. In dettaglio, dal 2021 al 2022 i maggiori incrementi si rilevano in Puglia con +26,1% (€ 910,20 vs € 1.147,80) e in Toscana con +19,3% (€ 1.178,40 vs € 1.405,92). Altre Regioni, invece, hanno registrato una diminuzione dal 2021 al 2022: la Valle d'Aosta del 24,3% (€ 1.834,08 vs € 1.387,56) e la Calabria che segna un -15,3% (€ 1.060,92 vs € 899,04).

"L'interpretazione dei dati regionali – spiega Cartabellotta – non è univoca perché la spesa delle famiglie per la salute è influenzata da numerose variabili: la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari pubblici, la capacità di spesa delle famiglie, il consumismo sanitario e, in misura minore, l'eventuale rimborso della spesa da parte di assicurazioni e fondi sanitari". Ad esempio, il fatto che nel 2022 la spesa per la salute delle famiglie calabresi e marchigiane rimanga al di sotto di € 1.000 è verosimilmente imputabile a motivazioni differenti. Analogamente, nelle prime posizioni per spesa delle famiglie si collocano le Regioni più ricche e/o con più elevata qualità dei servizi sanitari, documentando, aggiunge il Presidente "che la spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile per valutare la riduzione delle tutele pubbliche; di conseguenza, lasciare che il dibattito pubblico si concentri solo su questo dato restituisce un quadro distorto della realtà, sia perché alcune famiglie spendono per servizi e prestazioni inutili, sia perché altre non riescono a spendere per bisogni reali di salute a causa di difficoltà economiche".

**Limitazione delle spese per la salute.** Secondo i dati Istat sul cambiamento delle abitudini di spesa nel 2022 il 16,7% delle famiglie dichiarano di avere limitato la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi in quantità e/o qualità. Se il Nord-Est (10,6%), il Nord-Ovest (12,8%) e il Centro (14,6%) si trovano sotto la media nazionale, tutto il Mezzogiorno si colloca al di sopra: di poco le Isole (18,5%), di oltre 10 punti percentuali il Sud (28,7%), in pratica più di 1 famiglia su 4. "Un cambiamento nelle abitudini di spesa – commenta Cartabellotta – che ovviamente argina la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell'indagine campionaria Istat, sarebbero oltre 4,2 milioni le famiglie che nel 2022 hanno limitato le spese per la salute".

**Indisponibilità economiche temporanee delle spese per la salute.** Risultati sovrapponibili, seppur in percentuali ridotte, vengono restituiti dall'indagine Istat sulle condizioni di vita. Il 4,2% delle famiglie dichiara di non disporre di soldi in alcuni periodi dell'anno per far fronte a spese relative alle malattie. Sono al di sotto della media nazionale il Nord-Est (2%), il Centro (3,1%) e il Nord-Ovest (3,2%), mentre il Mezzogiorno si colloca al di sopra della media nazionale: rispettivamente le Isole al 5,3% e il Sud all'8%, un dato quasi doppio rispetto alla media nazionale. "Anche questo fenomeno – spiega il Presidente – contribuisce a contenere la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell'indagine campionaria Istat, oltre 1 milione di famiglie in alcuni periodi del 2022 non sono riuscite a fronteggiare le spese per la salute per indisponibilità economica".

**Rinunce a prestazioni sanitarie.** I dati forniti dal Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) 2022, realizzato in collaborazione tra Istat e Cnel documentano che la percentuale di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie – dopo i dati drammatici del periodo pandemico (9,6% nel 2020 e 11,1% nel 2021) – nel 2022 si è attestata al 7%, percentuale comunque maggiore a quella pre-pandemica del 2019 (6,3%). Si tratta di oltre 4,13 milioni di persone che, secondo la definizione ISTAT, spiega Cartabellotta "dichiarano di aver rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), lunghi tempi di attesa". In particolare, nel 2022 ha rinunciato alle cure per motivi economici il 3,2% della popolazione, ovvero quasi 1,9 milioni di persone. "In ogni caso dal 2018 – commenta Cartabellotta – fatta eccezione per il biennio 2020-2021, la percentuale di persone che hanno rinunciato alle cure rimane sostanzialmente stabile, anche se le motivazioni possono mutare negli anni". La distribuzione per aree geografiche non documenta grandi differenze rispetto alla media nazionale, dimostrando che si tratta di un problema diffuso: Nord-Ovest 7,5%, Nord-Est 6,4%, Centro 7%, Sud 6,2%, Isole 8,5%. Anche a livello regionale le differenze sono modeste, fatta eccezione per i dati estremi non sempre di facile interpretazione: da un lato Sardegna (12,3%) e Piemonte (9,6%), dall'altro la Provincia Autonoma di Bolzano e la Campania (4,7%).

**Povertà assoluta.** "L'impatto sulla salute individuale e collettiva dell'indebolimento della sanità pubblica – afferma Cartabellotta – non può limitarsi a valutare gli indicatori relativi alla spesa delle famiglie, ma deve anche considerare il livello di povertà assoluta della popolazione". Secondo le statistiche ISTAT sulla povertà, tra il 2021 e il 2022 l'incidenza della povertà assoluta per le famiglie in Italia – ovvero il rapporto tra le famiglie con spesa sotto la soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti – è salita dal 7,7% al 8,3%, ovvero quasi 2,1 milioni di famiglie. Il Nord-Est ha registrato l'incremento più significativo, passando dal 7,1% al 7,9%, seguito dal Sud con un aumento dal 10,5% all'11,2% e dalle Isole con un incremento dal 9,2% al 9,8%. Anche se il Nord-Ovest e il Centro hanno registrato un aumento più contenuto (0,4%), il fenomeno della povertà assoluta è diffuso su tutto il territorio nazionale (tabella 3). E le stime preliminari Istat per l'anno 2023 documentano un ulteriore incremento della povertà assoluta delle famiglie: dall'8,3% all'8,5%. "È evidente – commenta Cartabellotta – che l'aumento del numero di famiglie che vivono sotto la soglia della povertà assoluta avrà un impatto residuale sulla spesa out-of-pocket, ma aumenterà la rinuncia alle cure, condizionando il peggioramento della salute e la riduzione dell'aspettativa di vita delle persone più povere del Paese".

"Dalle nostre analisi – conclude Cartabellotta – emergono tre considerazioni. Innanzitutto l'entità della spesa out-of-pocket, seppur in lieve e costante aumento, sottostima le mancate tutele pubbliche perché viene arginata da fenomeni conseguenti alle difficoltà economiche delle famiglie: la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e la rinuncia alle cure. In secondo luogo, questi fenomeni sono molto più frequenti nelle Regioni del Mezzogiorno, proprio quelle dove l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è inadeguata: di conseguenza, l'insufficiente offerta pubblica di servizi sanitari associata alla minore capacità di spesa delle famiglie del Sud condiziona negativamente lo stato di salute e l'aspettativa di vita alla nascita, un indicatore che vede tutte le Regioni del Mezzogiorno al di sotto della media nazionale. Infine, lo status di povertà assoluta che coinvolge oggi più di due milioni di famiglie richiede urgenti politiche di contrasto alla povertà, non solo per garantire un tenore di vita dignitoso a tutte le persone, ma anche perché le disuguaglianze sociali nell'accesso alle cure e l'impossibilità di far fronte ai bisogni di salute con risorse proprie rischiano di compromettere la salute e la vita dei più poveri, in particolare nel Mezzogiorno. Dove l'impatto sanitario, economico e sociale senza precedenti rischia di peggiorare ulteriormente con l'autonomia differenziata".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121440](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121440)

## Sinergie interaziendali: modelli organizzativi integrati quale possibile soluzione alle moderne sfide del SSN.

### L'esperienza dell'area metropolitana bolognese

**Paolo Bordon** – Direttore Generale AUSL Bologna – IRCCS delle Scienze Neurologiche

**Chiara Gibertoni** – Direttrice Generale IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Nel corso degli ultimi decenni, i diversi provvedimenti legislativi via via susseguitosi hanno di fatto comportato una riduzione notevole del numero di Aziende Sanitarie (in particolar modo ASL) sul territorio nazionale: se nel 2005 si contavano 180 ASL sull'intero panorama nazionale, nel 2021 il numero si è ridotto a 99 (fonte: banca dati Ministero della Salute – aggiornamento al 03/08/2023).

L'accorpamento/fusione di più Aziende implica, per il management aziendale, la necessità di identificare modelli organizzativi in grado di governare l'appartenenza forzata di più stabilimenti ospedalieri ad un unico perimetro istituzionale in una logica di rete e coordinamento (Del Vecchio et al., rapporto OASI 2019).

Ulteriori variabili rendono imprescindibile oggi affrontare il tema delle integrazioni:

- le evidenze del rapporto tra concentrazione di volumi ed esiti, in cui è ormai dimostrata una diretta correlazione tra l'aumento dei primi e il miglioramento dei secondi (elemento peraltro caratterizzante un'importante provvedimento normativo dell'ultimo decennio che rappresenta tutt'oggi una pietra miliare per la programmazione: il DM 70/2015);
- il crescente shortage di sanitari, soprattutto rispetto ad alcune figure professionali, reso ancora più evidente dall'evento pandemico;
- l'esigenza di dover garantire servizi sanitari in maniera capillare sull'intero territorio nazionale, che presenta caratteristiche morfologiche e di urbanizzazione decisamente variegata;
- il rilevante sotto-finanziamento che impone la concentrazione degli investimenti, soprattutto quelli in conto capitale.

Il tema delle integrazioni tra le Aziende Sanitarie che insistono nell'area metropolitana di Bologna ha rivestito, nel corso dell'ultimo decennio, un ruolo centrale nelle agende delle Direzioni Aziendali. In particolare, a partire dall'anno 2015 (complice anche l'introduzione del DM 70/2015 e della successiva traduzione a livello regionale con la DGR 2040/2015), tale tema è risultato particolarmente enfatizzato anche nell'ambito degli obiettivi di incarico assegnati dal livello regionale stesso alle Direzioni Generali delle Aziende metropolitane in fase di insediamento.

In relazione al quadro di contesto descritto, le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna hanno dunque sviluppato molteplici integrazioni lungo i tre principali ambiti di attività che ne caratterizzano i processi. Attualmente se ne contano 30 attive, così divise per tipologia:

Tipologia di interaziendalità	Numero
attività amministrative, tecniche e professionali	9
attività di diagnostica e/o di supporto	8
attività cliniche mediche e chirurgiche, mediante la costituzione di vere e proprie reti cliniche integrate	13

### Modelli organizzativi esistenti in area metropolitana

Da un punto di vista organizzativo le integrazioni sono riconducibili fondamentalmente a cinque modelli:

- a. creazione, ex-novo, di unità operative (complesse o semplici) di natura interaziendale:
  - incardinate presso una azienda capofila;
  - con utilizzo dell'istituto giuridico dell'assegnazione temporanea (ai sensi dell'art. 22 ter della Legge Regionale 43 del 26/11/2001, introdotto dall'art. 5 della Legge Regionale n. 26 del 20/12/2013) presso l'unica struttura di tutto il personale che, nelle aziende aderenti al progetto, svolgeva prevalentemente le funzioni oggetto di unificazione/integrazione (cd. Criterio di prevalenza e/o adibizione alle attività oggetto di unificazione);



- con delega allo svolgimento di funzioni per conto di tutte le aziende aderenti al progetto. A titolo esemplificativo, si tratta del modello utilizzato per la creazione dei servizi unici amministrativi (SUMAGP, SUMAEP, SUMCF, SUME e parzialmente nel SAAV)<sup>1</sup>.
- b. Identificazione di unità operative (per lo più complesse) già esistenti presso una delle Aziende aderenti al progetto ed alle quali:
- viene delegata, in forza di uno specifico e temporaneo accordo sottoscritto tra le parti, la gestione in forma unificata ovvero si legittima la struttura a governare e svolgere le attività in tutte le sedi aziendali presso le quali le prestazioni vengono erogate;
  - viene assegnato temporaneamente (ai sensi dell'art. 22 ter della Legge Regionale 43 del 26/11/2001, introdotto dall'art. 5 della Legge Regionale n. 26 del 20/12/2013) alla struttura unica tutto il personale che, nelle aziende aderenti al progetto, svolgeva prevalentemente le funzioni oggetto di unificazione/integrazione (cd. Criterio di prevalenza e/o adibizione alle attività oggetto di unificazione).
- Nei casi a) e b) non si è in presenza di un mutamento della titolarità datoriale, bensì di un utilizzo temporaneo (per la durata dell'accordo) derivante dalla dissociazione tra titolarità del rapporto di lavoro ed esercizio dei poteri di gestione del rapporto di lavoro (questi trasferiti in capo all'amministrazione cui vengono delegate le funzioni, nel concreto al direttore della UO cui vengono assegnati i dipendenti).
- In forza degli specifici accordi vengono, dunque, qualificate le unità operative in strutture a valenza interaziendale e pertanto come tali rigraduate nella posizione ed adeguate nel trattamento economico corrisposto al dirigente direttore della struttura (remunerazione dell'aumentata complessità).
- c. Identificazione di unità operative (per lo più complesse) già esistenti presso una delle Aziende aderenti al progetto ed alle quali viene "trasferita" a titolo definitivo tutta l'attività da svolgere. Questa fattispecie, anche nota come "cessione ramo d'azienda", può essere adottata solo nel caso si tratti di attività chiaramente distinguibili nel perimetro di una organizzazione e dotate del carattere di "autonomia organizzativa". Il modello è stato, infatti, adottato nella creazione del laboratorio unico metropolitano di patologia clinica, nella creazione del servizio di immunoematologia e trasfusionale unico metropolitano (parzialmente realizzato: al momento solo tra AUSL BO, IOR e IRCCS AOUBO) e nella creazione del servizio di medicina nucleare (IRCCS AOUBO e AUSLBO): ambiti di attività chiaramente distinguibili nelle organizzazioni e pertanto agevolmente trasferibili da un'organizzazione all'altra senza alcuna compromissione all'erogazione delle attività. Trattasi, dunque, di:
- definitiva cessione della titolarità dei servizi: fattispecie regolata dall'art. 31 del d. lgs. N. 165/2001 (passaggio di dipendenti per effetto di trasferimento di attività), con mutamento datoriale ed applicazione delle garanzie previste dalla normativa civilistica dell'art. 2112;
  - percorso con necessario intervento normativo regionale per adeguamento della pianta organica.
- d. Creazione di dipartimenti gestionali interaziendali (mediante sottoscrizione di specifico accordo tra le Aziende aderenti al progetto e Università di Bologna nel caso dei Dipartimenti ad Attività Integrata), quali unici contenitori organizzativi, che raccolgono unità operative/programmi afferenti alle diverse aziende che decidono di aderire al progetto, aggregate/i sulla base di specifici driver individuati (es. affinità disciplinare, complementarietà nell'offerta del servizio, momento di cura, etc.). Sebbene il dipartimento sia interaziendale viene comunque, sempre, identificata un'azienda capofila. Vale la pena specificare, tuttavia, che se un contenitore è interaziendale non in automatico tutte le strutture inserite nell'ambito del suddetto contenitore sono qualificate tali: resta ferma, dunque, la necessità di sottoscrivere specifici accordi per rendere interaziendale una struttura complessa o semplice (punti "a" e "b").
- e. Affitto di piattaforme logistiche (sale operatorie e degenze) ad altra Azienda: è il caso del programma week surgery Budrio o dell'ortopedia Bentivoglio che prevedono un affitto, da parte dell'AUSL Bologna, di sale operatorie e degenze (ivi compreso personale di supporto medico e assistenziale) all'AOU per svolgimento di attività chirurgica di medio-bassa complessità (modello Budrio) o allo IOR per svolgimento di attività ortopedica (presso ospedale di Bentivoglio), in particolar modo a favore dei cittadini del distretto della Pianura Est.

## Conclusione

Le sfide che il panorama sanitario odierno deve affrontare, anche rispetto al più ampio contesto epidemiologico nazionale, rendono necessario rimarcare le opportunità derivanti dal lavoro integrato ed in rete nell'ambito dell'area metropolitana bolognese che porta potenziali benefici in termini di:

- miglioramento dei percorsi di cura per garantire ai pazienti un più idoneo trattamento, nella sede opportuna, con risposta tempestiva attraverso una migliore collaborazione con la rete territoriale ed una effettiva integrazione professionale;
- garanzia di sviluppo e acquisizione di competenze che permetteranno di raggiungere una razionalizzazione delle risorse evitando duplicazioni di servizi;
- governo dell'intero percorso di presa in carico del paziente, dalla prima valutazione ambulatoriale al follow-up, attraverso dei PDTA definiti a livello metropolitano con tutte le professionalità e le strutture coinvolte per le diverse patologie di interesse;
- ampliamento della rete formativa per gli studenti delle Scuole di Specializzazione e più in generale per tutti i professionisti sanitari in formazione.

Nel corso degli ultimi anni sono state inoltre programmate azioni, rientranti nella programmazione congiunta PNRR, oggetto di specifica condivisione ed approvazione in sede di Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria Metropolitana (CTSSM), finalizzate al rafforzamento/costruzione di nuove piattaforme logistiche capillarmente diffuse sul territorio metropolitano (si pensi al potenziamento della rete delle Case della comunità). In questa prospettiva tali piattaforme logistiche si configurano quale setting ideale per agire l'interaziendalità e l'integrazione tra le Aziende, fornendo ai cittadini assistiti dell'area metropolitana un'offerta potenziata, equa nell'accesso, che preveda la strutturazione di percorsi diretti da primo a secondo livello e viceversa, assolvendo in tal senso al reale senso di continuità nelle cure, nel rispetto del principio della prossimità di risposta.

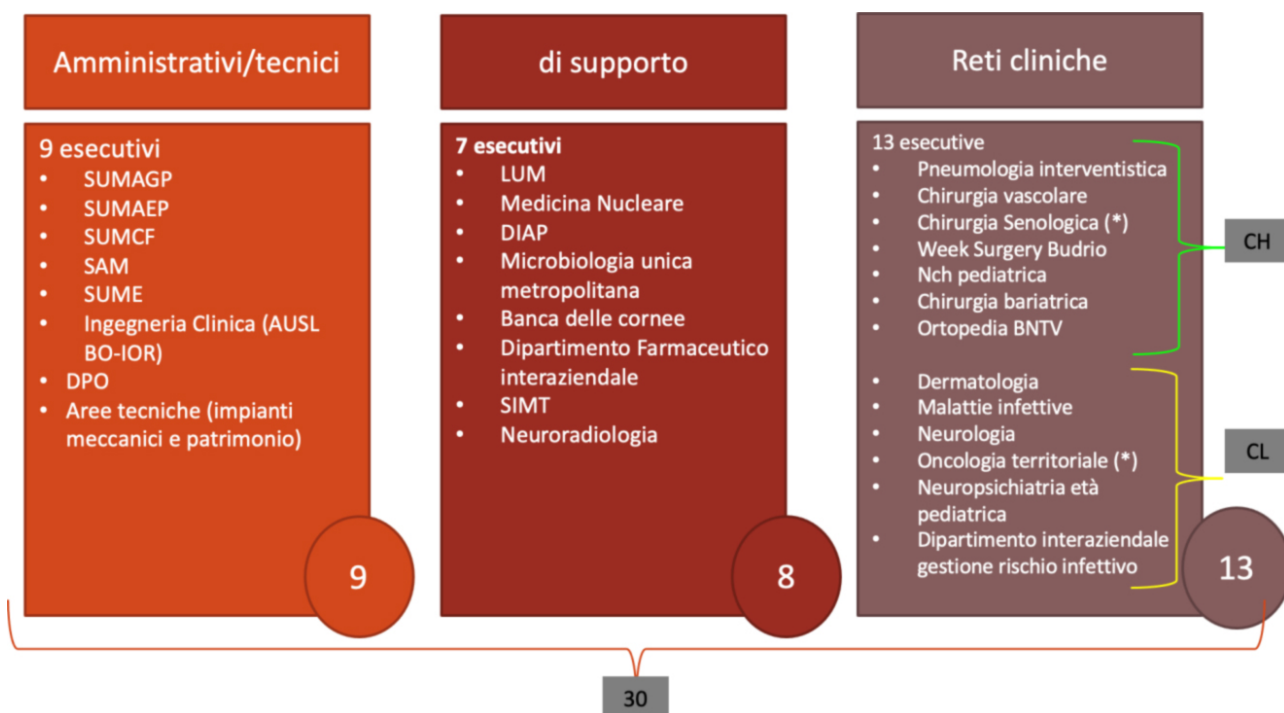


Figura 1 – Sintesi delle interaziendalità di area metropolitana

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/04/02/sinergie-interaziendali-modelli-organizzativi-integrati-qual-possibile-soluzione-alle-moderne-sfide-del-ssn-lesperienza-dellarea-metropolitana-bolognese/>

## **Liste di attesa. Insostenibili per 9 italiano su 10. E oltre 7 su 10 ritengono che il Governo debba investire più risorse per Ssn**

*L'indagine rivela che gli italiani sono sempre più attenti nella gestione della loro salute, ma che non per tutti il personale sanitario risponde adeguatamente alle esigenze e soprattutto il Sistema sanitario nazionale sembra non stare al passo con le richieste dei cittadini. La survey inoltre mostra una spaccatura tra gli italiani per quanto riguarda la percezione della competenza dei medici e del lavoro delle industrie farmaceutiche*

**16 APR -**

Tra tempi di attesa insostenibili e difficoltà a sottoporsi a visite specialistiche valutate adeguate, gli italiani si dicono insoddisfatti del Servizio Sanitario Nazionale: quasi 9 su 10 ritengono che il principale problema è legato ai tempi di attesa per una prima visita (per 88% degli italiani si aspetta troppo), per esami diagnostici specifici o per esami di controllo (85%) e per le liste d'attesa per eventuali interventi chirurgici (84%). Inoltre, quasi 7 italiani su 10 considera difficile reperire uno specialista, mentre 5 su 10 lamentano di non riuscire a trovare sempre medici competenti. Il 49% ripone piena fiducia nel SSN, mentre il 51% non si fida. Quasi 8 italiani su 10 sono critici sulla qualità del sistema sanitario regionale, che salgono a 9 su 10 se si guarda a quello nazionale. Quale dato positivo oltre metà degli italiani si sente in buona salute.

È questo in sintesi l'esito del "check-up" sulla salute degli italiani e sul Sistema sanitario nazionale che emerge da **EngageMinds Hub, Centro di ricerca dell'Università Cattolica, campus di Cremona diretto dalla professoressa Guendalina Graffigna.**

[L'indagine](#) rivela che gli italiani sono sempre più attenti nella gestione della loro salute, ma che non per tutti il personale sanitario risponde adeguatamente alle esigenze e soprattutto il Sistema sanitario nazionale sembra non stare al passo con le richieste dei cittadini.

La survey, su un campione rappresentativo del Paese, mostra una spaccatura tra gli italiani per quanto riguarda la percezione della competenza dei medici: più critiche le donne (55%), coloro che si orientano politicamente a destra (59%) e chi ha una bassa fiducia nel Servizio Sanitario Nazionale (54%).

Rispetto alle difficoltà sui tempi di prenotazione per una prima visita espressa da 9 italiani su 10, le donne manifestano maggiormente questo disagio (90%), forse perché tradizionalmente sono loro a farsi maggiormente carico delle iniziative di cura della famiglia.

A seguire troviamo le persone che vivono nel Sud Italia e nelle Isole (90%), gli over 59 (94%) e gli italiani che hanno una malattia cronica (95%).

Inoltre, 6 italiani su 10 riferiscono di essere in buono stato di salute, poco più di 2 su 10 gode di una salute molto buona, mentre quasi 2 su 10 dichiara di avere uno stato di salute non ottimale.

Non solo, in generale gli italiani ritengono di essere in grado di gestire la propria salute in modo efficace (67%) credendo sia importante collaborare con il personale sanitario (circa 8 italiani su 10), per occuparsene al meglio. In realtà però quando rilevano sintomi che ritengono inusuali o variazioni nel loro stato di salute, solo 4 su 10 ne parla con il medico.

Coloro che sono abituati a confidarsi con i medici, sono per la maggior parte gli anziani (68%), chi ha alta fiducia nel Servizio Sanitario nazionale (73%) e nella ricerca scientifica (65%).

E ancora il 47% degli italiani non condivide con i medici di famiglia le preoccupazioni sullo stato di salute. Lo studio segnala però una crescita significativa rispetto al gennaio 2022 della percentuale degli italiani che danno valore alla collaborazione con il personale sanitario: si è passati da un 71% del 2022 all'80% del 2024.

"Le evidenze rilevate dall'ultimo Engagement Monitor, dichiara **Guendalina Graffigna, direttrice di EngageMinds Hub dell'Università Cattolica**, tratteggiano sì il quadro di un cittadino italiano sempre più attento alla sua salute e proattivo nella gestione della cura, ma le cui aspettative di "engagement" nel percorso sanitario sono in qualche modo frustrate dall'esperienza di un personale sanitario non sempre disponibile o pronto a cogliere anche questa nuova dimensione partecipativa e psico-sociale del paziente".

Ecco che oltre 7 italiani su 10 ritengono che il Governo debba investire più risorse sul sistema sanitario pubblico, mentre solo 2 connazionali su 10 pensano che sia meglio farlo nel privato. E ancora, oltre 8 italiani su 10 sono sfiduciati sull'impatto reale del PNRR in tema di riforme da attuare in ambito sanitario. "Gli italiani appaiono divisi tra chi guarda di buon grado la sanità privata (tendenzialmente tra i più giovani) e chi invece auspica maggiori investimenti e rilancio della sanità pubblica - continua Graffigna -. In generale quello su cui si dovrebbe investire è anche la promozione di un engagement consapevole dei

cittadini nella loro fruizione del sistema sanitario nazionale, volto a valorizzarne la dimensione di bene comune, e quindi di corresponsabilità dei fruitori stessi nella sua efficienza e sostenibilità". Infine, un focus sull'**industria del farmaco**: secondo i dati raccolti per 6 italiani su 10 grazie agli investimenti delle aziende farmaceutiche, la qualità di vita della popolazione migliora. Tra di essi troviamo gli elettori di centro (68%) e destra (66%), chi ha una bassa mentalità cospirazionista (79%) e chi ha fiducia nella scienza (72%), nel Sistema Sanitario nazionale (81%) e nelle istituzioni (88%). Per il 54% degli italiani le case farmaceutiche si arricchiscono a spesa della salute delle persone. Tra di essi troviamo chi ha un titolo di studio medio (diploma: 57%), chi non si orienta politicamente (62%), gli anziani (61%), chi ha una mentalità cospirazionista (79%) e chi ha bassa fiducia nella scienza (66%), nel Sistema Sanitario nazionale (59%) e nelle istituzioni (56%).

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121595](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121595)



## **Personale/ Quici (Cimo): bene eliminazione tetto di spesa ma attenti a non introdurre meccanismi peggiorativi**

*«Occorrono coraggio e volontà. Le dichiarazioni del Ministro della salute Orazio Schillaci, in occasione di un recente evento di Forza Italia, sono convincenti ed è proprio per questo motivo che riteniamo che occorrono coraggio e volontà nel fermare quel trend involutivo legato, come più volte richiamato dallo stesso ministro, a una lunga stagione di tagli.*

*Abbiamo più volte denunciato le riduzioni indiscriminate degli ultimi 10 anni sul personale sanitario, sui posti letto, sugli ambulatori e le risorse impegnate dall'attuale Governo sono certamente importanti ma non saranno mai sufficienti se non si interviene in modo strutturale sul nostro Ssn.*

*Non è solo una questione di finanziamento o di rapporto spesa/Pil, ma di corretto utilizzo delle risorse».*

*A dichiararlo è Guido Quici, presidente del sindacato dei medici Federazione Cimo-Fesmed e Vice presidente Cida.*

*«La questione medici gettonisti – prosegue Quici - ne è un esempio. Ha avuto coraggio il ministro Schillaci a richiedere l'intervento dei Nas, ma prendiamo atto del mancato supporto del Mef che avrebbe potuto, in via temporanea, spostare risorse dalla voce beni e servizi alla voce costo del personale per incentivare le assunzioni invece di consentire spese milionarie a favore del lavoro interinale e di quelle cooperative che si erano ben organizzate da tempo.*

*Naturalmente tutto è legato all'attuale blocco del tetto di spesa. Il ministro ha assunto da tempo l'impegno a voler eliminare una 'vergogna nazionale' che dura da 20 anni, ma non ci convincono le elaborazioni di Agenas rispetto alla definizione dell'orario di lavoro secondo contratto; né ci convince la metodologia concordata con il Mef che si basa su quei dati consolidati che rispecchiano la recente stagione dei tagli senza avere alcuna visione futura.*

*Sulla questione abbiamo il sospetto che la buona volontà dimostrata dal ministro possa essere smentita da atti documentali che vadano nella direzione opposta con il rischio di far rimpiangere l'attuale blocco del tetto di spesa.*

*Come non concordare sul mancato utilizzo di risorse stanziare in questi anni per ridurre i tempi di attesa, o sul blocco delle agende, o sulle "furberie" regionali nella gestione dei relativi finanziamenti. Noi, aggiungiamo, il rapporto tra finanziamenti al privato, per ridurre i tempi di attesa, e reale appropriatezza delle prestazioni».*

*«Come federazione CIMO-FESMED – conclude il presidente Quici - riteniamo che occorre recuperare la dispersione di queste risorse per valorizzazione l'indennità di specificità, strumento, questo, che può calmierare la fuga dei professionisti dagli ospedali. Di certo l'indennità non può essere correlata al già avvenuto finanziamento del contratto 2022-24. Infine, concordiamo sull'eccesso di domanda anche se sono ancora molti i bisogni espressi ed inespressi. Soprattutto concordiamo sul fenomeno della inappropriatazza delle prestazioni spesso legato alla medicina difensiva. Siamo, tuttavia, fortemente preoccupati dell'intervento di altri "attori" che hanno creato e creeranno non pochi ostacoli alla definitiva risoluzione della cosiddetta colpa grave. Non abbiamo alcuna aspettativa sui risultati dei lavori della Commissione Nordio, conosciamo la visione del suo Dicastero ed è per questo motivo che le Federazioni professionali, le Organizzazioni Sindacali e le Società Scientifiche devono programmare azioni comuni di sostegno ad una seria riforma. Al Ministro Schillaci non manca né il coraggio, né la volontà ma ci sono troppi stakeholders che navigano contro la sanità pubblica ed i suoi professionisti».*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-04-08/personale-quici-cimo-bene-eliminazione-tetto-spesa-ma-attenti-non-introdurre-meccanismi-peggiorativi-135908.php?uuid=AFnVVDHB&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

## **Perché parlare genericamente di “taglio” o di “perdita” di posti letto e ospedali in Italia è sbagliato e fuorviante**

**Claudio Maria Maffei**

**22 APR -**

*Gentile direttore*

non si contano i titoli di interventi sui media, sia del settore sanitario che generalisti, in cui nel titolo figurano le espressioni “taglio di posti letto” e/o “taglio di ospedali”. Ne è un esempio il [titolo dedicato solo pochi giorni fa su Qs](#) all’appello del Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani, che riunisce 75 Società Scientifiche. Ma analogo titolo lo si ritrova nei tanti giornali che hanno dedicato un articolo all’appello come [Sanità 24 de Il sole 24 Ore](#), [Fanpage](#) e [RAI News](#).

La parte dell’appello dedicata alle strutture ospedaliere non lascia adito a dubbi: in Italia mancano in abbondanza posti letto e ospedali tagliati negli ultimi 12 anni e occorre al più presto “restituirli”.

Riprendo da Qs sia la parte di denuncia che di proposta.

Denuncia: “Si stima che, negli ospedali italiani, manchino almeno 100mila posti letto di degenza ordinaria e 12mila di terapia intensiva” e “Diminuisce anche il numero dei nosocomi: in 10 anni ne sono stati chiusi 95, il 9%.

Nel 2012 erano 1.091, nel 2022 sono calati fino a 996, con una riduzione più consistente per quelli pubblici (67 in meno, da 578 a 511)”. Proposta: allineare i posti letto ospedalieri alla offerta degli altri paesi europei visto che “La media italiana è di 314 posti letto di degenza ordinaria per 100mila abitanti rispetto alla media europea di 550 e di 8-10 posti letto di terapia intensiva per 100mila abitanti rispetto ai 30 della Germania e a più di 20 della Francia.”

Alla base di questa denuncia e della relativa risposta ci sono alcuni assunti relativi agli ospedali italiani:

- i posti letto ospedalieri in Italia sono quantitativamente inadeguati nel confronto con gli altri paesi europei;
- posti letto e ospedali sono stati tagliati indiscriminatamente per motivi economici;
- la indisponibilità di posti letto e di ospedali è la causa di un abbassamento del livello di qualità dei servizi e dei livelli di salute della popolazione rispetto ai paesi che hanno una politica ospedaliera diversa.

Scopo di questo contributo è verificare se questi assunti sono dimostrati o almeno plausibili e lanciare i seguenti messaggi da portare a casa (meglio anticiparli per chi non avesse legittimamente voglia di arrivare in fondo):

- il Ssn è certamente affetto da gravissimi problemi quali ad esempio il sottofinanziamento, la carenza di alcuni professionisti, l’inadeguato trattamento economico dei professionisti e la loro fuga nel privato, la difficoltà di erogare le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la necessità dei cittadini di ricorrere al privato a pagamento, la crisi del Pronto Soccorso e la carenza dei servizi territoriali;
- con questi problemi c’entra molto poco una generalizzata carenza di posti letto ospedalieri mentre questa carenza va eventualmente colmata in specifiche aree del paese e/o in specifiche aree di ricovero (l’area internistico-geriatrica );
- con questi problemi nulla ha a che vedere la riduzione nel numero di ospedali, mentre gioca un ruolo importante la loro inadeguatezza strutturale sia in termini di personale, che tecnologica ed edilizia;
- l’indifferenziato aumento di posti letto come la eventuale riapertura di ospedali riconvertiti aggraverebbe gran parte dei problemi attuali del Ssn.

### **I posti letto ospedalieri in Italia rispetto agli altri Paesi**

Per il confronto di posti letto tra l’Italia e gli altri paesi faccio riferimento a [Health at a glance 2023](#). Scelgo questa fonte perché fornisce altri dati che aiutano a leggere il rapporto tra le caratteristiche dell’offerta di servizi con gli effetti sulla salute degli stessi.



Come noto Health at a glance (La salute in uno sguardo) riporta e commenta moltissimi indicatori statistici sui sistemi sanitari di 38 paesi dei vari continenti che fanno parte dell'OECD ( Organisation for Economic Co-operation and Development).

Questi indicatori esplorano diversi aspetti che ricomprendono: la salute digitale; la attesa di vita, la mortalità e il benessere percepito; il peso dei fattori di rischio quali il fumo, l'obesità e l'inquinamento dell'aria; l'accessibilità, la disponibilità e l'uso dei servizi; la qualità e gli esiti dell'assistenza; la spesa sanitaria; il personale sanitario; il settore farmaceutico; l'invecchiamento e l'assistenza "long term". Rivediamo ancora una volta i dati sui posti letto ospedalieri e quelli di area critica.

Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri in Italia nel 2021 siamo con 3,1 ogni 1.000 abitanti sotto la media calcolata su 38 Paesi (4,3) e meno di noi ne hanno diversi paesi quali ad esempio la Spagna (3,0), la Danimarca (2,5), il Regno Unito (2,4) e la Svezia (2,0).

Per quanto riguarda i posti letto intensivi per adulti l'Italia con 11,6 ogni 100.000 abitanti è al di sotto della media OECD calcolata su 29 paesi, ma ad averne di meno sono diversi paesi come la Svizzera (9,9), la Finlandia (5,5) e la Svezia (4,9).

Un primo dato da sottolineare è la disomogeneità dei dati riportati dall'OECD rispetto ad altre fonti.

Essi dovrebbero includere tutti i posti letto ospedalieri, ma in realtà almeno per quanto riguarda l'Italia si dovrebbero riferire ai soli posti letto per acuti, visto che secondo l'[Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale](#) con i dati del 2021 si dice che "Il Servizio Sanitario Nazionale dispone di oltre 214 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20,5% nelle strutture private accreditate, 12.027 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (88,6%) e di 8.132 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (76,7%). A livello nazionale sono disponibili 4,0 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,4 ogni 1.000 abitanti."

A scanso di equivoci chiarisco subito che sicuramente i posti letto ospedalieri in Italia sono, qualunque sia la fonte, inferiori a quelli di molti altri Paesi europei.

Ma altrettanto sicuramente le varie fonti di dati forniscono numeri diversi, come nel caso di quelli 2020 dell'Eurostat [riassunti e commentati qui su QS da Cesare Fassari un anno fa](#).

Quanto al numero di posti letto di terapia intensiva riportati dall'OECD in rapporto alla popolazione (11,6 ogni 100.000 abitanti), con il [DL 34/2020](#) e le successive [linee di indirizzo ministeriali](#) che ne hanno declinato l'applicazione, i posti letto "fisici" sono stati già portati almeno in sede programmatica allo 0,14 per mille compresi quelli pediatrici con 3.500 posti letti in più rispetto ai 5.179 del periodo pre pandemico cui vanno aggiunti altri 4.225 posti letto semintensivi da riconvertire.

Il problema è che questo dimensionamento fuori dai periodi pandemici è assolutamente sovrastimato, tant'è che la maggioranza di questi posti letto realizzati negli ospedali in applicazione del DL 34/2020 sono vuoti di pazienti e di personale, almeno così è nelle Marche.

### **Il "taglio" indiscriminato di posti letto e ospedali come simbolo dei tagli generali alla sanità**

Il far coincidere il "taglio" dei posti letto e degli ospedali con una generale scelta di depauperamento della sanità pubblica è una grossolana approssimazione. La riduzione dei posti letto è cominciata molto prima della spending review iniziata nel 2012 e del DM 70 del 2015, che è lo strumento con cui si è cercato di dare un fondamento tecnico razionale alla riorganizzazione delle reti ospedaliere.

Si deve ad AGI (Agenzia Giornalistica Italia), una [analisi dell'andamento storico della riduzione di ospedali e posti letto in Italia](#) che viene ben sintetizzata in questa frase: "La riduzione del numero di ospedali dunque è un trend in atto da almeno 25 anni, da ben prima che scoppiasse la crisi economica nel 2008 e soprattutto non è coincisa temporalmente con una riduzione della spesa sanitaria, anzi."

L'AGI poi ricostruisce i motivi alla base della riduzione di posti letto e ospedali facendo parlare il Piano Sanitario Nazionale (Pns) 2003-2005. Questo Piano, scrive l'AGI, risale a un'epoca in cui la riduzione del numero di ospedali e posti letto era già in corso ma la spesa pubblica per la sanità ebbe invece un aumento significativo: da 82,3 miliardi di euro a 96,5 miliardi di euro, dal 5,9 al 6,6 per cento del Pil."

In base al Pns 2003-2005 tra gli obiettivi strategici del Ssn c'era proprio «la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente».

Il Piano poi ricordava come «Un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive».

In Italia non si è perseguito un taglio indiscriminato di posti letto e ospedali, ma una loro riduzione e riconversione. Il DM 70/2015 prevedeva di tenere conto della necessità sia di avere dei bacini di utenza ottimali per le diverse discipline ospedaliere che dei modelli organizzativi diversi per ogni tipologia di ospedale.



Quindi i posti letto acuti di area medica si sono ridotti per un trasferimento della casistica a livello di post-accuie ospedaliera, residenziale e domiciliare, mentre quelli dell'area chirurgica si sono ridotti per il miglioramento delle tecniche chirurgiche e anestesologiche che hanno drasticamente ridotto i tempi di degenza e portato molta attività in regime diurno.

Quanto agli ospedali, quelli tagliati sono quasi esclusivamente piccoli ospedali pubblici "insicuri" riconvertiti a ospedali di comunità e qualche volta ospedali pubblici vicini tra loro (e come tali "inefficienti") accorpati in una nuova struttura.

Quindi niente tagli lineari, ma riconversioni mirate.

Se poi in qualche Regione non è andata così, la responsabilità è anche del Ministero per non aver vigilato come era suo compito fare. In ogni caso l'applicazione del DM 70 dove non è stata fatta correttamente, ha più peccato per difetto che non per eccesso in termini di riduzione di posti letto e riconversione di ospedali. Quanto avvenuto nella Regione Marche al riguardo l'ho più volte descritto e segnalato.

### **Carenza "generale" di posti letto in Italia ed effetti sulla salute della popolazione**

Ma che correlazione c'è tra questa presunta carenza "generale" di posti letto nel Ssn con i livelli di salute dei cittadini italiani? Nessuna.

Anzi, probabilmente dato l'effettivo scarso finanziamento del Ssn italiano (che l'OECD ovviamente documenta) il numero contenuto dei posti letto non sottraendo troppe risorse alla assistenza territoriale ha probabilmente influito positivamente sul funzionamento complessivo del Ssn.

Tanto è vero che per la stragrande maggioranza degli indicatori di qualità della assistenza (l'80%) la "scheda" sull'Italia documenta un risultato migliore del nostro paese rispetto alla media OECD (calcolo su 25 indicatori).

Forse i dati più significativi sono quelli relativi ai tassi di mortalità evitabile del 2021 per malattie prevenibili e per malattie trattabili in cui l'Italia è rispettivamente al terzo e al 13esimo posto, in posizione molto migliore della Germania tanto richiamata per i suoi tanti posti letto (vedi Figura).

Ma anche come anni di vita attesa alla nascita tra i paesi europei ad averla più alta sono per lo più quelli con meno posti letto ospedalieri quali Spagna, Islanda, Norvegia, Svezia e Italia.

Se poi si vanno a guardare le [serie storiche degli indicatori demografici dell'ISTAT](#) l'andamento nel tempo della vita attesa alla nascita in Italia era nel 2011 di 79,4 anni per gli uomini e 84,5 per le donne, in crescita rispetto ai dati del 2005, 78,1 e 83,7 rispettivamente.

Nel 2019 la speranza di vita per gli uomini è salita a 81 anni e per le donne è aumentata fino a raggiungere 85,3 anni.

Insomma non ci sono elementi che spingono a considerare il numero di posti letto ospedalieri in sé come variabile sicuramente correlata ad una bassa qualità nei servizi sanitari erogati nel nostro Paese.

Sembra invece valere quasi l'opposto sia quando si guarda alla situazione degli altri paesi che all'andamento storico dei dati.

### **I problemi specifici di carenza di posti letto**

Ovviamente ci sono problemi specifici importanti e diffusi di carenza di posti letto. Il primo riguarda il problema della carenza di posti letto in area medica e soprattutto in area internistico-geriatrica.

Questo problema emerge con drammatica rilevanza con il sovraffollamento (boarding) del Pronto Soccorso.

A questo proposito ci viene in aiuto [una indagine della FADOI \(Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti\) sulle dimissioni difficili](#) i cui risultati sono stati divulgati nel gennaio 2023. Ecco che cosa emerge dalla indagine: "Ogni anno oltre 2 milioni di giornate di degenza improprie per la difficoltà a dimettere gli anziani soli. È il peso che ricade indebitamente sulla sanità pubblica a causa delle carenze del sistema di assistenza sociale, ma anche dei servizi territoriali sanitari poco attrezzati alla presa in carico di questi pazienti.

La survey condotta in 98 strutture indica 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% 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.

E il tutto ha un costo per il Ssn di circa un miliardo e mezzo l'anno." Quindi ancora una volta la soluzione di un problema importante del nostro Ssn, quale il sovraffollamento del Pronto Soccorso, va cercata prevalentemente altrove e non nella generica carenza di posti letto.

Un altro problema specifico nella disponibilità carente di posti letto ospedalieri risiede nella variabilità della loro offerta da parte delle diverse Regioni (vedi le Tabelle ricavabili [dall'Annuario Statistico 2022 del Ssn](#)) e in particolare in quella di alcune delle Regioni del Sud.

Ma anche in questo caso non servono genericamente più posti letto, ma specificamente quelli che servono sia per evitare il contenimento nel tempo dei flussi di mobilità sanitaria che per contrastare i problemi di area internistico-geriatrica cui si è fatto riferimento prima.

### Considerazioni finali

I problemi della assistenza ospedaliera in Italia sono tanti, ma hanno molto più a che fare con la carenza di personale e di qualità del governo della offerta che non con la carenza di posti letto e meno che mai di ospedali. A solo titolo di esempio sia il problema dei tempi di attesa troppo lunghi per gli interventi chirurgici di classe

A, che [il Portale Statistico dell'Agenas](#) documenta efficacemente, che il problema della [inadeguatezza in molte Regioni delle reti tempo dipendenti](#) e della [rete oncologica](#), pure evidenziate dall'Agenas, rimandano molto più a problemi qualitativi nella programmazione, organizzazione e gestione della assistenza ospedaliera da parte delle Regioni che non al troppo denunciato e troppo poco studiato problema del "taglio" generalizzato di posti letto e di ospedali.

La strategia per la qualificazione della assistenza ospedaliera nel Ssn deve essere quella di affiancare e rendere coerenti due percorsi: quello del potenziamento selettivo di alcuni settori in alcune aree e quello del completamento della razionalizzazione della rete ospedaliera in tutte le Regioni alla luce del DM 70 eventualmente "ritoccato".

Questo completamento è necessario per evitare ad esempio che la dispersione delle reti ospedaliere regionali finisca per accentuare quei fenomeni distortivi che tutti vorremmo evitare come il ricorso alle cooperative e la fuga dei professionisti nel privato.

Le Marche, realtà che conosco benissimo, sono un caso di scuola [con i suoi punti nascita duplicati a poco più di 10 chilometri di distanza](#) e i suoi troppi blocchi operatori sottoutilizzati, a partire da quello del ["miglior ospedale pubblico d'Italia" e cioè l'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche con sede ad Ancona](#).

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121707](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121707)



## Sognando la riforma

Apr 5, 2024 | Editoriali, Evidenza

*Che sia giunta l'ora di una radicale riforma della nostra sanità è un'idea fissa che coltivo da molto tempo e che con pervicacia vi ripropongo, amici lettori, sfidando le crisi di rigetto connesse alla ripetitività. Confido nella vostra indulgenza e nell'affetto che suppongo nutriate per il Servizio Sanitario Nazionale e torno sull'argomento*

**Giovanni Monchiero**, Editorialista di Panorama della Sanità

L'occasione mi è data dalla presentazione, la settimana scorsa, del 21° Rapporto annuale dell'Aiop, l'associazione che riunisce le strutture ospedaliere private convenzionate, con l'eccezione di quelle di ispirazione religiosa, rappresentate dall'Ariss.

Nel tempo, l'ospedalità privata è cresciuta in qualità e in percentuale di prestazioni offerte ad integrazione dell'attività degli ospedali pubblici, alle medesime condizioni per gli utenti.

Lo ricordavo, da questa umile tribuna, in un articolo di febbraio volto a sciogliere un equivoco ricorrente sul significato di pubblico e privato in sanità.

Anche l'autocitazione è una trappola da evitare, ma quando ci vuole, ci vuole.

E il richiamo a quell'intervento mi serve a sottolineare la mancanza di pregiudizi negativi nei confronti degli imprenditori privati, componente corposa ed irrinunciabile del nostro servizio sanitario pubblico.

Potete, quindi, ben immaginare la predisposizione favorevole con la quale ho seguito un convegno intitolato "Reinventiamo il servizio sanitario" ove si presentava un rapporto sullo stato attuale della sanità redatto da un istituto prestigioso come il Censis.

Oggetto dell'indagine il fenomeno annoso delle liste d'attesa, in costante aggravamento.

Qualche decennio fa, noi, gestori delle strutture pubbliche, prendendo atto, con rammarico, delle difficoltà nel soddisfare tempestivamente la domanda di prestazioni diagnostiche, tendevamo ad individuarne la causa in una sorta di consumismo sanitario che conduceva ad un eccesso di domanda inappropriata.

C'era del vero, ma rimaneva comunque un sintomo dei primi malesseri del sistema.

Da allora la situazione è progressivamente peggiorata.

La pandemia ha assestato un colpo ulteriore e terribile ed oggi il ricorso alle prestazioni a pagamento si è diffuso ovunque e in tutti gli strati sociali anche quelli meno abbienti. Rilevazione epidermica del fenomeno: trent'anni fa, nella mia cittadina, agli studi personali dei medici non si affiancava alcun poliambulatorio privato.

Oggi ce ne sono quattro, dotati di strumentazioni complesse e costose, e tutti operano con successo.

Il rapporto del Censis va ben oltre ed afferma che il 51% dei cittadini ricorre direttamente alla prestazione privata a pagamento senza nemmeno rivolgersi ai "Cup" regionali.

E fra quelli che tentano la via della prenotazione presso strutture pubbliche o private convenzionate, il 34% rinuncia e si rivolge, a sua volta, al privato.

Si tratta di cifre ottenute con gli strumenti della sondaggistica e quindi di opinioni, più che di dati, che non reggono ad un esame critico.

Se la metà va nel privato seguita, poco dopo, da un terzo dell'altra metà, il risultato sarebbe che il 68% (51 + 17) della domanda diagnostica è soddisfatta dal privato-privato, la cui produzione risulterebbe più che doppia rispetto a quella delle strutture pubbliche e private convenzionate. Molto improbabile.

Quasi in contemporanea, è stata pubblicata una ricerca del Onws (Osservatorio nazionale welfare e salute) sulle percentuali di raggiungimento, da parte delle strutture del Ssn, degli obiettivi fissati dalle norme vigenti in materia di liste d'attesa.

Metodologia del tutto diversa, fondata sui dati ufficiali tendenzialmente più favorevoli, ma anche in questo caso il risultato è inquietante. I tempi effettivi di attesa risultano, quasi ovunque, superiori a quelli stabiliti.

Sarebbe preferibile poter disporre di dati statistici certi e confrontabili, ma per capire la gravità del fenomeno non è, purtroppo, necessario.

La situazione percepita, da qualunque parte la si guardi, è indubbiamente grave.

Così la pensa anche il Ministro, che davanti alla platea dell'Aiop individua nelle liste d'attesa il maggior problema del Servizio Sanitario ed annuncia ulteriori investimenti, dopo che i 520 milioni stanziati nell'ultima finanziaria sono stati accolti dalle regioni con freddezza e pessimismo.

La promessa, accolta molto favorevolmente dall'uditorio, è frutto di un sentimento lodevole, non di visione riformatrice.

Mi permetto di osservare che le liste d'attesa sono un sintomo del disfacimento del Ssn, non la malattia. E dare più soldi ai medici affinché facciano più visite mi sembra un'aspirina somministrata a un moribondo.

Del convegno Aiop dobbiamo riprendere il titolo che molto bene esprime la necessità di una grande riforma. "Reinventare" è, però, parola molto impegnativa. C

he non si traduce in qualche euro in più.

<https://panoramadellasanita.it/site/sognando-la-riforma/>

## L'appello degli scienziati in difesa del Ssn: proviamo a integrarlo

Claudio Maria Maffei

09 APR -

Gentile direttore,

sta trovando ampia diffusione in Italia, nel mondo della sanità e non solo, un [appello di 14 importanti rappresentanti del mondo della scienza e della sanità](#). Non faccio l'elenco dei nomi limitandomi a ricordare quello di Giorgio Parisi che basta da solo a dare autorevolezza all'appello e al relativo documento. Lo stesso Giorgio Parisi ha fatto da testimonial alla iniziativa con interviste a [La 7](#), [Tgcom24](#) e [Rai 3](#) (magari ce ne sono state altre, ma queste possono bastare).

Credo che l'iniziativa sia stata un utile contributo al dibattito sulla crisi del SSN non tanto, o quantomeno non solo, per i contenuti "tecnici" dell'appello, quanto per la già nominata autorevolezza dei promotori. L'appello è stato immediatamente divulgato e commentato [qui su Qs](#), che ha subito ospitato alcuni autorevoli interventi a supporto dell'appello come quello della [Associazione Alessandro Liberati Cochrane Affiliate Centre](#). Come ha ospitato la replica del [Sottosegretario Gemmato](#) che ha sottolineato ancora una volta come questo Governo abbia già la sanità al centro della sua agenda. Sono sicuro che altri interventi, magari meno favorevoli, saranno ospitati questi giorni su Qs perché se tutti sono d'accordo sulla crisi del SSN e la assoluta urgenza di occuparsene, sui contenuti dell'appello sono non solo possibili, ma credo auspicabili, commenti, critiche e integrazioni.

L'appello contiene 10 domande retoriche (con una risposta negativa scontata), ciascuna delle quali è seguita da un commento che la giustifica, comprensivo di un invito a prendere in carico ciascuna criticità. Ovviamente i temi affrontati e gli esempi fatti rimandano alla esperienza diretta dei firmatari. Ricordo le 10 domande prima di proporre una loro integrazione:

11. Possiamo fare a meno del SSN?
12. Stiamo finanziando adeguatamente il nostro SSN?
13. Le strutture sanitarie sono moderne e adeguate?
14. Gli operatori dell'SSN si sentono valorizzati, tutelati e motivati?
15. La continuità assistenziale sta funzionando?
16. L'organizzazione dell'SSN e la misurazione dei suoi risultati sono efficienti, efficaci e utilizzano le tecnologie disponibili?
17. Stiamo governando adeguatamente l'immissione delle nuove tecnologie?
18. L'accesso alle cure è agevole e sufficientemente tempestivo?
19. Le attuali politiche di prevenzione sono sufficienti?
20. I cittadini sono consapevoli della complessità del tema salute e hanno gli strumenti per essere protagonisti?

Mi permetto una integrazione con due domande altrettanto retoriche che farò seguire da un breve commento.

### **I politici sono consapevoli della complessità del tema salute e hanno gli strumenti per essere decisori responsabili?**

L'attuale assetto del SSN attribuisce un enorme ruolo alla politica, specie a livello regionale. Dentro un perimetro abbastanza rigido di norme e vincoli, rimane già oggi una notevole autonomia delle Regioni nelle scelte programmatiche e organizzative con cui garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) ai cittadini. Si è sempre più accentuata negli ultimi una tendenza nelle Regioni ad una gestione populista nelle scelte di politica sanitaria, con l'obiettivo di ottenere il massimo consenso locale possibile. Di conseguenza, sin dai programmi elettorali la spinta prevalente è nella direzione del riconoscimento della supremazia dell'ospedale rispetto ai servizi territoriali sia distrettuali che di prevenzione. La vecchia triade "case, scuole, ospedali" è ancora quella che ispira la gestione politica della sanità, seppure con le importanti eccezioni di alcune Regioni. In questo contesto il richiamo alla prevenzione e alla presa in carico territoriale dei problemi di salute rischia di diventare esercizio retorico. La risposta a questo problema potrebbe essere una maggiore capacità centrale di indirizzo e monitoraggio delle politiche sanitarie regionali e una maggiore qualificazione e una migliore selezione dei politici attraverso quelle iniziative culturali e intersettoriali di cui l'appello parla a proposito dei cittadini, ma di cui i politici hanno ancor più bisogno.

## **Il Ministero coi suoi organi (Agenas in primis) è in grado di orientare e monitorare le politiche regionali in tema di salute?**

Di fatto l'autonomia regionale è largamente incontrollata, per cui i principali atti di indirizzo centrali sono costantemente disattesi. Negli ultimi anni, solo per fare alcuni esempi, sono usciti il Decreto Ministeriale (DM) 70 del 2015 che regola la programmazione e organizzazione ospedaliera indirizzandola verso una sua maggiore razionalità, il Piano Nazionale della Cronicità che spinge ad un riorientamento della politica sanitaria e sociale verso una gestione proattiva della cronicità, che rimane il principale problema di salute della nostra popolazione, e il Piano Nazionale Demenze che fornisce indirizzi per una offerta di servizi integrati ai pazienti con demenza e alle loro famiglie. In molte Regioni questi atti sono stati applicati solo in parte, magari quella parte politicamente più conveniente o meno scomoda, come successo con il DM 70 usato per mantenere i piccoli ospedali dei bacini elettorali più interessanti e usato con molta più parsimonia quando si è trattato di procedere alla integrazione di ospedali vicini (come tali dispersivi e inefficienti), ma di Comuni (e quindi con Sindaci) diversi. Gli stessi strumenti di monitoraggio della erogazione dei LEA da parte delle Regioni sono inadeguati a evidenziare e correggere le criticità, e si limitano a registrare in modo generico l'esistenza di un forte divario tra Regioni. Strumenti di monitoraggio più avanzati, come il Programma Nazionale Esiti, sono usati ormai più per fare classifiche (il miglior ospedale, la migliore rete tempo-dipendente) che per evidenziare e correggere gli effetti negativi delle politiche sanitarie regionali. Va fatto uno sforzo per rendere il SSN meglio governato dal livello centrale, esigenza tanto più forte quanto più si parla di autonomia differenziata. E questo richiede apparati con più autonomia e maggiore capacità di innovazione.

Ho scelto per le "mie" domande le criticità del Ssn che più mi appassionano e con cui ho più familiarità. Ma sono certo che ce ne sono molte altre che varrebbe la pena di integrare all'appello dei 14. Per concludere ne suggerisco cinque, ma tante altre sarebbero possibili e utili:

- è possibile e utile far lavorare la medicina generale sotto un peso burocratico-amministrativo insopportabile?
- le Università danno un contributo allo studio delle criticità del Ssn e alla formazione di professionisti e dirigenti in grado di affrontarle consapevolmente?
- sono state prese iniziative per colmare il divario nella qualità del sistema sanitario tra le Regioni, divario che ha origini strutturali storiche?
- il rapporto tra politica e manager delle Aziende garantisce a questi ultimi autonomia e responsabilità "vere"?
- i professionisti sono messi in grado di contribuire alle scelte di politica sanitaria e alle scelte organizzative che condizionano il loro lavoro?

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121438](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121438)



## **Autonomia differenziata: esperti e politici spaccati sul Ddl Calderoli**

*«Se passa l'autonomia differenziata sarà la fine del servizio sanitario nazionale». Con queste parole Pierino Di Silverio, Segretario nazionale Anaa Assomed, ha rappresentato al numeroso pubblico che ha partecipato al Convegno di Bologna dal titolo "Autonomia differenziata. Quali rischi per il Servizio Sanitario Nazionale?" le preoccupazioni dell'intera categoria di medici e dirigenti sanitari.*

*«Il servizio sanitario nazionale – ha affermato Stefano Bonaccini, Presidente dell'Emilia Romagna nel suo intervento di salute – non è mai stato a rischio come oggi. Il Governo lo sta smantellando e il risultato è che sono esplose le assicurazioni private, medici e infermieri, a causa di salari troppo bassi e di turni massacranti, emigrano verso il privato o cambiano lavoro. Presto potrà curarsi solo chi ne avrà le possibilità economiche.*

*Serve una grande mobilitazione, perché ormai siamo di fronte a un'emergenza nazionale. Dobbiamo batterci per riaffermare che il diritto alla salute deve essere garantito a chiunque, ad un povero esattamente come a un ricco».*

*«L'autonomia differenziata in campo sanitario rappresenta una sfida per le Regioni, ma una sfida che può portare con sé grandi benefici: per quanto mi riguarda, dunque, ritengo sia necessario proseguire nel*



percorso intrapreso – ha dichiarato il presidente di Regione Liguria Giovanni Toti nel messaggio inviato all'Anaa Assomed -.

*In primo luogo, autonomia significa assunzione di responsabilità da parte di chi amministra un territorio, senza la possibilità di “distribuire” gli effetti delle scelte fatte e di ciò che non va sul governo centrale ma con la necessità di rispondere in prima persona alle critiche e alle richieste dei cittadini.*

*In secondo luogo, perché permetterà di adattare i servizi forniti alle esigenze specifiche del territorio, tenendo conto delle caratteristiche uniche di ogni area del Paese e con la possibilità di avere un costante dialogo con i cittadini, anche attraverso la digitalizzazione. Insomma l'autonomia consentirà di essere più competitivi ed efficienti». Preoccupazione per il rischio di un servizio sanitario frammentato e disuguale è stata espressa dagli esperti intervenuti.*

*Per Francesco Pallante, Professore associato di Economia Politica, l'Autonomia differenziata, così come proposta, non risponde all'attuale crisi del diritto alla salute e rischia di acuire le disuguaglianze tra le diverse regioni.*

*Risolvere l'attuale crisi del diritto alla salute a beneficio delle sole regioni più dinamiche è una prospettiva che si colloca al di fuori dal quadro costituzionale e ha suggerito l'esigenza di tornare alla Costituzione, a partire dal pieno rispetto dei principi di uguaglianza e di unità.*

*Sull'identificazione e finanziamento dei Lep si è concentrato l'intervento di Francesco Porcelli Associato di Economia Politica - Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” e membro del Comitato scientifico per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, il cui percorso, iniziato a maggio del 2023, dovrebbe portare a una normativa organica in tema di Lep. L'attività di ricerca ha cercato di rispondere a domande cruciali come: Cosa si intende per Lep?*

*Quali sono i potenziali Lep che si possono rinvenire nella normativa vigente nelle materie che interessano i diritti sociali e civili? Quali sono i passaggi che consentono di tramutare i Lep in fabbisogno di spesa, sviluppando modelli di perequazione che ne consentono il finanziamento rispettando gli equilibri di finanza pubblica? Anche se le risposte non sono ancora complete e univoche, la definizione organica dei Lep, indipendentemente dall'attuazione dell'autonomia differenziata, è un'operazione di grande portata, in quanto attua una parte della Costituzione che pone le basi per la riduzione dei divari territoriali.*

*Le preoccupazioni si basano su dati concreti per Enrico Coscioni, Presidente di Agenas, che sottolinea l'importanza di un dibattito attento e responsabile, che ponga al centro la salute dei cittadini e l'equità del Ssn: «Alla luce dei dati sulla spesa sanitaria, sulla carenza di personale e sulle disomogeneità regionali, è fondamentale interrogarsi se il Ssn sia pronto per questa nuova fase.*

*Il dibattito sull'autonomia differenziata deve essere condotto con attenzione e senso di responsabilità, ponendo al centro la tutela della salute dei cittadini e la garanzia di un Ssn equo ed efficiente».*

*E ricorda alcuni dati sul confronto impietoso sulla spesa sanitaria pubblica e privata rispetto a Germania e Francia: nel 2022 la spesa sanitaria pubblica italiana è pari a circa 131 miliardi rispetto ai 423 della Germania e ai 271 della Francia, mentre l'incidenza della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil è stata pari al 6,8%, inferiore di ben 4,1 punti a quella tedesca (10,9%), di 3,5 punti a quella francese (10,3%), e inferiore di mezzo punto anche a quella spagnola (7,3%).*

*Anna Lisa Mandorino Segretaria Generale di Cittadinanzattiva ha evidenziato i rischi di una frammentazione nell'accesso alle cure sanitarie, con cittadini di serie A e di serie B a seconda della regione di residenza, richiamando l'urgente necessità di stabilire i Livelli Essenziali di Prestazioni (LEP) come standard minimi garantiti a tutti i cittadini.*

*“Se facessimo l'ipotesi, estrema ma possibile, che tutte le Regioni chiedessero per sé forme di regionalismo asimmetrico così articolate, l'Italia, come Stato unitario, semplicemente non esisterebbe più e lo si sarebbe deciso senza alcun tipo di partecipazione popolare”.*

*I rischi di un sistema sanitario frammentato sono stati evidenziati da Giovanni Trianni di Medicina Democratica Emilia Romagna. Teme un “marasma istituzionale” con gravi conseguenze per la sanità pubblica.*

*«Siamo a dieci giorni dalla discussione del ddl di autonomia differenziata e Medicina Democratica propone azioni concrete quali una stagione di scioperi generali, preparazione a referendum abrogativi eventualmente possibili, la preparazione di ricorsi alla Corte Costituzionale, una campagna di sensibilizzazione verso i cittadini e cittadine di non votare candidati e candidate, alle prossime elezioni europee/amministrative che sostengono la autonomia differenziata».*

*«Il convegno – ha concluso Pierino Di Silverio - ha messo in luce le profonde criticità dell'Autonomia differenziata per il Ssn. Le voci degli esperti e delle associazioni chiedono un dibattito pubblico aperto e costruttivo sul futuro della sanità in Italia, con l'obiettivo di tutelare il diritto alla salute per tutti i cittadini. È fondamentale che il dibattito sull'Autonomia differenziata si svolga in modo aperto e trasparente, coinvolgendo tutti gli stakeholder interessati, al fine di trovare soluzioni che tutelino il diritto alla salute e garantiscano un Ssn di qualità per tutti i cittadini».*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-04-19/autonomia-differenziata-esperti-e-politici-spaccati-ddl-calderoli-160816.php?uuid=AFP9i2WB&cmpid=nlqf>



## **Farmaci. In 8 anni spesa pubblica cresciuta di 3,6 mld.**

*E anche i cittadini hanno pagato di tasca loro 1,5 miliardi in più*

*Nella sua Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali la Corte dei Conti ricorda gli acquisti diretti sono cresciuti costantemente (+4,2 mld) determinando superamenti costanti della spesa programmata mentre la spesa convenzionata è scesa di 800 mln. Quanto alla spesa dei cittadini, i maggiori esborsi, superiori alla media nazionale sia in termini di spesa lorda che, soprattutto, di compartecipazione al prezzo di riferimento dei farmaci, si concentrano soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno*

**12 APR -**

Le due componenti della spesa farmaceutica italiana hanno avuto, dal 2015 al 2022, un andamento divergente, registrandosi, nel caso della **farmaceutica convenzionata**, un livello di spesa annuale decrescente (da 8,7 a 8 miliardi) e inferiore al relativo tetto, mentre gli **acquisti diretti** sono cresciuti costantemente (da 9,1 a 13,4 miliardi di euro, **un aumento pari a 4,2 miliardi di euro, il 46%**), determinando superamenti costanti della spesa programmata; in conseguenza della dinamica di quest'ultima componente dei consumi farmaceutici, la spesa totale al netto del payback è cresciuta da 17,8 a 21,4 miliardi.

Nel medesimo periodo, infine, la **spesa totale privata a carico del cittadino è aumentata di un miliardo e mezzo**, da 6,9 a 8,4 miliardi (+22,7%). A indicarlo è la Corte dei Conti nella sua [Relazione](#) al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali.

La Legge di bilancio 2024 – si ricorda - ridetermina i tetti alla spesa farmaceutica, incrementando, a partire dal corrente anno, di due decimi di punto quello per gli acquisti diretti (dal 7,85340 all'8,05%341 del FSN), e riducendo proporzionalmente quello per la convenzionata (dal 7 al 6,8%), lasciando quindi invariata l'incidenza complessiva programmata delle risorse sul Fondo sanitario nazionale, pari al 14,85%.

Nel periodo gennaio-settembre 2023 – cita la Corte dei Conti utilizzando i dati Aifa - la **spesa farmaceutica convenzionata** ha rispettato, sul piano nazionale, il relativo tetto di spesa, essendo stata pari al 6,36% del FSN, inferiore di 0,6 punti percentuali allo specifico limite di spesa (7,0% del FSN); in valore assoluto, la spesa è stata pari a circa 6,1 miliardi, inferiore di 611,4 milioni di euro al limite programmato (6,7 miliardi); confrontandola con quella dei primi tre trimestri del 2022347, la variazione positiva è stata pari a 109 milioni (+1,8%).

Disaggregando il risultato nazionale per Enti regionali, si osserva che cinque Regioni (Lombardia, Basilicata, Sardegna, Campania e Abruzzo), hanno registrato una spesa superiore al 7,0% del FSR, con scostamento massimo in Lombardia (+58,7 mln), e minimo in Abruzzo (233 mila euro). La somma degli scostamenti positivi di tali Regioni, pari complessivamente a circa 66 milioni, è stata più che compensata dalla minore spesa degli altri Enti; tra questi, il Veneto ha registrato una spesa inferiore di 142 milioni al tetto del 7% del FSR, pari a circa il doppio del surplus complessivo di spesa, seguito dall'Emilia Romagna (-139 milioni) e dalla Toscana (-96 miliardi).

Il monitoraggio segnala che le politiche di contenimento della farmaceutica convenzionata sono state più efficaci nelle Regioni settentrionali (con la sola eccezione della Lombardia), dove si registrano livelli di spesa anche inferiori al 6,0% del FSR, mentre nel Mezzogiorno si rilevano o eccedenze di spesa (Basilicata, Sardegna, Campania, Abruzzo), oppure livelli di poco inferiori al valore massimo, come per Puglia e Calabria, entrambe al 6,98% del FSR; proiettando tali valori tendenziali sull'anno in corso, con il nuovo tetto programmato a partire dal 2024 (6,8% del FSN) queste due ultime Regioni potrebbero registrare eccedenze di spesa. In generale, il Rapporto n. 10 “

Il monitoraggio della spesa sanitaria” del Mef-RGS348 ha elaborato, sulla base dei dati del sistema Tessera Sanitaria, una profilazione della spesa farmaceutica convenzionata pro capite che risulta nella media nazionale pari a 134 euro, ma il cui profilo, al crescere dell'età sale esponenzialmente (fino a 4 volte) tra i 60 e gli 80 anni, per poi ridiscendere.

Per aree geografiche, la spesa farmaceutica convenzionata del Nord Est si colloca al di sotto della media nazionale di quasi il 20%, mentre le Regioni del Mezzogiorno spendono in proporzione il 15,5% in più, soprattutto in Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna. Il fenomeno merita un approfondimento perché se si osserva la profilazione della spesa pro capite per assistenza specialistica convenzionata la situazione si rovescia, con il Nord Est che spende il 15% in più della media, e le Isole il 18% in meno.

I dati sulla **spesa pro capite a carico del cittadino per la farmaceutica convenzionata** evidenziano che i maggiori esborsi, superiori alla media nazionale sia in termini di spesa lorda che, soprattutto, di compartecipazione al prezzo di riferimento dei farmaci, si concentrano soprattutto nelle Regioni del

Mezzogiorno, dove il reddito disponibile lordo pro capite risulta mediamente inferiore del 33,6% a quello del Settentrione.

In valori medi mensili, nel periodo gennaio-settembre 2023, la spesa media lorda nazionale a carico del cittadino è stata pari a 14 euro pro capite; in tutte le Regioni del Mezzogiorno si registra un valore più alto, che raggiunge il massimo in Campania (16,6 euro), Basilicata (16,4 euro), Calabria (16,3 euro).

L'indicatore relativo alla spesa ticket totale<sup>351</sup>, pari, a livello nazionale, a 2,1 euro, al netto del dato leggermente superiore di Lombardia (2,2 euro) e Lazio (2,3 euro), segna anch'esso valori sistematicamente più alti nel Mezzogiorno, in particolare in Campania (3,3 euro), Sicilia (2,8 euro) e Puglia (2,7 euro); significativa, inoltre, è la quota del ticket totale riferibile alla compartecipazione al prezzo di riferimento per l'acquisto di farmaci a brevetto scaduto (a fronte della disponibilità dell'equivalente commerciale, dispensato a carico del SSN) che, pari a 1,5 euro in media nazionale, è superiore in tutto il Mezzogiorno (con la sola eccezione della Sardegna), con valori più elevati in Calabria (2,2 euro), Sicilia (1,9 euro) e Puglia (1,8 euro).

La **spesa per gli acquisti diretti** (al netto dei payback e di quella per farmaci innovativi e gas medicinali), nel periodo gennaio-settembre 2023 ha raggiunto i 10,2 miliardi, in crescita di 0,945 miliardi (+10,2%) rispetto all'analogo periodo del 2022, con un'incidenza sul FSN pari al 10,66%, ossia 3 punti percentuali oltre il tetto programmato (7,65%), e 0,8 punti percentuali più del valore (nello stesso arco temporale) per il 2022 (9,86% del FSN).

Tutte le Regioni hanno registrato un'eccedenza di spesa, contribuendo così al superamento del tetto di spesa a livello nazionale, ma con un ampio scarto, pari a 3,8 punti percentuali, tra valore minimo (Lombardia, 8,90% del FSR) e massimo (Sardegna, 12,69% del FSR); complessivamente, 12 Regioni hanno valori di spesa superiori alla media nazionale (10,66% del FSN) e, tra queste, il 50% (6 Enti) appartiene al Mezzogiorno; viceversa, nove Regioni si situano al di sotto del valore nazionale, di cui 6 (2/3 del totale) sono costituite da Regioni settentrionali.

Invece, la spesa per acquisti diretti di gas medicinali ha rispettato il tetto nazionale dello 0,20% del FSN, essendo stata pari a 188 milioni, inferiore di 3,6 milioni al tetto programmato (191 mln). Tale spesa (0,20% del FSN), sommandosi a quella per gli altri acquisti diretti di medicinali (7,65% del FSN), contribuisce a costituire il tetto di massimo complessivo, pari, appunto, al 7,85% del FSN.

Anche in questo caso, spicca la grande variabilità dei risultati a livello territoriale, che vanno da un minimo di spesa, pari a 0,05% del FSR nella Provincia autonoma di Trento (0,7 euro il valore pro capite), allo 0,34% della Calabria (5,8 euro in valore pro capite).

Complessivamente, dieci Regioni superano il tetto di spesa, di cui sette appartenenti al Mezzogiorno, mentre undici spendono meno del tetto programmato, tra cui sette del Settentrione e solo una, la Campania, del Mezzogiorno.

Infine, la spesa per i farmaci innovativi, pari, al netto dei payback, a 625 milioni, non essendo stata superiore alla dotazione del relativo Fondo ministeriale di finanziamento, non concorre a determinare l'ammontare complessivo della spesa per acquisti diretti sottoposta al relativo tetto (7,85% del FSN). Interessante notare il peso percentuale degli innovativi sul totale dei farmaci di classe A e H dispensati dal SSN su base regionale, pari ad una media nazionale di 18,9, con valori massimi nella Provincia autonoma di Bolzano (23,2%), Lombardia (20,6%), Umbria (20,5%), e minimi in Calabria (14,7%), Valle d'Aosta (14,9%), Sardegna e Molise (15,5%).

Nel periodo gennaio-settembre 2023, la **spesa farmaceutica complessiva** (che include la farmaceutica convenzionata, 7,0% del FSN, e gli acquisti diretti, 7,85%, di cui 0,20% per i gas medicinali), è stata pari a 16,4 miliardi, in aumento di circa 1 miliardo (+6,9%) rispetto al medesimo periodo del 2022, con un'eccedenza di spesa di 2,3 miliardi, che ha portato l'incidenza media nazionale dell'aggregato sul FSN dal 16,4 (nei primi tre trimestri del 2022) al 17,21% (nel medesimo arco temporale del 2023), 2,36 punti percentuali oltre il tetto massimo.

Tutte le Regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta (14,67 del FSR), hanno superato il tetto programmato (14,85% del FSN), ma le Regioni settentrionali, con la sola eccezione del Friuli Venezia Giulia, registrano scostamenti comunque inferiori alla media nazionale (2,36%), con valori relativamente più bassi nelle Province Autonome di Trento e Bolzano (0,10 e 0,17%), il Veneto (0,60%), la Lombardia (1,58%), l'Emilia-Romagna (1,99%), cui si aggiungono, tra quelle centrali, la Toscana (1,60%) e, unica tra le Regioni meridionali, la Sicilia (2,02%); viceversa, tra le 10 Regioni che superano l'incidenza media nazionale, sei appartengono al Mezzogiorno, una al Nord (Friuli Venezia Giulia), ed una al Centro (Lazio, 2,38%). Molise e Liguria, invece, presentano valori allineati allo scostamento medio nazionale (2,36%).

**12 aprile 2024**

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=121521](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=121521)

## **Newsletter ForumDD - Al Parlamento Ue non passa l'emendamento per l'infrastruttura per farmaci e vaccini ma crescono gli europarlamentari favorevoli**

*La plenaria del Parlamento europeo non ha approvato l'emendamento al rapporto sulla revisione della legislazione farmaceutica, che avrebbe rilanciato la creazione di un'infrastruttura pubblica europea per farmaci, vaccini e ricerca biomedica (European Medicines Facility). Un passo indietro rispetto al luglio del 2023 quando la proposta è stata inserita tra le raccomandazioni a Commissione e Stati Membri nel Rapporto sulle lezioni sulla pandemia. Nonostante questo, il ForumDD osserva che il sostegno è cresciuto delineando una "nuvola" di europarlamentari progressisti in grado di convergere su proposte concrete e coraggiose*

*Ancora una volta appare evidente l'ambiguità della fase che l'Unione Europea sta attraversando. Non approvando, durante la plenaria di giovedì, l'emendamento al rapporto sulla revisione della legislazione farmaceutica, che avrebbe rilanciato la creazione di un'infrastruttura pubblica europea per farmaci, vaccini e ricerca biomedica (European Medicines Facility), il Parlamento europeo ha fatto un passo indietro rispetto al luglio del 2023 quando la proposta è stata inserita tra le raccomandazioni a Commissione e Stati Membri nel Rapporto sulle lezioni sulla pandemia.*

*Nonostante questo, il ForumDD osserva con soddisfazione che con il voto di giovedì si è delineata con ancor più chiarezza l'esistenza di una "nuvola" di europarlamentari progressisti in grado di convergere su proposte coraggiose e concrete che vanno nella direzione della costruzione di un'Europa per la giustizia sociale e ambientale. La campagna per un'Europa della salute bene comune deve ripartire da questo risultato. La proposta, dopo essere stata accantonata dal compromesso raggiunto in commissione ENVI, era stata ripresentata con un emendamento da 50 europarlamentari di diversi gruppi. Con 156 voti favorevoli – accompagnati da 98 astenuti – quel sostegno si è più che triplicato. Sta a chi voterà alle prossime elezioni europee accrescere questa "nuvola". Ai futuri parlamentari anche l'opportunità di sfruttare la strada lasciata aperta dal testo approvato, con cui il prossimo Parlamento porterà avanti i negoziati con Commissione e Consiglio per arrivare all'approvazione finale di una nuova legislazione sul farmaco, in cui si prevede di rendere l'Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie (Health Emergency Preparedness and Response Authority – HERA) una struttura autonoma indipendente dalla Commissione e sotto la direzione del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC). Si tratta di usarlo come un embrione per uno sviluppo di un'infrastruttura pubblica. L'impegno del ForumDD su questo fronte continuerà durante l'intera campagna elettorale e monitorando il prossimo parlamento.*

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



### **Gimbe: cresce la spesa sanitaria a carico delle famiglie, oltre 1,9 milioni di persone hanno rinunciato alle cure per problemi economici**

Fondazione Gimbe

*Nel 2022 la spesa sanitaria out-of-pocket, ovvero quella sostenuta direttamente dalle famiglie, ammonta a quasi € 37 miliardi: in quell'anno oltre 25,2 milioni di famiglie italiane in media hanno speso per la salute € 1.362, oltre € 64 euro in più rispetto al 2021. «Considerato il rilevante impatto sui bilanci familiari della spesa sanitaria out-of-pocket – dichiara **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione GIMBE – e tenuto conto di un contesto caratterizzato dalla grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dall'aumento della povertà assoluta, abbiamo analizzato vari indicatori per misurare le dimensioni di questo preoccupante fenomeno, utilizzando esclusivamente i dati pubblicati da ISTAT. L'obiettivo è quello di fornire una base oggettiva per il dibattito pubblico e le decisioni politiche, oltre che prevenire strumentalizzazioni basate sull'enfasi posta su singoli dati».*

**Spesa sanitaria out-of-pocket.** Secondo il sistema dei conti ISTAT-SHA, nel 2022 (ultimo anno disponibile) la spesa sanitaria totale in Italia ammonta a € 171.867 milioni: € 130.364 milioni di spesa pubblica (75,9%) e € 41.503 milioni di spesa privata, di cui € 36.835 milioni (21,4%) out-of-pocket e € 4.668 milioni (2,7%) intermediata da fondi sanitari e assicurazioni. «Se da un lato la spesa out-of-pocket supera la soglia del 15% – commenta il presidente – concretizzando di fatto, secondo i parametri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, un sistema sanitario misto, va rilevato che quasi l'89% della spesa privata è a carico delle famiglie». Complessivamente, nel periodo 2012-2022 la spesa out-of-pocket è aumentata in media dell'1,6% annuo, per un totale di € 5.326 milioni in 10 anni. «Un dato – spiega il presidente – che documenta solo in parte l'impatto del progressivo indebolimento del SSN, perché non tiene conto di altri indicatori. Infatti, la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle cure sono fenomeni che, pur non aumentando la spesa out-of-pocket, contribuiscono a peggiorare la salute delle persone».

**Impatto della spesa per la salute sulle famiglie.** Secondo l'indagine ISTAT sui consumi delle famiglie, nel 2022 la media nazionale delle spese per la salute è pari a € 1.362,24 a famiglia, in aumento rispetto ai € 1.298,04 del 2021. «Ad eccezione del Nord-Ovest – spiega il Presidente – dove si registra una lieve riduzione, l'aumento delle spese per la salute nel 2022 riguarda tutte le macro-aree del Paese: in particolare al Centro e al Sud si registrano aumenti di oltre € 100 a famiglia». I dati regionali restituiscono, invece, un quadro molto eterogeneo. In dettaglio, dal 2021 al 2022 i maggiori incrementi si rilevano in Puglia con +26,1% (€ 910,20 vs € 1.147,80) e in Toscana con +19,3% (€ 1.178,40 vs € 1.405,92). Altre Regioni, invece, hanno registrato una diminuzione dal 2021 al 2022: la Valle d'Aosta del 24,3% (€ 1.834,08 vs € 1.387,56) e la Calabria che segna un -15,3% (€ 1.060,92 vs € 899,04). «L'interpretazione dei dati regionali – spiega Cartabellotta – non è univoca perché la spesa delle famiglie per la salute è influenzata da numerose variabili: la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari pubblici, la capacità di spesa delle famiglie, il consumismo sanitario e, in misura minore, l'eventuale rimborso della spesa da parte di assicurazioni e fondi sanitari». Ad esempio, il fatto che nel 2022 la spesa per la salute delle famiglie calabresi e marchigiane rimanga al di sotto di € 1.000 è verosimilmente imputabile a motivazioni differenti. Analogamente, nelle prime posizioni per spesa delle famiglie si collocano le Regioni più ricche e/o con più elevata qualità dei servizi sanitari, documentando, aggiunge il Presidente «che la spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile per valutare la riduzione delle tutele pubbliche; di conseguenza, lasciare che il dibattito pubblico si concentri solo su questo dato restituisce un quadro distorto della realtà, sia perché alcune famiglie spendono per servizi e prestazioni inutili, sia perché altre non riescono a spendere per bisogni reali di salute a causa di difficoltà economiche».

**Limitazione delle spese per la salute.** Secondo i dati ISTAT sul cambiamento delle abitudini di spesa nel 2022 il 16,7% delle famiglie dichiarano di avere limitato la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi in quantità e/o qualità. Se il Nord-Est (10,6%), il Nord-Ovest (12,8%) e il Centro (14,6%) si trovano sotto la media nazionale, tutto il Mezzogiorno si colloca al di sopra: di poco le Isole (18,5%), di



oltre 10 punti percentuali il Sud (28,7%), in pratica più di 1 famiglia su 4. «Un cambiamento nelle abitudini di spesa – commenta Cartabellotta – che ovviamente argina la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell'indagine campionaria ISTAT, sarebbero oltre 4,2 milioni le famiglie che nel 2022 hanno limitato le spese per la salute».

**Indisponibilità economiche temporanee delle spese per la salute.** Risultati sovrapponibili, seppur in percentuali ridotte, vengono restituiti dall'indagine ISTAT sulle condizioni di vita. Il 4,2% delle famiglie dichiara di non disporre di soldi in alcuni periodi dell'anno per far fronte a spese relative alle malattie. Sono al di sotto della media nazionale il Nord-Est (2%), il Centro (3,1%) e il Nord-Ovest (3,2%), mentre il Mezzogiorno si colloca al di sopra della media nazionale: rispettivamente le Isole al 5,3% e il Sud all'8%, un dato quasi doppio rispetto alla media nazionale. «Anche questo fenomeno – spiega il presidente – contribuisce a contenere la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell'indagine campionaria ISTAT, oltre 1 milione di famiglie in alcuni periodi del 2022 non sono riuscite a fronteggiare le spese per la salute per indisponibilità economica».

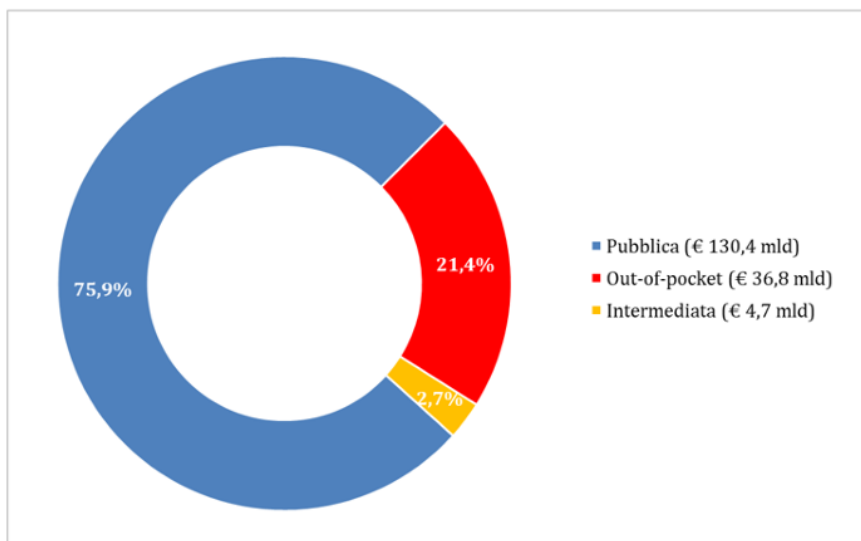
**Rinunce a prestazioni sanitarie.** I dati forniti dal Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) 2022, realizzato in collaborazione tra ISTAT e CNEL documentano che la percentuale di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie – dopo i dati drammatici del periodo pandemico (9,6% nel 2020 e 11,1% nel 2021) – nel 2022 si è attestata al 7%, percentuale comunque maggiore a quella pre-pandemica del 2019 (6,3%). Si tratta di oltre 4,13 milioni di persone che, secondo la definizione ISTAT, spiega Cartabellotta «dichiarano di aver rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), lunghi tempi di attesa». In particolare, nel 2022 ha rinunciato alle cure per motivi economici il 3,2% della popolazione, ovvero quasi 1,9 milioni di persone. «In ogni caso dal 2018 – commenta Cartabellotta – fatta eccezione per il biennio 2020-2021, la percentuale di persone che hanno rinunciato alle cure rimane sostanzialmente stabile, anche se le motivazioni possono mutare negli anni». La distribuzione per aree geografiche non documenta grandi differenze rispetto alla media nazionale, dimostrando che si tratta di un problema diffuso: Nord-Ovest 7,5%, Nord-Est 6,4%, Centro 7%, Sud 6,2%, Isole 8,5%. Anche a livello regionale le differenze sono modeste, fatta eccezione per i dati estremi non sempre di facile interpretazione: da un lato Sardegna (12,3%) e Piemonte (9,6%), dall'altro la Provincia Autonoma di Bolzano e la Campania (4,7%).

**Povertà assoluta.** «L'impatto sulla salute individuale e collettiva dell'indebolimento della sanità pubblica – afferma Cartabellotta – non può limitarsi a valutare gli indicatori relativi alla spesa delle famiglie, ma deve anche considerare il livello di povertà assoluta della popolazione». Secondo le statistiche ISTAT sulla povertà, tra il 2021 e il 2022 l'incidenza della povertà assoluta per le famiglie in Italia – ovvero il rapporto tra le famiglie con spesa sotto la soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti – è salita dal 7,7% al 8,3%, ovvero quasi 2,1 milioni di famiglie. Il Nord-Est ha registrato l'incremento più significativo, passando dal 7,1% al 7,9%, seguito dal Sud con un aumento dal 10,5% all'11,2% e dalle Isole con un incremento dal 9,2% al 9,8%. Anche se il Nord-Ovest e il Centro hanno registrato un aumento più contenuto (0,4%), il fenomeno della povertà assoluta è diffuso su tutto il territorio nazionale. E le stime preliminari ISTAT per l'anno 2023 documentano un ulteriore incremento della povertà assoluta delle famiglie: dall'8,3% all'8,5%. «È evidente – commenta Cartabellotta – che l'aumento del numero di famiglie che vivono sotto la soglia della povertà assoluta avrà un impatto residuale sulla spesa out-of-pocket, ma aumenterà la rinuncia alle cure, condizionando il peggioramento della salute e la riduzione dell'aspettativa di vita delle persone più povere del Paese».

«Dalle nostre analisi – conclude Cartabellotta – emergono tre considerazioni. Innanzitutto l'entità della spesa out-of-pocket, seppur in lieve e costante aumento, sottostima le mancate tutele pubbliche perché viene arginata da fenomeni conseguenti alle difficoltà economiche delle famiglie: la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e la rinuncia alle cure. In secondo luogo, questi fenomeni sono molto più frequenti nelle Regioni del Mezzogiorno, proprio quelle dove l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è inadeguata: di conseguenza, l'insufficiente offerta pubblica di servizi sanitari associata alla minore capacità di spesa delle famiglie del Sud condiziona negativamente lo stato di salute e l'aspettativa di vita alla nascita, un indicatore che vede tutte le Regioni del Mezzogiorno al di sotto della media nazionale. Infine, lo status di povertà assoluta che coinvolge oggi più di due milioni di famiglie richiede urgenti politiche di contrasto alla povertà, non solo per garantire un tenore di vita dignitoso a tutte le persone, ma anche perché le disuguaglianze sociali nell'accesso alle cure e l'impossibilità di far fronte ai bisogni di salute con risorse proprie rischiano di compromettere la salute e la vita dei più poveri, in particolare nel Mezzogiorno. Dove l'impatto sanitario, economico e sociale senza precedenti rischia di peggiorare ulteriormente con l'autonomia differenziata».

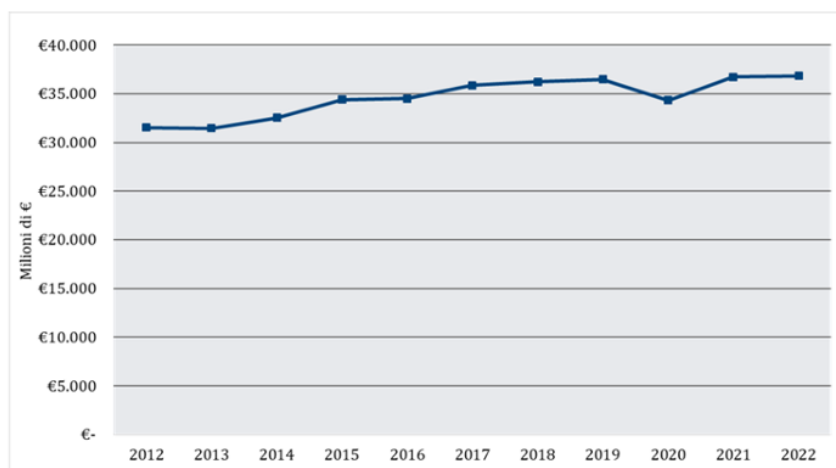
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-09/gimbe-cresce-spesa-sanitaria-carico-famiglie-19-milioni-persone-ha-rinunciato-cure-090543.php?uuid=AFfskjJB&cmpid=nlqf>

Figura 1. Composizione della spesa sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2022)



GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

Figura 2. Trend 2012-2022 della spesa sanitaria out-of-pocket (dati ISTAT-SHA)



GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

Tabella 1. Famiglie: spesa annuale per la salute (Indagine ISTAT sui consumi delle famiglie, 2021 e 2022)

Area geografica	2021	2022	Variazione
Nord-Ovest	€ 1.452,12	€ 1.447,20	-€ 4,92
Nord-Est	€ 1.454,88	€ 1.509,72	+€ 54,84
Centro	€ 1.272,48	€ 1.397,52	+€ 125,04
Sud	€ 1.061,04	€ 1.167,00	+€ 105,96
Isole	€ 1.124,64	€ 1.191,36	+€ 66,72
<b>Italia</b>	<b>€ 1.298,04</b>	<b>€ 1.362,24</b>	<b>+€ 64,20</b>

GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

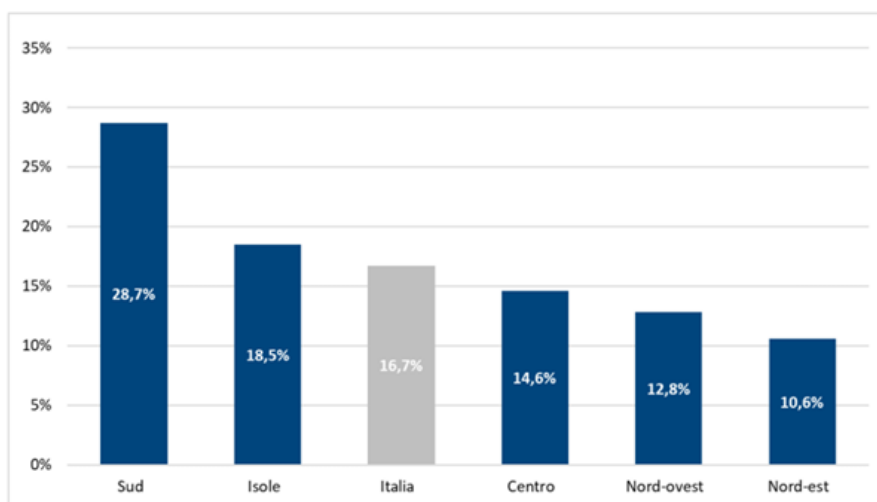


Tabella 2. Spesa annuale delle famiglie per la salute (dati ISTAT)

Regione	2021	2022	Variazione %
Abruzzo	€ 1.137,48	€ 1.160,16	+2,0%
Basilicata	€ 1.124,88	€ 1.202,40	+6,9%
Calabria	€ 1.060,92	€ 899,04	-15,3%
Campania	€ 1.142,28	€ 1.274,16	11,5%
Emilia-Romagna	€ 1.474,20	€ 1.560,36	+5,8%
Friuli Venezia Giulia	€ 1.392,36	€ 1.351,08	-3,0%
Lazio	€ 1.414,68	€ 1.527,96	+8,0%
Liguria	€ 1.299,96	€ 1.446,36	+11,3%
Lombardia	€ 1.592,76	€ 1.536,36	-3,5%
Marche	€ 960,36	€ 957,48	-0,3%
Molise	€ 1.128,12	€ 1.210,68	+7,3%
Piemonte	€ 1.182,48	€ 1.248,96	+5,6%
Prov. Aut. di Bolzano	€ 1.469,64	€ 1.650,00	+12,3%
Prov. Aut. di Trento	€ 1.530,12	€ 1.743,24	+13,9%
Puglia	€ 910,20	€ 1.147,80	+26,1%
Sardegna	€ 1.115,64	€ 1.111,44	-0,4%
Sicilia	€ 1.127,88	€ 1.219,80	+8,1%
Toscana	€ 1.178,40	€ 1.405,92	+19,3%
Umbria	€ 1.232,76	€ 1.207,56	-2,0%
Valle d'Aosta	€ 1.834,08	€ 1.387,56	-24,3%
Veneto	€ 1.443,00	€ 1.461,60	+1,3%
<b>Italia</b>	<b>€ 1.298,04</b>	<b>€ 1.362,24</b>	<b>4,9%</b>

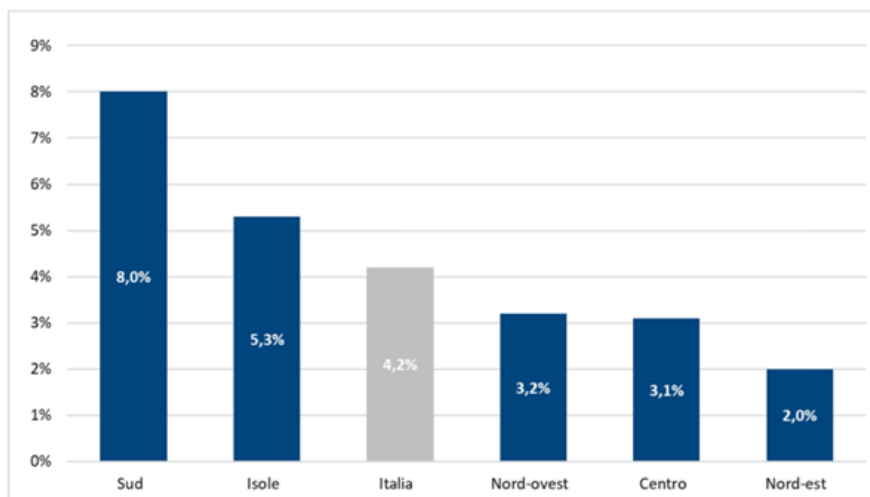
GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

Figura 3. Visite mediche e accertamenti periodici preventivi: famiglie che dichiarano "Un anno fa li compravo e ho limitato la spesa in quantità e/o qualità" (dati ISTAT, anno 2022)



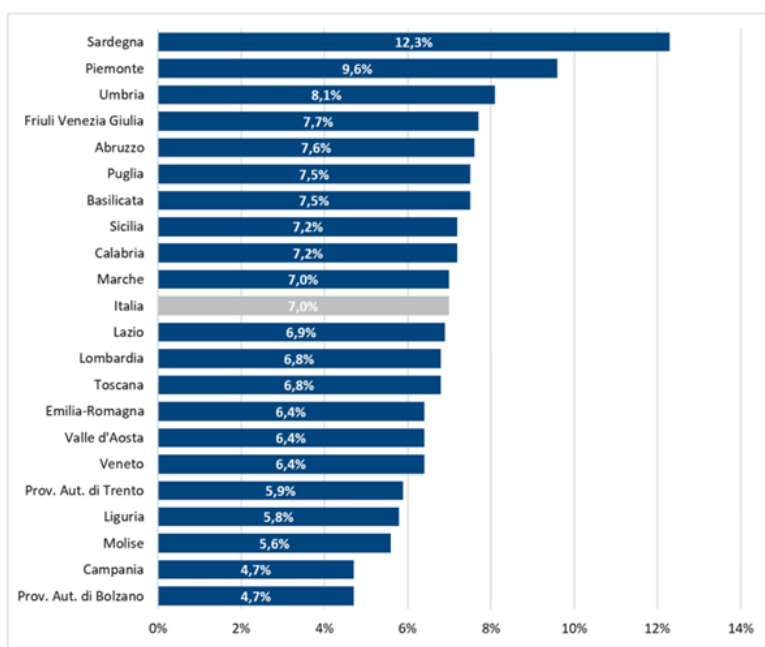
GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

**Figura 4. Famiglie che dichiarano di non avere soldi in alcuni periodi dell'anno per spese relative alle malattie (dati ISTAT, anno 2022)**



**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

**Figura 5. Famiglie che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie (dati ISTAT, anno 2022)**



**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

**Tabella 3. Famiglie: incidenza della povertà assoluta (dati ISTAT, anno 2022)**

Area geografica	2021	2022	GAP
Nord-ovest	6,8%	7,2%	+0,4
Nord-est	7,1%	7,9%	+0,8
Centro	6,0%	6,4%	+0,4
Sud	10,5%	11,2%	+0,7
Isole	9,2%	9,8%	+0,6
<b>Italia</b>	<b>7,7%</b>	<b>8,3%</b>	<b>+0,6</b>

**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

## **“Un sistema sanitario più efficiente, resiliente e inclusivo”. Il Programma nazionale di riforma**

**11 APR** - “Negli ultimi anni, anche il sistema sanitario italiano è stato interessato da grandi cambiamenti. Agli investimenti che sono stati avviati per rafforzare il sistema sanitario, nella gestione e nei seguiti della pandemia di Covid, si accompagnano diverse linee di trasformazione del sistema sanitario nazionale a cui concorrono sia interventi previsti da tempo, sia misure e investimenti previsti nel Pnrr”. Questo quanto si spiega nella sezione “Programma nazionale di riforma” del Def 2024 riguardo la sanità.

### **La riforma dell’assistenza territoriale**

Qui si legge come uno degli assi portanti della strategia concerne la riforma dell’assistenza territoriale: essa prevede l’istituzione e il potenziamento di nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell’assistenza sanitaria primaria che renda il servizio sanitario più efficiente, accessibile ed efficace.

A tal proposito, nel Pnrr sono stati previsti alcuni investimenti per la realizzazione delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali della Comunità. I target intermedi, relativi a tali interventi, sono stati raggiunti nei tempi.

A tali investimenti, sono state affiancate ulteriori risorse, di carattere nazionale, per potenziare il personale, al fine di assicurare l’implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Pnrr. Tali risorse sono state disposte anche per il 2024.

Oltre a ciò dovrà essere implementato il sistema dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (Pdta) che dovranno favorire il passaggio dalla prestazione alla presa in carico favorendo la conoscenza ex ante dei fabbisogni specifici stratificati per patologia. Sarà importante avviare l’adozione di un sistema oggettivo e scientificamente riconosciuto di riduzione dell’inappropriatezza prescrittiva.

Andrà implementato il Nuovo Sistema di Garanzia (Nsg), strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Nsis), di verificare - secondo le dimensioni dell’equità, dell’efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Sarà infine necessaria l’attivazione e l’implementazione di attività nuove o già in essere quali ad esempio Nuovi modelli erogativi (Telemedicina), Nuovi attori nella rete di erogazione, Canali di prenotazione innovativi, Ridefinizione dei percorsi di tutela (Assistenza domiciliare integrata), Trasparenza e funzionalità dei siti Web.

Funzionale all’introduzione di questo nuovo modello è il potenziamento dell’assistenza domiciliare e della telemedicina. A tal fine, il Pnrr prevede un investimento specifico volto all’adozione di almeno un progetto di telemedicina per Regione. Esso mira a garantire le interazioni tra medico e paziente a distanza e il finanziamento di iniziative di ricerca ad hoc sulle tecnologie digitali in materia di sanità e assistenza, soprattutto a supporto dei pazienti con malattie croniche. Tale target è stato raggiunto entro la scadenza prevista.

### **L’Innovazione, la ricerca e digitalizzazione per un migliore servizio sanitario nazionale**

Al fine di cogliere le opportunità offerte dalle nuove tecnologie, si legge nel documento, si è provveduto a realizzare la mappatura e l’efficientamento delle principali fasi del processo amministrativo legato alle richieste di servizi sanitari nelle diverse Regioni. Si è investito, inoltre, nell’ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie, di cui risulta perfezionato il 93 per cento degli ordini di grandi apparecchiature, sia tramite procedura centralizzata Consip sia attraverso gare autonome; di questi, circa il 51 per cento risulta consegnato e il 44 per cento collaudato. Infine, rispetto allo sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, rileva che l’assegnazione di 1.800 borse di studio per corsi specifici di medicina generale entro il 30 giugno 2023 è stata conseguita entro la scadenza prevista.

A tali investimenti, si accompagna l’intervento relativo al potenziamento dell’infrastruttura digitale dei sistemi sanitari per l’adozione e l’utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, nonché ulteriori investimenti sulla ricerca e sulla formazione.

### **Lo sviluppo dello Spazio europeo dei dati sanitari**

L’Italia, si spiega nel Def, sta partecipando alla negoziazione della proposta di Regolamento sullo Spazio europeo dei dati sanitari (European Health Data Space, Ehds). La proposta mira a gestire l’accesso e il controllo dei singoli individui sui propri dati sanitari elettronici personali, sia a livello nazionale che a livello

europeo, e a facilitare il riutilizzo dei dati per scopi di ricerca, innovazione, regolamentazione e politica pubblica dell'UE.

11 aprile 2024

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?approfondimento\\_id=19163](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?approfondimento_id=19163)



## **Def/ Via libera dal Consiglio dei ministri al documento senza la parte programmatica. Pil 2024 a +1% (-0,2%). Giorgetti: Verso altri tagli alla spesa per il «disastro superbonus»**

di Radiocor Plus

*Il Consiglio dei ministri ha approvato il Documento di economia e finanza tendenziale 2024.*

*Nel documento il Pil per l'anno in corso è indicato all'1%, con una correzione al ribasso rispetto all'1,2% previsto nella NadeF.*

*In considerazione della necessità di attendere la conclusione dell'iter di approvazione delle nuove regole di programmazione economica dell'Unione Europea, che introducono il Piano fiscale-strutturale di medio termine quale strumento per l'indicazione degli obiettivi di legislatura, il Def - comunica in tarda serata Palazzo Chigi dopo le dichiarazioni già rilasciate in conferenza stampa dal titolare del Mef Giancarlo Giorgetti - non riporta il profilo programmatico. «La cosiddetta mancanza del programmatico è un fatto non nuovo verificatosi in quattro precedenti.*

*Il quadro programmatico sarà contenuto nel Piano fiscale strutturale di medio termine, la cui scadenza è il 20 settembre, la nostra volontà è presentarlo prima», aveva precisato il ministro. Invariato resta l'approccio sul cuneo fiscale: «La decontribuzione che scade nel 2024, intendiamo assolutamente replicarla nel 2025, questo è il vero obiettivo che ci poniamo quando andremo a definire il Programma strutturale», ha dichiarato ancora Giorgetti. Intanto si va verso altri tagli, attribuendone piena responsabilità al «disastro superbonus», come lo ha definito il ministro. Che ha annunciato: «Ovviamente al ministero stiamo pensando come si possa ulteriormente andare nella direzione dei tagli di spesa. Non auspicavamo il disastro del Superbonus, anche se credo di averlo evocato in questa sede diverse volte. Questo complica il quadro, onestamente».*

*Sui conti pubblici, il cui andamento è stimato nel Def in base al criterio tendenziale, pesa anche «la componente degli interessi passivi che nel corso degli anni aumenta in relazione ai tassi di mercato. L'auspicio - ha detto Giorgetti - è che finalmente ci sia l'inizio di una riduzione dei tassi d'interesse praticati dalle Banche centrali e poi dal mercato, in quanto l'inflazione sembra essere sotto controllo, soprattutto nel nostro Paese».*

### **Il comunicato di Palazzo Chigi**

*In considerazione della necessità di attendere la conclusione dell'iter di approvazione delle nuove regole di programmazione economica dell'Unione Europea, che introducono il Piano fiscale-strutturale di medio termine quale strumento per l'indicazione degli obiettivi di legislatura, il Def non riporta il profilo programmatico. La tempistica stabilita nelle norme transitorie prevede che il Piano sia approvato entro il 20 settembre prossimo. A legislazione vigente, gli andamenti sono sostanzialmente in linea con il profilo programmatico della NadeF 2023. Il DEF contiene inoltre il valore delle politiche invariate.*

### **Indicatori di finanza pubblica–Quadro tendenziale**

#### **2024**

*Pil 1 – Deficit 4,3 – Debito 137,8*

#### **2025**

*Pil 1,2 – Deficit 3,7 – Debito 138,9*

#### **2026**

*Pil 1,1 – Deficit 3 – Debito 139,8*

2027

Pil 0,9 – Deficit 2,2 – Debito 139,6

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-09/def-via-libera-consiglio-ministri-documento-senza-parte-programmatica-pil-2024-1per cento-02per cento-giorgetti-altri-tagli-spesa-il-disastro-superbonus-194852.php?uuid=AFu3b5JB&cmpid=nlqf>



## Gimbe/ Def: spesa sanitaria in calo nel 2023 e per il 2024 l'aumento è illusorio

Fondazione Gimbe

Lo scorso 9 aprile il Consiglio dei Ministri ha approvato il Documento di Economia e Finanza (DEF) 2024 in forma “semplificata”, ovvero con le sole stime tendenziali calcolate sulle norme in vigore, e senza stime programmatiche che rimangono in attesa del nuovo Patto di Stabilità.

«Rispetto alle previsioni di spesa sanitaria sino al 2027 – afferma **Nino Cartabellotta** presidente della Fondazione GIMBE – il DEF 2024 certifica l'assenza di un cambio di rotta e ignora il pessimo “stato di salute” del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), i cui principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità sono stati traditi, con conseguenze che condizionano la vita delle persone, in particolare delle fasce socio-economiche più deboli e delle persone residenti nel Mezzogiorno. Dai lunghissimi tempi di attesa all'affollamento inaccettabile del pronto soccorso; dalle disuguaglianze regionali e locali nell'offerta di prestazioni sanitarie alla migrazione sanitaria dal Sud al Nord; dall'aumento della spesa privata all'impoverimento delle famiglie sino alla rinuncia alle cure». Relativamente alla spesa sanitaria vengono di seguito riportate le analisi indipendenti della Fondazione GIMBE sul consuntivo 2023 e sulle stime per l'anno 2024 e per il triennio 2025-2027 (tabella in allegato).

**Consuntivo 2023.** Il DEF 2024 certifica per l'anno 2023 un rapporto spesa sanitaria/PIL del 6,3% e, in termini assoluti, una spesa sanitaria di € 131.103 milioni, oltre € 3.600 milioni in meno rispetto a quanto previsto dalla NaDEF 2023 (€ 134.734 milioni).

«Tale riduzione di spesa – spiega il Presidente – consegue in larga misura al mancato perfezionamento del rinnovo dei contratti del personale dirigente e convenzionato per il triennio 2019-2021, i cui oneri non sono stati imputati nel 2023 e spostati al 2024. In misura minore hanno inciso le spese per contrastare la pandemia, che sono state inferiori al previsto». Rispetto al 2022 la spesa sanitaria nel 2023 si è ridotta dal 6,7% al 6,3% del PIL e di € 555 milioni in termini assoluti.

«Questo primo dato – commenta Cartabellotta – certifica che il 2023 è stato segnato da un netto defianziamento in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL (-0,4%), facendo addirittura segnare un valore negativo della spesa sanitaria, il cui potere d'acquisto è stato anche ridotto da un'inflazione che nel 2023 ha raggiunto il 5,7% su base annua». Previsionale 2024.

Il rapporto spesa sanitaria/PIL nel 2024 sale al 6,4% rispetto al 6,3% del 2023; in termini assoluti la previsione di spesa sanitaria è di € 138.776 milioni, ovvero € 7.657 milioni in più rispetto al 2023 (+5,8%). «In realtà – precisa Cartabellotta – l'altisonante incremento di oltre € 7,6 miliardi stimato per il 2024 è illusorio: infatti, in parte è dovuto al un mero spostamento al 2024 della spesa prevista nel 2023 per i rinnovi contrattuali 2019-2021, in parte agli oneri correlati al personale sanitario dipendente per il triennio 2022-2024 e, addirittura, all'anticipo del rinnovo per il triennio 2025-2027. Una previsione poco comprensibile, visto che la Legge di Bilancio 2024 non ha affatto stanziato le risorse per questi due capitoli di spesa». Senza considerare, peraltro, l'erosione del potere di acquisto, visto che secondo l'ISTAT ad oggi l'inflazione si attesta su base annua a +1,3%.

**Previsionale 2025-2027.** Nel triennio 2025-2027, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,1%, il DEF 2024 stima al 2% la crescita media annua della spesa sanitaria. Il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,4% del 2024 al 6,3% nel 2025-2026, al 6,2% nel 2027. Rispetto al 2024, in termini assoluti la spesa sanitaria nel 2025 sale a € 141.814 milioni (+2,2%), a € 144.760 milioni (+2,1%) nel 2026 e a € 147.420 milioni (+1,8%) nel 2027.

«Considerato che il DEF in forma “semplificata” non contiene indicazioni sulle politiche economiche per la prossima Legge di Bilancio – commenta il Presidente – se da un lato le previsioni sul triennio 2025-2027 confermano il progressivo calo del rapporto spesa sanitaria/PIL, dall'altro non si possono escludere ulteriori



riduzioni della spesa sanitaria visti i margini molto risicati per finanziare in deficit la prossima Manovra. In tal senso rimangono molto azzardate le stime assolute di € 6.414 milioni in più nel 2025 e di € 9.160 milioni nel 2026, tenendo conto che il Fabbisogno Sanitario Nazionale fissato dalla Legge di Bilancio 2024 è pari a € 135.400 milioni per il 2025 e € 135.600 milioni per il 2026». Peraltro, in assenza di misure programmatiche nel DEF 2024, aggiunge il Presidente «bisognerà capire dove reperire le risorse sia per abolire gradualmente il tetto di spesa per il personale sanitario – come annunciato dal presidente Meloni e del ministro Schillaci – sia da destinare alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di protesica, visto che l'aggiornamento dei nomenclatori tariffari è stato rinviato in accordo con le Regioni al 1° gennaio 2025 per mancanza di fondi, posticipando ancora una volta l'esigibilità dei “nuovi” Livelli Essenziali di Assistenza, ben 8 anni dopo la loro approvazione».

«Il DEF 2024 – chiosa il presidente – conferma che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta affatto una priorità neppure per l'attuale Governo. In tal senso, la comunicazione pubblica dell'Esecutivo continua a puntare esclusivamente sulla spesa sanitaria in termini assoluti che dal 2012 è (quasi) sempre aumentata rispetto all'anno precedente, e non sul rapporto spesa sanitaria/PIL che documenta al contrario un lento e inesorabile declino, collocando l'Italia prima tra i paesi poveri dell'Europa e ultima del G7 di cui proprio nel 2024 il nostro Paese ha la presidenza».

«Il Piano di Rilancio del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE – conclude Cartabellotta – propone di aumentare progressivamente la spesa sanitaria, con l'obiettivo di allinearla entro il 2030 alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza e l'accesso equo alle innovazioni. Considerato che nel 2022 il gap della spesa sanitaria pro-capite con la media dei paesi europei ha superato in totale i € 47 miliardi, il DEF 2024 non pone affatto le basi per ridurlo progressivamente: anzi, il rapporto spesa sanitaria/PIL scende a 6,3% nel 2025-2026 e al 6,2% nel 2026, valori inferiori al 2019 (6,4%), confermando che la pandemia non ha insegnato proprio nulla. Infatti, il perseverante defianziamento pubblico aumenterà la distanza con i paesi europei e affonderà definitivamente il SSN, compromettendo il diritto costituzionale alla tutela della salute delle persone, in particolare per le classi meno abbienti e per i residenti nelle Regioni del Sud».

**Tabella. La spesa sanitaria nel DEF 2024: consuntivo 2023 e stime 2024-2027**

	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	-0,4%	5,8%	2,2%	2,1%	1,8%

 **GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-16/gimbe-def-spesa-sanitaria-calco-2023-e-il-2024-l-aumento-e-illusorio-091017.php?uuid=AFFBmMSB&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

**Def. Gimbe: “Spesa sanitaria in calo nel 2023, per il 2024 aumento illusorio. Italia ultima tra Paesi del G7, a rischio diritto a tutela salute”**

"Il Def 2024 conferma che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta affatto una priorità neppure per l'attuale Governo. La comunicazione pubblica dell'Esecutivo continua a puntare esclusivamente sulla spesa sanitaria in termini assoluti che dal 2012 è (quasi) sempre aumentata rispetto all'anno precedente, e non sul rapporto spesa sanitaria/Pil che documenta al contrario un lento e inesorabile declino".

**16 APR -**

Lo scorso 9 aprile il Consiglio dei Ministri ha approvato il Documento di Economia e Finanza (Def) 2024 in forma “semplificata”, ovvero con le sole stime tendenziali calcolate sulle norme in vigore, e senza stime programmatiche che rimangono in attesa del nuovo Patto di Stabilità.



*"Rispetto alle previsioni di spesa sanitaria sino al 2027 – afferma **Nino Cartabellotta** Presidente della Fondazione Gimbe – il Def 2024 certifica l'assenza di un cambio di rotta e ignora il pessimo 'stato di salute' del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), i cui principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità sono stati traditi, con conseguenze che condizionano la vita delle persone, in particolare delle fasce socio-economiche più deboli e delle persone residenti nel Mezzogiorno. Dai lunghissimi tempi di attesa all'affollamento inaccettabile del pronto soccorso; dalle disuguaglianze regionali e locali nell'offerta di prestazioni sanitarie alla migrazione sanitaria dal Sud al Nord; dall'aumento della spesa privata all'impoverimento delle famiglie sino alla rinuncia alle cure".*

*Relativamente alla spesa sanitaria vengono di seguito riportate le analisi indipendenti della Fondazione Gimbe sul consuntivo 2023 e sulle stime per l'anno 2024 e per il triennio 2025-2027.*

**Consuntivo 2023.** *Il Def 2024 certifica per l'anno 2023 un rapporto spesa sanitaria/PIL del 6,3% e, in termini assoluti, una spesa sanitaria di € 131.103 milioni, oltre € 3.600 milioni in meno rispetto a quanto previsto dalla NadeF 2023 (€ 134.734 milioni). "Tale riduzione di spesa – spiega il Presidente – consegue in larga misura al mancato perfezionamento del rinnovo dei contratti del personale dirigente e convenzionato per il triennio 2019-2021, i cui oneri non sono stati inputati nel 2023 e spostati al 2024. In misura minore hanno inciso le spese per contrastare la pandemia, che sono state inferiori al previsto". Rispetto al 2022 la spesa sanitaria nel 2023 si è ridotta dal 6,7% al 6,3% del PIL e di € 555 milioni in termini assoluti. "Questo primo dato – commenta Cartabellotta – certifica che il 2023 è stato segnato da un netto definanziamento in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL (-0,4%), facendo addirittura segnare un valore negativo della spesa sanitaria, il cui potere d'acquisto è stato anche ridotto da un'inflazione che nel 2023 ha raggiunto il 5,7% su base annua".*

**Previsionale 2024.** *Il rapporto spesa sanitaria/PIL nel 2024 sale al 6,4% rispetto al 6,3% del 2023; in termini assoluti la previsione di spesa sanitaria è di € 138.776 milioni, ovvero € 7.657 milioni in più rispetto al 2023 (+5,8%). "In realtà – precisa Cartabellotta – l'altisonante incremento di oltre € 7,6 miliardi stimato per il 2024 è illusorio: infatti, in parte è dovuto al un mero spostamento al 2024 della spesa prevista nel 2023 per i rinnovi contrattuali 2019-2021, in parte agli oneri correlati al personale sanitario dipendente per il triennio 2022-2024 e, addirittura, all'anticipo del rinnovo per il triennio 2025-2027. Una previsione poco comprensibile, visto che la Legge di Bilancio 2024 non ha affatto stanziato le risorse per questi due capitoli di spesa". Senza considerare, peraltro, l'erosione del potere di acquisto, visto che secondo l'Istat ad oggi l'inflazione si attesta su base annua a +1,3%.*

**Previsionale 2025-2027.** *Nel triennio 2025-2027, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,1%, il DEF 2024 stima al 2% la crescita media annua della spesa sanitaria. Il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,4% del 2024 al 6,3% nel 2025-2026, al 6,2% nel 2027. Rispetto al 2024, in termini assoluti la spesa sanitaria nel 2025 sale a € 141.814 milioni (+2,2%), a € 144.760 milioni (+2,1%) nel 2026 e a € 147.420 milioni (+1,8%) nel 2027. "Considerato che il Def in forma 'semplificata' non contiene indicazioni sulle politiche economiche per la prossima Legge di Bilancio – commenta il Presidente – se da un lato le previsioni sul triennio 2025-2027 confermano il progressivo calo del rapporto spesa sanitaria/Pil, dall'altro non si possono escludere ulteriori riduzioni della spesa sanitaria visti i margini molto risicati per finanziare in deficit la prossima Manovra. In tal senso rimangono molto azzardate le stime assolute di € 6.414 milioni in più nel 2025 e di € 9.160 milioni nel 2026, tenendo conto che il Fabbisogno Sanitario Nazionale fissato dalla Legge di Bilancio 2024 è pari a € 135.400 milioni per il 2025 e € 135.600 milioni per il 2026".*

*Peraltro, in assenza di misure programmatiche nel Def 2024, aggiunge il Presidente "bisognerà capire dove reperire le risorse sia per abolire gradualmente il tetto di spesa per il personale sanitario – come annunciato dal Presidente Meloni e del Ministro Schillaci – sia da destinare alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di protesica, visto che l'aggiornamento dei nomenclatori tariffari è stato rinviato in accordo con le Regioni al 1° gennaio 2025 per mancanza di fondi, posticipando ancora una volta l'esigibilità dei 'nuovi' Livelli Essenziali di Assistenza, ben 8 anni dopo la loro approvazione". "Il Def 2024 – chiosa il Presidente – conferma che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta affatto una priorità neppure per l'attuale Governo. In tal senso, la comunicazione pubblica dell'Esecutivo continua a puntare esclusivamente sulla spesa sanitaria in termini assoluti che dal 2012 è (quasi) sempre aumentata rispetto all'anno precedente, e non sul rapporto spesa sanitaria/PIL che documenta al contrario un lento e inesorabile declino, collocando l'Italia prima tra i paesi poveri dell'Europa e ultima del G7 di cui proprio nel 2024 il nostro Paese ha la presidenza".*

*"Il Piano di Rilancio del Ssn elaborato dalla Fondazione Gimbe – conclude Cartabellotta – propone di aumentare progressivamente la spesa sanitaria, con l'obiettivo di allinearla entro il 2030 alla media dei*

paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza e l'accesso equo alle innovazioni. Considerato che nel 2022 il gap della spesa sanitaria pro-capite con la media dei paesi europei ha superato in totale i € 47 miliardi, il Def 2024 non pone affatto le basi per ridurlo progressivamente: anzi, il rapporto spesa sanitaria/Pil scende a 6,3% nel 2025-2026 e al 6,2% nel 2026, valori inferiori al 2019 (6,4%), confermando che la pandemia non ha insegnato proprio nulla. Infatti, il perseverante definanziamento pubblico aumenterà la distanza con i paesi europei e affonderà definitivamente il Ssn, compromettendo il diritto costituzionale alla tutela della salute delle persone, in particolare per le classi meno abbienti e per i residenti nelle Regioni del Sud".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121569](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121569)

**quotidianosanita.it**

## Paradigmi di valutazione della spesa nazionale

Antonio Salvatore, Direttore del Dipartimento Salute di ANCI Campania

**15 APR** - Gentile Direttore,

il 9 aprile 2024 il Consiglio dei Ministri ha deliberato il DEF 2024 recante l'analisi tendenziale della finanza pubblica. Dal documento emergono alcune circostanze che meritano attenta riflessione anche alla luce delle loro implicazioni sulla spesa sanitaria pubblica italiana.

La prima di esse riguarda il "macigno" del debito pubblico che nel 2023 è lievitato del 7,2% del PIL e della crescita significativa dell'incidenza degli interessi passivi sulla spesa corrente.

Nel 2023 la spesa per interessi passivi è stata di circa 79 mld di euro: l'8% della spesa corrente. Nel 2027 si stima che dovrebbe raggiungere i 104 mld di euro (+32% rispetto al consuntivo 2023).

DEF 2024 - SPESE CORRENTI 2023 - 2027 (in mln di euro)	MIX (%) 2023	CONSUNTIVO 2023	PREVISIONE 2024	PREVISIONE 2025	PREVISIONE 2026	PREVISIONE 2027	VARIAZIONE 2023 - 2027	VARIAZIONE (%)
Pensioni	33%	319.075	337.480	345.730	356.330	368.110	49.035	15%
Altre prestazioni sociali	11%	105.416	109.600	110.170	111.410	112.820	7.404	7%
Redditi da lavoro dipendente	19%	186.474	196.474	198.016	198.770	198.024	11.550	6%
Consumi intermedi	18%	174.395	176.742	181.324	181.046	181.549	7.154	4%
Altre spese correnti	10%	96.031	87.766	91.938	89.036	88.548	-7.483	-8%
<b>SPESE CORRENTI SENZA INTERESSI</b>	<b>92%</b>	<b>881.391</b>	<b>908.062</b>	<b>927.178</b>	<b>936.592</b>	<b>949.051</b>	<b>67.660</b>	<b>8%</b>
<b>INTERESSI SU DEBITO PUBBLICO</b>	<b>8%</b>	<b>78.611</b>	<b>84.765</b>	<b>88.648</b>	<b>95.505</b>	<b>103.551</b>	<b>24.940</b>	<b>32%</b>
<b>TOTALE SPESA CORRENTE ITALIANA</b>	<b>100%</b>	<b>960.002</b>	<b>992.827</b>	<b>1.015.826</b>	<b>1.032.097</b>	<b>1.052.602</b>	<b>92.600</b>	<b>10%</b>
<b>SPESA SANITARIA PUBBLICA</b>	<b>14%</b>	<b>131.119</b>	<b>138.776</b>	<b>141.814</b>	<b>144.760</b>	<b>147.420</b>	<b>16.301</b>	<b>12%</b>
<b>PIL NOMINALE ITALIANO</b>	<b>*</b>	<b>2.085.376</b>	<b>2.162.697</b>	<b>2.238.234</b>	<b>2.305.906</b>	<b>2.367.640</b>	<b>282.264</b>	<b>14%</b>
<b>SPESA SANITARIA SU PIL NOMINALE</b>	<b>*</b>	<b>6,3%</b>	<b>6,4%</b>	<b>6,3%</b>	<b>6,3%</b>	<b>6,2%</b>	<b>*</b>	<b>*</b>
<b>S. SANITARIA SU SPESA NETTO INTERESSI</b>	<b>*</b>	<b>14,9%</b>	<b>15,3%</b>	<b>15,3%</b>	<b>15,5%</b>	<b>15,5%</b>	<b>*</b>	<b>*</b>

Nello stesso periodo la spesa per le pensioni dovrebbe lievitare del 15%.

Pensioni, interessi e altre prestazioni sociali rappresentano il 52% della spesa corrente italiana.

Dati che si commentano da soli.

*Per quel che concerne la spesa sanitaria pubblica del 2023, rispetto alle previsioni di cui alla Nota di aggiornamento del DEF (NADEF), questa è leggermente inferiore ai valori attesi: 131,1 mld di euro, pari al 14,9% della spesa corrente 2023 al netto degli interessi sul debito pubblico.*

*La tabella illustra il trend 2023 – 2027 delle principali voci della spesa corrente italiana.*

*Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica italiana è stimata in 138,8 mld di euro (+6% rispetto al 2023). Nei prossimi quattro anni la stessa dovrebbe aumentare di oltre 16 mld di euro (dai 131,1 del 2023 ai 147,4 del 2027) e, nonostante la sua incidenza sul PIL nominale atteso sia pressoché stabile, il suo impatto sulla “spesa corrente” rispetto al 2023 dovrebbe crescere dello 0,4% nel 2024 e dello 0,6% nel 2026 (dal 14,9% del 2023 al 15,5% del 2026).*

*In uno scenario che prevede la crescita della spesa pensionistica di circa il 15% e quella finanziaria di circa il 32%, la “parola d’ordine” è sostenibilità della spesa pubblica.*

*Pertanto, confrontare la spesa sanitaria con il solo PIL nominale - fortemente influenzato da fenomeni congiunturali impattanti sulla sua reale consistenza - conduce a risultati fuorvianti.*

*Un PIL precipitato nel 2020 a causa della crisi sanitaria e successivamente “dopato” dall’impennata dei costi energetici e dalla speculazione che ne è conseguita, appare poco significativo per la puntuale determinazione del trend reale della spesa sanitaria pubblica.*

*Pertanto, una corretta analisi della spesa sanitaria non può prescindere dall’apprezzamento di quanto essa incida sul totale delle spese correnti finanziate in parte dal ricorso all’indebitamento*

*Tale apprezzamento consente – a parere dello scrivente – di valutare le scelte operate dalla politica rispetto agli ineludibili vincoli di bilancio e di sostenibilità.*

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121548](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121548)

**quotidianosanita.it**

## **Abbandonare la logica a silos sui bilanci delle aziende sanitarie**

**Mario Alparone**, Già Direttore Generale in diverse Aziende Sanitarie

**16 APR** - Gentile Direttore,

*in questo ultimo periodo si intensificano le richieste di aumento del livello di spesa a favore del nostro SSN con paragoni e contrapposizioni tra valori assoluti e valori relativi espressi in termini di percentuali di PIL o spesa pro capite. Trovo sterili queste discussioni perché sappiamo che esistono precisi limiti di finanza pubblica e comunitaria da rispettare e che se fossero disponibili maggiori risorse verrebbero impiegate. Non trovo invece altrettanta attenzione e determinazione sui temi di revisione del modello di distribuzione di questa spesa, che sono altrettanto importanti per impiegare al meglio le risorse esistenti qualunque sia il valore assoluto in gioco*

*Mi sono già soffermato in altri articoli sull’importanza di rivedere i modelli organizzativi e di finanziamento a vantaggio di una impostazione che non ragioni a livello di singola prestazione (c.d. ragionamento a silos) ma a budget di salute. Si tratta di definire il livello standard dell’insieme di risorse professionali, tecnologiche e di dispositivi medici necessari a produrre risultati di salute (outcome), che è l’obiettivo finale della prestazione semplice o complessa che sia, superando pertanto le logiche dei singoli tetti di spesa.*

*Sappiamo infatti che, per fare un banale esempio, imporre un tetto sui dispositivi medici rappresenta una logica miope ed incompleta che si può tradurre nel trascurare un follow up post operatorio comportando il riacutizzarsi di una malattia e causando così la necessità di altri ricoveri e costi e disagi per il paziente. Anche gli attuali modelli finanziamento e di rappresentazione di Bilancio delle aziende sanitarie meritano, per gli stessi motivi, una attenta riflessione proprio per allineare le modalità clinico organizzative a quelle di rendicontazione economica.*

*Se non si allinea l’aspetto economico a quello clinico non si riuscirà a realizzare quanto auspicato organizzativamente e si possono perdere anche flessibilità gestionali che andrebbero a vantaggio dei pazienti. Al riguardo rammento due semplici esempi di vita professionale vissuta, uno sul lato dei costi ed uno sul lato dei ricavi.*

*In questi giorni il Ministro ha anticipato la volontà di togliere il tetto di spesa sul personale. È buona cosa ma non è sufficiente. Innanzitutto ricordiamo che il tetto di spesa sul personale prevedeva la riduzione dell'1,4% sul valore del costo del personale rispetto al 2004. Una azienda ospedaliera di medie dimensioni da 2500 dipendenti ha un costo del personale medio che si aggira intorno ai 125/150 milioni. Il tetto di spesa quindi impone una riduzione di circa 2 mln che si tradurrebbe in una riduzione di circa 50 risorse ed un mantenimento del pareggio tra entrate ed uscite (in un anno pre covid circa 50-60). Perché questo si dice abbia favorito l'utilizzo di risorse non strutturate prese tramite agenzie interinali e gettonisti? Perché i bilanci delle aziende sanitarie ragionano a silos. Bisogna rispettare limiti per singola linea di bilancio. Quindi se si ha bisogno di personale e si è bloccati sul costo del personale ma si presenta disponibilità economica sul budget dei costi amministrativi si può utilizzarlo per assumere risorse di questo tipo (non strutturate). Assurdo. Praticamente stiamo parlando sempre di risorse professionali ma finanziate con altre fonti.*

*Ricordo il mio primo mandato quando avevamo obiettivi di equilibrio economico finanziari rispetto ai parametri del piano di rientro ed avevo proposto di ridurre il ricorso ad agenzie interinali sostituendo questo tipo di risorse con personale strutturato con un doppio vantaggio, un risparmio per l'azienda (un interinale costa di più di uno strutturato) e la possibilità di rendere organico e stabile l'apporto all'azienda ed al dipendente. Non è stato possibile per questa impostazione a singole righe di bilancio.*

*Seconda considerazione sul lato ricavi. In linea generale e semplificata possiamo affermare che l'equilibrio di bilancio di una azienda sanitaria in termini di conto economico si raggiunge, come dappertutto, con un bilanciamento tra ricavi e costi. Una azienda, di norma, cerca di massimizzare i ricavi e contenere i costi. Una azienda sanitaria oltre a dover rispettare il pareggio di bilancio, (l'economicità in una azienda sanitaria pubblica rappresenta un vincolo non il fine- l'obiettivo è erogare salute e non raggiungere un utile e quindi l'outcome non l'income), deve anche preoccuparsi di mantenere i ricavi dentro un limite definito dalla regione in maniera separata per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali. Se i ricavi non dovessero coprire i costi, la differenza, tramite un fondo di ripiano (c.d. fondo indistinto), viene erogata dalla Regione entro un certo limite (10% poi scattano i piani di rientro). Ma se una azienda è virtuosa e riesce a erogare di più mantenendo equilibrio e margine con i costi non lo può fare perché le prestazioni hanno un tetto sui ricavi. Peraltro questo limite difficilmente viene rivisto in relazione alla capacità di erogazione aziendale magari andando a riallocarlo tra le aziende in relazione alla loro capacità.*

*Ricordo il caso di un anno nel quale abbiamo recuperato una rilevante fetta di produzione senza aumentare proporzionalmente i costi. La differenza non è stata riconosciuta sul bilancio tramite un aumento del budget dei ricavi, perché diversamente si sarebbero dovuti ricontrattare gli impegni con la Regione bloccati da anni. Nel caso poi si riesca a produrre un avanzo di Bilancio questo viene addirittura sottratto all'Azienda virtuosa per essere utilizzato a copertura di Bilanci che lo sono meno. Avevo inoltre proposto ad esempio l'utilizzo anche in parte dell'avanzo di gestione per migliorare le dotazioni tecnologiche, una sorta di autofinanziamento. Anche questo non è stato possibile.*

*Insomma si parla di Aziende ma i meccanismi di gestione prevedono limiti singoli pre definiti. Anche in questo caso andrebbero fatte due cose. Definire budget di salute che associno i ricavi ai costi necessari per sostenerli non a singole righe ma ad esito di salute e poi riallocare questi budget in relazione alla capacità erogativa; chi ha capacità e migliora gli esiti di salute deve vedere incrementati i propri spazi di erogazione (budget). Si sente parlare di revisione dei DRG ma se non si cambia l'impianto di bilancio non si produrranno esiti di salute. Ma ci vuole il coraggio di abbandonare il meccanismo di rimborso a DRG, anacronistico e sbagliato, non solo per aggiornarlo ma per associarlo ad un budget di salute.*

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121573](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121573)

**quotidianosanita.it**

**Ci sono o no i tagli alla sanità? Il fondo cresce, ma resta poco per gli investimenti. E pesano gli 1,2 mld in sospeso per gli ospedali**

Giovanni Rodriguez

*La spesa sanitaria in termini nominali possiamo dire che è cresciuta, passando dai 128,8 miliardi del 2023 ai 134,7 miliardi del 2024. C'è però da aggiungere che, di questo incremento, 2 miliardi erano già previsti dalla manovra precedente e il resto viene sostanzialmente tutto eroso dagli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale e per il finanziamento della sanità privata al fine di contrastare il fenomeno delle*



liste d'attesa. Resta poi aperta la polemica con le Regioni che lamentano un taglio 1,2 mld per l'ammodernamento degli ospedali con il nuovo decreto Pnrr

**08 APR -**

La spesa sanitaria è stata tagliata. No, la spesa sanitaria non è mai stata così alta. Il finanziamento del Ssn nei giorni scorsi è tornato ancora una volta al centro del dibattito politico con le polemiche tra maggioranza e opposizione. Ma come stanno davvero le cose? La spesa sanitaria in termini nominali possiamo dire che è cresciuta, passando dai 128,8 miliardi del 2023 ai 134,7 miliardi del 2024.

C'è però da aggiungere che, di questo incremento, 2 miliardi erano già previsti dalla manovra precedente e il resto viene sostanzialmente tutto eroso dagli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale e per il finanziamento della sanità privata al fine di contrastare il fenomeno delle liste d'attesa.

Resta poi aperta la polemica con le Regioni che lamentano un taglio 1,2 mld per l'ammodernamento degli ospedali con il nuovo decreto Pnrr.

Ma proviamo a procedere con ordine aiutandoci con la nuova relazione della Corte dei Conti che, appena una settimana fa, ha fatto il punto della situazione.

I dati sul Ssn pubblicati con la Nota di aggiornamento al Def 2023 (deliberata dal Consiglio dei Ministri il 27 settembre 2023) presentano, per lo scorso anno, "un valore di spesa pari a 134,7 mld, inferiore di 1,3 mld rispetto alle stime contenute nel Def 2023 trasmesso al Parlamento in aprile (136,0 mld), con una crescita percentuale sull'anno precedente rivista in ribasso dal 3,8 al 2,8%, sostanzialmente per il rinvio al 2024 degli oneri per il rinnovo dei contratti della dirigenza medica relativi al triennio 2019-2021. Secondo le stime del Def 2023, al lordo di tali rinnovi contrattuali, nel 2023 la spesa per i redditi da lavoro dipendente avrebbe dovuto crescere del 4,5% rispetto all'anno precedente, pari, in valore assoluto, a + 1,8 miliardi (42,2 miliardi in totale): un incremento ipotetico di spesa nominale sostanzialmente nullo in termini reali, poiché pari al tasso di inflazione misurato, per il medesimo anno, dal deflatore del Pil (4,5%)", spiegano i giudici contabili.

Quanto alla situazione in prospettiva, "per il triennio 2024-2026, le previsioni della NadeF 2023 per il Ssn, non delineando gli andamenti programmatici, ma solo quelli tendenziali a legislazione vigente, disegnano una riduzione della spesa sanitaria in termini di Pil, che declinerebbe, nel periodo 2023-2026, dal 6,6 al 6,1%, collocandosi già dal 2024 al 6,3%, al di sotto del valore del 2019 (6,4%)", spiega la Corte dei Conti.

"Tuttavia - prosegue la relazione - integrando tali previsioni con le disposizioni approvate con la Legge di bilancio 2024 che incrementano il fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in corso di 3 miliardi (e mediamente di 4,1 mld in ciascun anno del biennio 2025/2026), di cui 2,3 mld destinati al finanziamento del rinnovo contrattuale della dirigenza medica e sanitaria per il triennio 2022-2024, la curva discendente verrebbe attenuata: la spesa sanitaria di competenza del 2024 ammonterebbe a 135,9 miliardi, ossia 3 miliardi in più rispetto alle previsioni dell'autunno scorso, con un'incidenza sul Pil nominale tendenziale che crescerebbe dal 6,2 al 6,4%, pari, quindi, a quella del 2019".

Come anticipavamo, oltre che al finanziamento del rinnovo dei contratti del personale sanitario, gli incrementi del fabbisogno sanitario nazionale standard (deliberati con la Legge di bilancio per il 2024) prevedono risorse specificamente destinate al recupero delle liste d'attesa (280 milioni per ciascun anno del triennio, destinati a finanziare gli incrementi delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive del personale medico e del comparto sanità), per i nuovi Lea (50 milioni di euro nel 2024, e 200 dal 2025), ed infine, per la sanità territoriale (250 milioni di euro nel 2025, e 350 dal 2026), al fine di sostenere "l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Pnrr".

Vista la elevata inflazione del triennio 2022/2024, spiega la Corte dei Conti, "resta da verificare se, il pur importante incremento di risorse deliberato con la Legge di bilancio 2024, oltre a far fronte agli oneri per il rinnovo dei contratti del personale dipendente e all'ulteriore finanziamento delle misure miranti al recupero delle liste d'attesa, offra anche margini finanziari adeguati a sostenere quegli incrementi di spesa corrente connessi all'attuazione dei piani di sviluppo dell'assistenza territoriale, previsti dai programmi della Missione 6 del Pnrr".

Nel confronto internazionale prendendo a riferimento l'anno 2022, la spesa sanitaria pubblica italiana, pari a circa 131 miliardi, risulta ridotta rispetto ai 423 della Germania e ai 271 della Francia. A parità di potere d'acquisto, la spesa italiana pro capite risulta meno della metà di quella della Germania. "Nel biennio della pandemia, 2020-2021, la spesa sanitaria pubblica è aumentata, in valore cumulato, del 15,5% in Italia, un incremento molto superiore al decennio precedente, ma inferiore a quello registratosi in Francia (+19,2%), Germania (18,4%), e Regno Unito (+28,6%). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil è stata pari al 6,8%, superiore di un decimo di punto a quella del Portogallo (6,7%) e di 1,7 punti rispetto alla Grecia (5,1%), ma inferiore di ben 4,1 punti a quella tedesca (10,9%),

di 3,5 punti a quella francese (10,3%), e inferiore di mezzo punto anche a quella spagnola (7,3%)”, si spiega nella relazione.

C'è infine da segnalare come, ormai da settimane, le Regioni siano sul piede di guerra contro sul DI Pnrr di recente pubblicato in Gazzetta Ufficiale in cui vengono dirottati 1,2 miliardi del Piano nazionale complementare sul fondo per l'edilizia sanitaria (ex art. 20 Legge 67/88) per il riammodernamento degli ospedali e l'adeguamento antisismico.

In sostanza il Governo ha espunto il finanziamento dai fondi del Pnc e per fare i lavori ha imposto alle Regioni di utilizzare i fondi per l'edilizia sanitaria.

Il punto è che non è facile dirottare i soldi freschi del PNC con le risorse in conto capitale dell'ex art. 20 perché è tutto da dimostrare che questi fondi sull'edilizia sanitaria ci siano effettivamente anche perché in molti casi queste risorse, anche se non spese, sono già state programmate e andrebbe fatta una ricognizione regione per regione. Inoltre, quelli dell'art. 20 non sono soldi disponibili in cassa ma risorse in conto capitale.

Una partita, quest'ultima, ancora tutta aperta e che potrebbe segnare qualche svolta nei prossimi giorni nel corso del proseguito dell'esame degli emendamenti a questo decreto in commissione Bilancio.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121409](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121409)



## Spesa sanitaria out-of-pocket, Gimbe: “Nel 2022 ogni famiglia ha speso 1.362 euro, 64 in più del 2021”

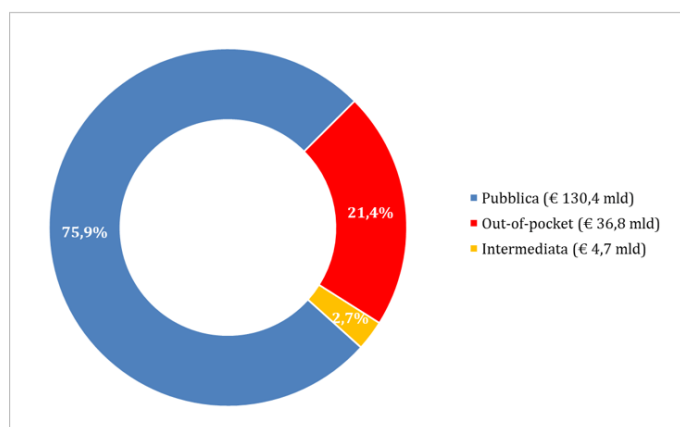
Cartabellotta (GIMBE): “Tenuto conto di un contesto caratterizzato dalla grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e dall'aumento della povertà assoluta, abbiamo analizzato vari indicatori per misurare le dimensioni di questo preoccupante fenomeno, utilizzando esclusivamente i dati pubblicati da ISTAT”

di Redazione

Nel 2022 la spesa sanitaria out-of-pocket, ovvero quella sostenuta direttamente dalle famiglie, ammonta a quasi a 37 miliardi di euro: in quell'anno oltre 25,2 milioni di famiglie italiane in media hanno speso per la salute 1.362 euro, oltre 64 euro in più rispetto al 2021. “Considerato il rilevante impatto sui bilanci familiari della spesa sanitaria out-of-pocket – spiega **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – e tenuto conto di un contesto caratterizzato dalla grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dall'aumento della povertà assoluta, abbiamo analizzato vari indicatori per misurare le dimensioni di questo preoccupante fenomeno, utilizzando esclusivamente i dati pubblicati da ISTAT. L'obiettivo è quello di fornire una base oggettiva per il dibattito pubblico e le decisioni politiche, oltre che prevenire strumentalizzazioni basate sull'enfasi posta su singoli dati”.

### Spesa sanitaria out-of-pocket

Figura 1. Composizione della spesa sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2022)

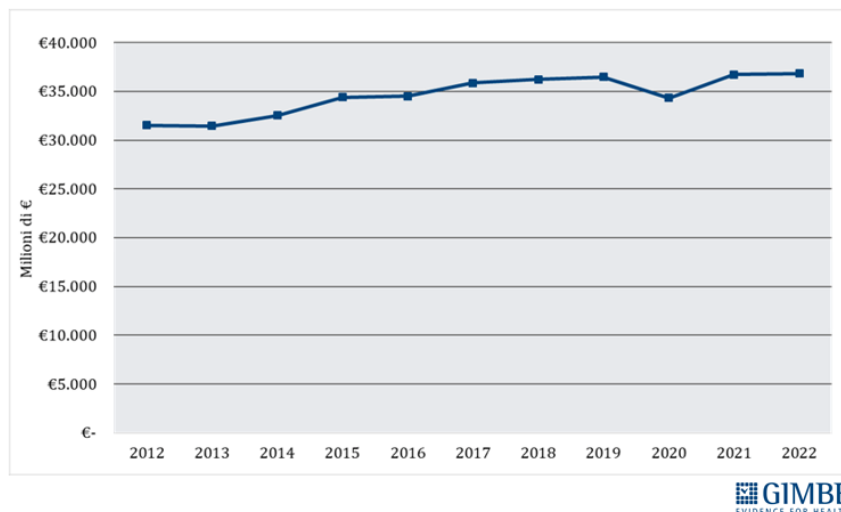




Secondo il sistema dei conti ISTAT-SHA, nel 2022 (ultimo anno disponibile) la spesa sanitaria totale in Italia ammonta a **171.867 milioni di euro**: 130.364 milioni di spesa pubblica (75,9%) e 41.503 milioni di spesa privata, di cui 36.835 milioni di euro (21,4%) out-of-pocket e 4.668 milioni (2,7%) intermediata da fondi sanitari e assicurazioni (figura 1).

“Se da un lato la spesa out-of-pocket supera la soglia del 15% – commenta il Presidente – concretizzando di fatto, secondo i parametri dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, un sistema sanitario misto, va rilevato che **quasi l’89% della spesa privata è a carico delle famiglie**”. Complessivamente, nel periodo 2012-2022 la spesa out-of-pocket è aumentata in media dell’1,6% annuo, per un totale di 5.326 milioni di euro in 10 anni (figura 2).

Figura 2. Trend 2012-2022 della spesa sanitaria out-of-pocket (dati ISTAT-SHA)



GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

“Un dato – spiega il Presidente – che documenta solo in parte l’impatto del **progressivo indebolimento del SSN**, perché non tiene conto di altri indicatori. Infatti, la limitazione delle spese per la salute, l’indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle cure sono fenomeni che, pur non aumentando la spesa out-of-pocket, contribuiscono a peggiorare la salute delle persone”.

#### Impatto della spesa per la salute sulle famiglie

Secondo l’indagine ISTAT sui consumi delle famiglie, nel 2022 la media nazionale delle spese per la salute è pari a 1.362,24 euro a famiglia, in aumento rispetto ai 1.298,04 euro del 2021. “Ad eccezione del Nord-Ovest – spiega il Presidente – dove si registra una lieve riduzione, **l’aumento delle spese per la salute nel 2022 riguarda tutte le macro-aree del Paese**: in particolare al Centro e al Sud si registrano aumenti di oltre 100 euro a famiglia”. (tabella 1).

Tabella 1. Famiglie: spesa annuale per la salute (Indagine ISTAT sui consumi delle famiglie, 2021 e 2022)

Area geografica	2021	2022	Variazione
Nord-Ovest	€ 1.452,12	€ 1.447,20	-€ 4,92
Nord-Est	€ 1.454,88	€ 1.509,72	+€ 54,84
Centro	€ 1.272,48	€ 1.397,52	+€ 125,04
Sud	€ 1.061,04	€ 1.167,00	+€ 105,96
Isole	€ 1.124,64	€ 1.191,36	+€ 66,72
<b>Italia</b>	<b>€ 1.298,04</b>	<b>€ 1.362,24</b>	<b>+€ 64,20</b>

GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

I dati regionali restituiscono, invece, un quadro molto eterogeneo. In dettaglio, dal 2021 al 2022 i **maggiori incrementi si rilevano in Puglia** con +26,1% (€ 910,20 vs € 1.147,80) e in Toscana con +19,3% (€ 1.178,40 vs € 1.405,92). Altre Regioni, invece, hanno registrato una diminuzione dal 2021 al 2022: la Valle d’Aosta del 24,3% (€ 1.834,08 vs € 1.387,56) e la Calabria che segna un -15,3% (€ 1.060,92 vs € 899,04) (tabella 2).

**Tabella 2. Spesa annuale delle famiglie per la salute (dati ISTAT)**

Regione	2021	2022	Variazione %
Abruzzo	€ 1.137,48	€ 1.160,16	+2,0%
Basilicata	€ 1.124,88	€ 1.202,40	+6,9%
Calabria	€ 1.060,92	€ 899,04	-15,3%
Campania	€ 1.142,28	€ 1.274,16	+11,5%
Emilia-Romagna	€ 1.474,20	€ 1.560,36	+5,8%
Friuli Venezia Giulia	€ 1.392,36	€ 1.351,08	-3,0%
Lazio	€ 1.414,68	€ 1.527,96	+8,0%
Liguria	€ 1.299,96	€ 1.446,36	+11,3%
Lombardia	€ 1.592,76	€ 1.536,36	-3,5%
Marche	€ 960,36	€ 957,48	-0,3%
Molise	€ 1.128,12	€ 1.210,68	+7,3%
Piemonte	€ 1.182,48	€ 1.248,96	+5,6%
Prov. Aut. di Bolzano	€ 1.469,64	€ 1.650,00	+12,3%
Prov. Aut. di Trento	€ 1.530,12	€ 1.743,24	+13,9%
Puglia	€ 910,20	€ 1.147,80	+26,1%
Sardegna	€ 1.115,64	€ 1.111,44	-0,4%
Sicilia	€ 1.127,88	€ 1.219,80	+8,1%
Toscana	€ 1.178,40	€ 1.405,92	+19,3%
Umbria	€ 1.232,76	€ 1.207,56	-2,0%
Valle d'Aosta	€ 1.834,08	€ 1.387,56	-24,3%
Veneto	€ 1.443,00	€ 1.461,60	+1,3%
<b>Italia</b>	<b>€ 1.298,04</b>	<b>€ 1.362,24</b>	<b>4,9%</b>

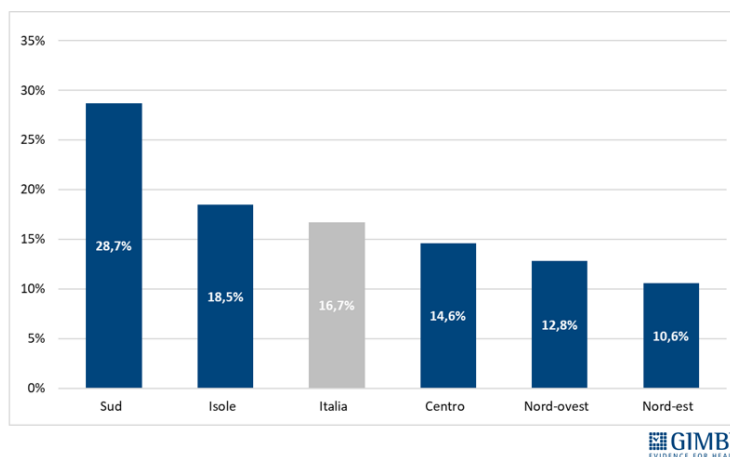


“L’interpretazione dei dati regionali – spiega Cartabellotta – non è univoca perché **la spesa delle famiglie per la salute è influenzata da numerose variabili**: la qualità e l’accessibilità dei servizi sanitari pubblici, la capacità di spesa delle famiglie, il consumismo sanitario e, in misura minore, l’eventuale rimborso della spesa da parte di assicurazioni e fondi sanitari”. Ad esempio, il fatto che nel 2022 la spesa per la salute delle famiglie calabresi e marchigiane rimanga al di sotto di mille euro è verosimilmente imputabile a motivazioni differenti. Analogamente, nelle prime posizioni per spesa delle famiglie si collocano le Regioni più ricche e/o con più elevata qualità dei servizi sanitari, documentando, aggiunge il Presidente “che la spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile per valutare la riduzione delle tutele pubbliche; di conseguenza, lasciare che il dibattito pubblico si concentri solo su questo dato restituisce un quadro distorto della realtà, sia perché alcune famiglie spendono per servizi e prestazioni inutili, sia perché altre non riescono a spendere per bisogni reali di salute a causa di difficoltà economiche”.

#### **Limitazione delle spese per la salute**

Secondo i **dati ISTAT sul cambiamento delle abitudini di spesa nel 2022 il 16,7% delle famiglie dichiarano di avere limitato la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi in quantità e/o qualità**. Se il Nord-Est (10,6%), il Nord-Ovest (12,8%) e il Centro (14,6%) si trovano sotto la media nazionale, tutto il Mezzogiorno si colloca al di sopra: di poco le Isole (18,5%), di oltre 10 punti percentuali il Sud (28,7%), in pratica più di 1 famiglia su 4 (figura 3).

Figura 3. Visite mediche e accertamenti periodici preventivi: famiglie che dichiarano “Un anno fa li compravo e ho limitato la spesa in quantità e/o qualità” (dati ISTAT, anno 2022)



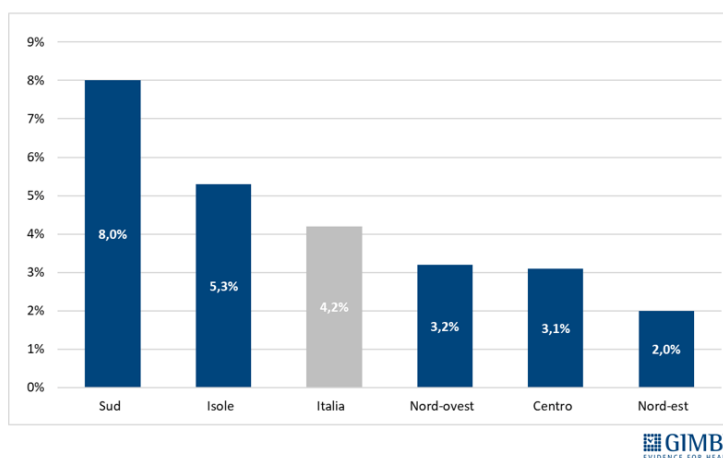
GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

“Un cambiamento nelle abitudini di spesa – commenta Cartabellotta – che ovviamente argina la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell’indagine campionaria ISTAT, sarebbero oltre 4,2 milioni le famiglie che nel 2022 hanno limitato le spesa per la salute”.

#### Indisponibilità economiche temporanee delle spese per la salute

Risultati sovrapponibili, seppur in percentuali ridotte, vengono restituiti dall’indagine ISTAT sulle condizioni di vita. Il **4,2% delle famiglie dichiara di non disporre di soldi in alcuni periodi dell’anno per far fronte a spese relative alle malattie**. Sono al di sotto della media nazionale il Nord-Est (2%), il Centro (3,1%) e il Nord-Ovest (3,2%), mentre il Mezzogiorno si colloca al di sopra della media nazionale: rispettivamente le Isole al 5,3% e il Sud all’8%, un dato quasi doppio rispetto alla media nazionale (figura 4).

Figura 4. Famiglie che dichiarano di non avere soldi in alcuni periodi dell’anno per spese relative alle malattie (dati ISTAT, anno 2022)



GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

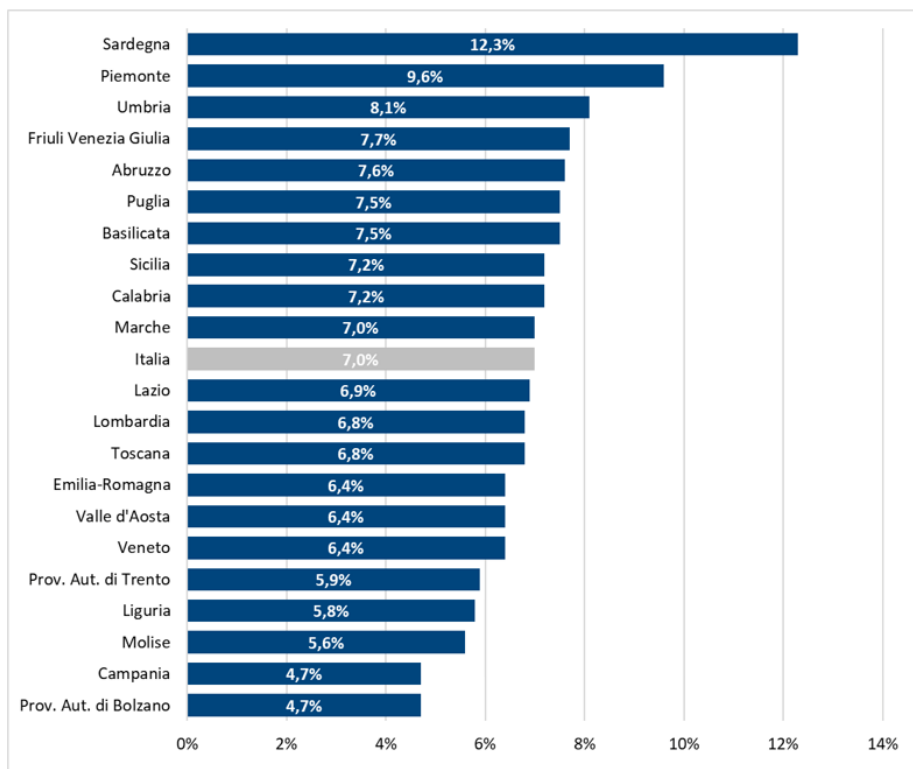
“Anche questo fenomeno – spiega il Presidente – contribuisce a contenere la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell’indagine campionaria ISTAT, oltre 1 milione di famiglie in alcuni periodi del 2022 non sono riuscite a fronteggiare le spese per la salute per indisponibilità economica”.

#### Rinunce a prestazioni sanitarie

I dati forniti dal **Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) 2022**, realizzato in collaborazione tra ISTAT e CNEL documentano che la percentuale di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie – dopo i dati drammatici del periodo pandemico (9,6% nel 2020 e 11,1% nel 2021) – nel 2022 si è attestata al 7%, percentuale comunque maggiore a quella pre-pandemica del 2019 (6,3%). Si tratta di oltre 4,13 milioni di persone che, secondo la definizione ISTAT, spiega Cartabellotta “dichiarano di aver rinunciato nell’ultimo anno a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), lunghi tempi di attesa”. In particolare, nel 2022 ha rinunciato alle cure per motivi economici il 3,2% della popolazione, ovvero quasi 1,9 milioni di persone. “In ogni caso dal 2018 – commenta Cartabellotta – fatta eccezione per il biennio 2020-2021, la percentuale di persone che hanno rinunciato alle cure rimane sostanzialmente stabile, anche se le motivazioni possono mutare negli anni”. La distribuzione per aree geografiche non documenta grandi differenze rispetto alla media nazionale, dimostrando che si tratta di un problema

diffuso: Nord-Ovest 7,5%, Nord-Est 6,4%, Centro 7%, Sud 6,2%, Isole 8,5%. Anche a livello regionale le differenze sono modeste, fatta eccezione per i dati estremi non sempre di facile interpretazione: da un lato Sardegna (12,3%) e Piemonte (9,6%), dall'altro la Provincia Autonoma di Bolzano e la Campania (4,7%). (figura 5).

Figura 5. Famiglie che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie (dati ISTAT, anno 2022)



GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

### Povert  assoluta

“L’impatto sulla salute individuale e collettiva dell’indebolimento della sanit  pubblica – afferma Cartabellotta – non pu  limitarsi a valutare gli indicatori relativi alla spesa delle famiglie, ma deve anche considerare il livello di povert  assoluta della popolazione”. Secondo le *statistiche ISTAT sulla povert , tra il 2021 e il 2022 l’incidenza della povert  assoluta per le famiglie in Italia* – ovvero il rapporto tra le famiglie con spesa sotto la soglia di povert  e il totale delle famiglie residenti –   salita dal 7,7% al 8,3%, ovvero quasi 2,1 milioni di famiglie. Il Nord-Est ha registrato l’incremento pi  significativo, passando dal 7,1% al 7,9%, seguito dal Sud con un aumento dal 10,5% all’11,2% e dalle Isole con un incremento dal 9,2% al 9,8%. Anche se il Nord-Ovest e il Centro hanno registrato un aumento pi  contenuto (0,4%), il fenomeno della povert  assoluta   diffuso su tutto il territorio nazionale (tabella 3).

Tabella 3. Famiglie: incidenza della povert  assoluta (dati ISTAT, anno 2022)

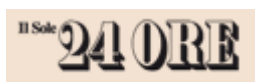
Area geografica	2021	2022	GAP
Nord-ovest	6,8%	7,2%	+0,4
Nord-est	7,1%	7,9%	+0,8
Centro	6,0%	6,4%	+0,4
Sud	10,5%	11,2%	+0,7
Isole	9,2%	9,8%	+0,6
<b>Italia</b>	<b>7,7%</b>	<b>8,3%</b>	<b>+0,6</b>

GIMBE  
EVIDENCE FOR HEALTH

E le *stime preliminari ISTAT per l’anno 2023* documentano un ulteriore incremento della povert  assoluta delle famiglie: dall’8,3% all’8,5%. “  evidente – commenta Cartabellotta – che l’aumento del numero di famiglie che vivono sotto la soglia della povert  assoluta avr  un impatto residuale sulla spesa out-of-pocket, ma aumenter  la rinuncia alle cure,

condizionando il peggioramento della salute e la riduzione dell'aspettativa di vita delle persone più povere del Paese" Dalle nostre analisi – conclude Cartabellotta – emergono tre considerazioni. Innanzitutto l'entità della spesa out-of-pocket, seppur in lieve e costante aumento, sottostima le mancate tutele pubbliche perché viene arginata da fenomeni conseguenti alle difficoltà economiche delle famiglie: la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e la rinuncia alle cure. In secondo luogo, **questi fenomeni sono molto più frequenti nelle Regioni del Mezzogiorno**, proprio quelle dove l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è inadeguata: di conseguenza, l'insufficiente offerta pubblica di servizi sanitari associata alla minore capacità di spesa delle famiglie del Sud condiziona negativamente lo stato di salute e l'aspettativa di vita alla nascita, un indicatore che vede tutte le Regioni del Mezzogiorno al di sotto della media nazionale. Infine, lo status di povertà assoluta che coinvolge oggi più di due milioni di famiglie richiede urgenti politiche di contrasto alla povertà, non solo per garantire un tenore di vita dignitoso a tutte le persone, ma anche perché le disuguaglianze sociali nell'accesso alle cure e l'impossibilità di far fronte ai bisogni di salute con risorse proprie rischiano di compromettere la salute e la vita dei più poveri, in particolare nel Mezzogiorno. Dove l'impatto sanitario, economico e sociale senza precedenti rischia di peggiorare ulteriormente con l'autonomia differenziata".

[https://www.sanitainformazione.it/salute/spesa-sanitaria-out-of-pocket-gimbe-nel-2022-ogni-famiglia-ha-speso-1-362-euro-64-in-piu-del-2021/?mkt\\_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGScIXYDv6UhwEDeveTs5cBnhW9kZs9cyHAAQO1BC79nv3G92T2OHwyMUKStBhUhumJFsKI5G8ZaNbwgm8XjifsMmX8QCKxqn0MumpowjvI](https://www.sanitainformazione.it/salute/spesa-sanitaria-out-of-pocket-gimbe-nel-2022-ogni-famiglia-ha-speso-1-362-euro-64-in-piu-del-2021/?mkt_tok=MDIwLVNDVC0wNjQAAAGScIXYDv6UhwEDeveTs5cBnhW9kZs9cyHAAQO1BC79nv3G92T2OHwyMUKStBhUhumJFsKI5G8ZaNbwgm8XjifsMmX8QCKxqn0MumpowjvI)



## **Istat/ Rapporto BES: venti di crisi nel Ssn ma la speranza di vita sale a 83,1 anni nel 2023**

Al 31 dicembre scorso la speranza di vita "è pari a 83,1 anni, in aumento rispetto al 2022 (82,3)", recuperando quasi del tutto il livello 2019 (83,2 anni):

Gli uomini con 81,1 anni di vita media attesa tornano allo stesso livello del 2019, per le donne (85,2 anni) mancano ancora 0,2 anni (85,4 nel 2019)".

Lo rileva il Rapporto Istat sul Benessere equo e sostenibile (Bes).

"La speranza di vita in buona salute nel 2023 è pari a 59,2 anni e si riduce rispetto ai 60,1 anni del 2022, riportando l'indicatore quasi al livello del 2019 (58,6 anni)", indica l'Istat.

Nel 2021, "il tasso di mortalità per tumori della popolazione adulta di 20-64 anni è pari a 7,8 per 10.000 residenti e si è ridotto rispetto al 2020 (8 per 10.000 residenti). Si osservano disuguaglianze socio-economiche anche per la mortalità per tumori della popolazione adulta, con uno svantaggio che aumenta al diminuire del livello di istruzione; sono più marcate nei maschi, dove gli individui meno istruiti hanno una mortalità 2,1 volte maggiore dei più istruiti, nelle femmine tale rapporto scende a 1,4".

Il Rapporto, tuttavia, indica anche che nel 2023 sono stati circa 4,5 milioni i cittadini che hanno dovuto rinunciare a visite mediche o accertamenti diagnostici per problemi economici, di lista di attesa o difficoltà di accesso, il 7,6% della popolazione: in aumento rispetto al 7% del 2022 e al 6,3% del 2019, probabilmente per recupero delle prestazioni sanitarie differite per il Covid-19 e difficoltà a riorganizzare efficacemente l'assistenza sanitaria.

Si assiste ad un raddoppio della quota di chi ha rinunciato per problemi di lista di attesa (da 2,8% nel 2019 a 4,5% nel 2023); stabile la rinuncia per motivi economici (da 4,3% nel 2019 a 4,2% nel 2023), ma comunque in aumento rispetto al 2022: +1,3 punti percentuali in un solo anno.

Carenza di personale, cittadini sfiduciati, emigrazione ospedaliera sono i segnali che indicano la crisi del sistema sanitario italiano.

Secondo il Rapporto, dopo l'esperienza della pandemia, il Ssn deve fronteggiare una situazione in cui molti medici di medicina generale sono prossimi a lasciare il mercato del lavoro (il 77% è over 54) con un organico già in forte diminuzione (da 7,5 per 10mila abitanti nel 2012 a 6,7 nel 2022).

In deciso aumento la quota dei "massimalisti", ossia i medici di medicina generale con più di 1.500 assistiti (dal 27,3% al 47,7%).



*Il sistema ha anche, e da tempo, una carenza di personale infermieristico, con una dotazione pari a 6,8 per mille abitanti nel 2022.*

*Nel 2023 inoltre si registra un peggioramento dell'indicatore sulla fiducia nel personale sanitario negli ultimi 3 anni: il 20,1% dei cittadini ha assegnato un voto da 0 a 5 ai medici e il 21,3% all'altro personale sanitario; le percentuali sono massime nel Mezzogiorno (rispettivamente 24,2% 26,6%). Intanto, è tornata ai livelli pre-Covid l'emigrazione ospedaliera extra-regione pari all'8,3% dei ricoveri in regime ordinario per acuti nel 2022.*

*Basilicata, Calabria, Campania e Puglia sono le regioni con maggiori flussi in uscita non compensati da flussi in entrata; in Sicilia e Sardegna, sebbene l'indice di emigrazione ospedaliera sia contenuto, è molto superiore all'indice di immigrazione ospedaliera.*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-17/istat-rapporto-bes-venti-crisi-ssn-ma-speranza-vita-sale-831-anni-2023-164527.php?uid=AFU1dUB&cmpid=nlqf>

## **quotidianosanita.it**

### **Aumentano nel 2023 i cittadini che rinunciano alle prestazioni sanitarie.**

#### **Colpa di liste d'attesa e problemi economici**

*I dati contenuti nel [rapporto Bes](#) dell'Istat. Con 372 mila persone in più si raggiunge un contingente di circa 4,5 mln di cittadini che hanno dovuto rinunciare a visite o accertamenti per problemi economici, di lista di attesa o difficoltà di accesso. Tale incremento può attribuirsi a conseguenze dirette e indirette dello shock pandemico, come il recupero delle prestazioni in attesa differite per il COVID-19 o la difficoltà di riorganizzare efficacemente l'assistenza sanitaria*

#### **17 APR -**

*Il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie contribuisce a riconoscere il livello di equità nell'accesso ai servizi sanitari.*

*L'indicatore esamina il mancato accesso a visite mediche – escluse quelle odontoiatriche – o accertamenti diagnostici ritenuti necessari in un anno, dovuto a problemi economici o legati a caratteristiche dell'offerta, come lunghe liste di attesa, o difficoltà nel raggiungere i luoghi di erogazione del servizio.*

*La quota delle persone che hanno dovuto fare a meno delle cure ammonta al 7,6% sull'intera popolazione nel 2023, in aumento rispetto al 7,0% dell'anno precedente.*

*È quanto emerge dal Rapporto Bes 2023 pubblicato dall'Istat.*

*Con 372 mila persone in più si raggiunge un contingente di circa 4,5 mln di cittadini che hanno dovuto rinunciare a visite o accertamenti per problemi economici, di lista di attesa o difficoltà di accesso.*

*Tale incremento può attribuirsi a conseguenze dirette e indirette dello shock pandemico, come il recupero delle prestazioni in attesa differite per il COVID-19 o la difficoltà di riorganizzare efficacemente l'assistenza sanitaria, tenuto conto dei vincoli a coprire l'aumento della domanda di prestazioni con un adeguato numero di risorse professionali e, non ultima, la spinta inflazionistica della congiuntura economica, che ha peggiorato la facoltà di accesso ai servizi sanitari.*

*La quota della rinuncia a prestazioni sanitarie cresce all'aumentare dell'età.*

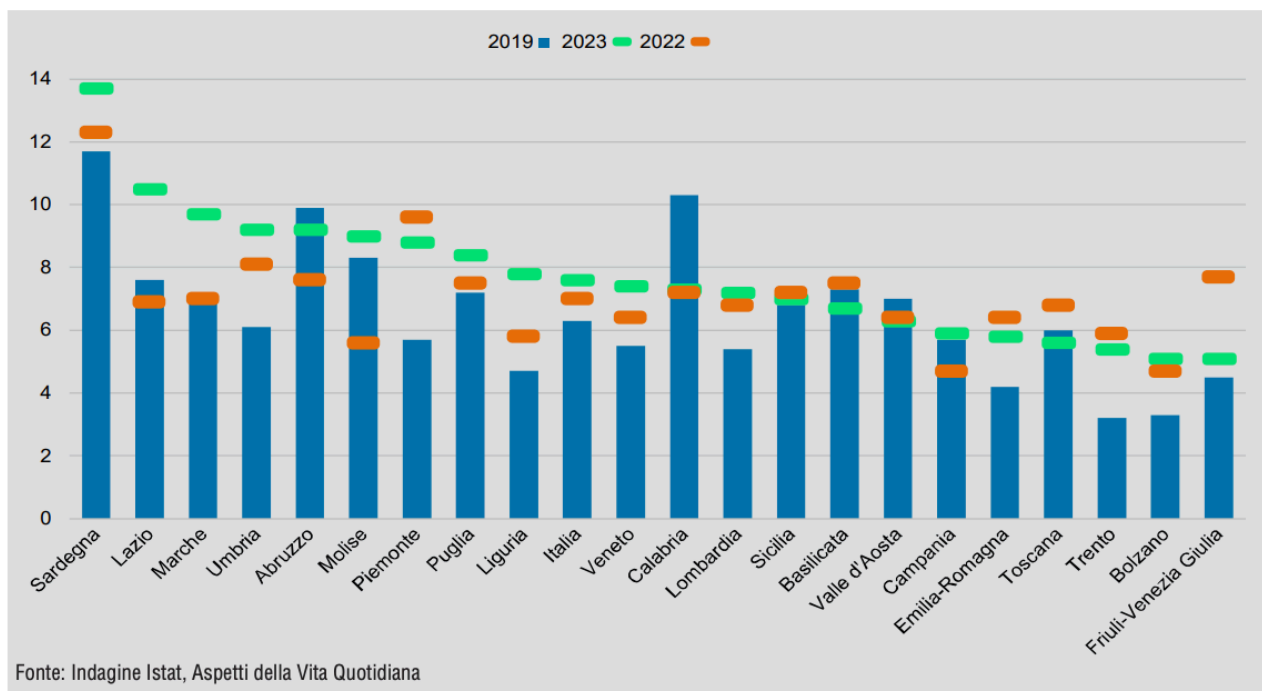
*Nel 2023, partendo dall'1,3% rilevato tra i bambini fino ai 13 anni, la quota mostra un picco nell'età adulta tra i 55-59enni, dove raggiunge l'11,1%, per restare elevata tra gli anziani di 75 anni e più (9,8%).*

*Tuttavia, l'incremento tra il 2022 e il 2023 riguarda solo la popolazione adulta (18-64 anni), che passa dal 7,3% all'8,4%.*

*Si confermano le ben note differenze di genere: la quota di rinuncia è pari al 9,0% tra le donne e 6,2% tra gli uomini, con un divario che si amplia ulteriormente nell'ultimo anno per l'aumento registrato tra le donne adulte.*

*Sul territorio, l'incremento del 2023 rispetto all'anno precedente si concentra soprattutto al Centro (dal 7,0% all'8,8%) e al Sud (dal 6,2% al 7,3%), cosicché riemergono i differenziali geografici delle macroaree, che si erano attutiti tra il 2020 e il 2021 e completamente annullati nel 2022: nel Centro si registra la più alta quota di rinuncia (8,8%), segue il Mezzogiorno con il 7,7%, mentre il Nord con 7,1% mantiene lo stesso livello del 2022. Sono poche le regioni che nel 2023 tornano a livelli più bassi del 2019, sebbene qualcuna sia anche riuscita a ridurli ulteriormente.*

**Figura 6. Persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per regione. Anni 2019, 2022 e 2023 (dati provvisori). Valori percentuali**



Nel Mezzogiorno, spicca la Calabria che ha ridotto la quota di persone che rinunciano a prestazioni rispetto al 2019 (-3 p.p.), con livelli di consumo di servizi sanitari già molto più contenuti rispetto al resto delle regioni (nel 2019 era seconda solo alla Sardegna).

La Sardegna, con i più alti tassi di rinuncia già nel 2019 (11,7%), continua ad aumentarli (13,7% nel 2023), pur avendo parzialmente recuperato il livello più elevato mai raggiunto da nessuna regione nel 2021, ossia il 18,3%.

Tra le regioni del Centro, a parte la Toscana che torna al valore del 2019, il Lazio raggiunge il 10,5% (era 6,9% nel 2022 e 7,6% nel 2019) e le Marche il 9,7% (era circa il 7% sia nel 2022 sia nel 2019). Nel Nord il tasso di rinuncia maggiore si registra in Piemonte con l'8,8%, seguito dalla Liguria, con il 7,8% (entrambe le regioni aumentano di 3 p.p. rispetto al 2019).

Il 4,5% della popolazione complessiva nel 2023 dichiara di rinunciare a causa delle lunghe liste di attesa e il 4,2% lo fa per motivi economici.

Rispetto al 2019, la quota di rinuncia causata dai tempi di attesa raddoppia quasi (era 2,8%), mentre si riallinea la rinuncia a prestazioni per motivi economici (era infatti 4,3%).

Rispetto al 2022, si consolidano quindi i noti problemi delle liste di attesa (+0,7 p.p.), ma cresce soprattutto la quota di chi rinuncia per motivi economici, che guadagna 1,3 punti percentuali in un solo anno.

Diventa residuale la quota di chi rinuncia per problemi dovuti al COVID-19 (0,1%, era 5,9% nel 2021).

Nel 2023, le disuguaglianze sociali nella rinuncia a prestazioni mostrano differenziali minori rispetto al periodo pre-COVID e si annullano del tutto tra gli adulti di 45-64 anni: 10,4% tra coloro che hanno solo il titolo di studio della scuola dell'obbligo e 10,6% tra chi ha conseguito almeno una laurea.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121617](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121617)

**quotidianosanita.it**

**Torna a crescere nel 2023 la speranza di vita. Peggiora invece il benessere psicologico dei giovani. Italiani meno sedentari ma cresce il numero degli obesi. Il nuovo Rapporto Bes**

Pubblicato dall'Istat il nuovo rapporto sul Benessere equo e sostenibile. Nel 2023 la speranza di vita è pari a 83,1 anni e risulta in aumento rispetto al 2022 (82,3), recuperando quasi del tutto il livello del 2019 (83,2

anni). Ma la speranza di vita in buona salute nel 2023 è pari a 59,2 anni e si riduce rispetto ai 60,1 anni del 2022. A partire dal 2020 si è osservato un preoccupante peggioramento del benessere psicologico soprattutto tra i più giovani, in particolare le ragazze

#### **17 APR -**

Nel 2023 la speranza di vita è pari a 83,1 anni e risulta in aumento rispetto al 2022 (82,3), recuperando quasi del tutto il livello del 2019 (83,2 anni). Gli uomini con 81,1 anni di vita media attesa tornano allo stesso livello del 2019, mentre per le donne (85,2 anni) mancano ancora 0,2 anni (85,4 nel 2019). Ma la speranza di vita in buona salute nel 2023 è pari a 59,2 anni e si riduce rispetto ai 60,1 anni del 2022. Tale riduzione ha riportato l'indicatore quasi al livello del 2019 (58,6 anni), ridimensionando l'incremento anomalo verificatosi tra il 2020 e il 2022 dovuto alla componente soggettiva, per effetto della più diffusa percezione di condizioni di buona salute in tempi di pandemia. Sono alcuni dei numeri che emergono dal Rapporto Bes 2023 curato dall'Istat e pubblicato oggi.

#### **La sintesi**

È pari a 10,6 anni la vita media attesa senza limitazioni a 65 anni, in aumento rispetto ai 10 anni registrati sia nel 2022 sia nel 2019.

L'indicatore di salute mentale assume nel 2023 un punteggio pari a 68,7, valore analogo a quello del 2022 (69,0). La misura si mantiene stabile anche rispetto al 2019 (68,4), ma, a fronte di questa relativa stabilità, a partire dal 2020 si è osservato un preoccupante peggioramento del benessere psicologico soprattutto tra i più giovani, in particolare le ragazze.

Nel 2022 (ultimo anno disponibile per questo indicatore) il 49,0% degli anziani di 75 anni e più si trova in condizione di multicronicità e con gravi limitazioni, in peggioramento rispetto a quanto osservato nel 2021 (47,8%).

Nel 2021, la mortalità evitabile della popolazione di 0-74 anni è risultata pari a 19,2 ogni 10mila residenti, in riduzione rispetto al 2020 (19,7 per 10mila residenti). Va evidenziato che nel 2020 e nel 2021 l'indicatore ha comunque subito un importante incremento, in controtendenza con la riduzione di lungo periodo osservata per tutto il periodo 2005-2019, sul quale ha certamente pesato la mortalità attribuibile al COVID-19.

La mortalità evitabile risulta molto variabile rispetto al titolo di studio posseduto: è pari a 39,6 decessi per 10mila residenti nella popolazione con titolo di studio basso (licenza elementare o meno), mentre scende a 20,3 nella popolazione con titolo di studio più alto (laurea o titolo superiore).

Nel 2021 il tasso di mortalità per tumori della popolazione adulta di 20-64 anni è pari a 7,8 per 10mila residenti e si è ridotto rispetto a quanto osservato nel 2020 (8,0 per 10mila residenti). Tale andamento decrescente è in linea con la tendenza alla diminuzione in atto da diversi anni. Si osservano disuguaglianze socioeconomiche anche per la mortalità per tumori della popolazione adulta, con uno svantaggio che aumenta al diminuire del livello di istruzione. Tali disuguaglianze sono più marcate nei maschi, dove gli individui meno istruiti hanno una mortalità 2,1 volte maggiore dei più istruiti. Nelle femmine tale rapporto scende a 1,4.

Nel 2021 la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso delle persone di 65 anni e più è risultata pari a 33,3 per 10mila abitanti, in diminuzione sia rispetto al 2020 (35,6 per 10mila abitanti) sia rispetto al 2019 (33,9 per 10mila abitanti).

La mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso delle persone dai 65 anni e più conferma il gradiente che vede la mortalità aumentare al diminuire del livello di istruzione. Chi ha un titolo di studio basso ha una mortalità 1,2 volte superiore di chi ha conseguito un titolo universitario, indipendentemente dal sesso.

La mortalità per incidentalità stradale dei giovani di 15-34 anni si è attestata nel 2022 a 0,7 per 10mila abitanti, in crescita rispetto al 2021 (0,6 per 10mila abitanti), riporta l'indicatore esattamente al livello del 2019, dopo la riduzione osservata nel 2020-2021, imputabile però alla minore mobilità sul territorio dovuta alle restrizioni degli spostamenti disposta per contrastare la diffusione della pandemia da COVID-19.

Nel 2021 la mortalità infantile è risultata pari a 2,6 per 1.000 nati vivi, in peggioramento rispetto al 2019-2020 (quando il valore era pari a 2,5 per 1.000 nati vivi).

Sul fronte degli stili di vita, nel 2023 è pari al 34,2% la quota di persone di 14 anni e più sedentarie, in deciso miglioramento sia rispetto al 2022 (36,3%), sia al 2019 (35,5%). Stabile sia rispetto all'anno precedente sia al 2019 la quota di persone in eccesso di peso tra la popolazione di 18 anni e più (44,6%), sebbene l'indicatore abbia subito un peggioramento relativamente alla componente dell'obesità, che si conferma in aumento nel medio e lungo periodo.

Nel 2023 la percentuale di popolazione di 3 anni e più che ha consumato giornalmente almeno quattro porzioni di frutta o verdura è pari al 16,5%. Tale quota è lievemente inferiore rispetto al 2022, ma con una flessione più marcata se confrontata con i valori osservati fino al 2019.

Nel 2023 è pari al 19,9% la quota di fumatori tra le persone di 14 anni e più, valore in lieve diminuzione rispetto al 2022, ma con crescita costante a partire dal 2020 (nel 2019, la quota di fumatori era il 18,7%).

Nel 2023 è pari al 15,6% la quota di popolazione di 14 anni e più che ha comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche, stabile rispetto all'anno precedente (15,5%) e su livelli simili al 2019 (15,8%).

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121608](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121608)

# bes | 2023



## bes | 2023

### IL BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE IN ITALIA

Contenuti a cura di: **Alessandra Tinto**.

Responsabili dei domini: **Emanuela Bologna** (Salute); **Barbara Baldazzi** (Istruzione e formazione); **Silvia Montecolle**, **Alessia Sabbatini** e **Maria Elena Pontecorvo** (Lavoro e conciliazione dei tempi di vita); **Clodia Delle Fratte** e **Franческа Larioia** (Benessere economico); **Miria Savio** (Relazioni sociali e Sicurezza); **Stefania Taralli** (Politica e istituzioni e Innovazione, ricerca e creatività); **Paola Conigliaro** (Benessere soggettivo); **Luigi Costanzo** e **Alessandra Ferrara** (Paesaggio e patrimonio culturale); **Domenico Adamo** e **Stefano Tensigni** (Ambiente); **Manuela Micholini** e **Alessandra Burgo** (Qualità dei servizi).

Responsabili delle analisi trasversali: **Lorenzo Di Biagio**, **Stefania Taralli** e **Alessandra Tinto**.

Responsabile del sistema informativo: **Vincenzo Spinelli**.

Attività editoriali: **Nadia Mignoli** (coordinamento), **Claudio Bava**, **Alfredina Della Branca**, **Marco Farinacci**, **Alessandro Franzò** e **Manuela Mamone**.

Responsabile per la grafica: **Sofia Barletta**.

Responsabile per la visualizzazione dati e grafica interattiva: **Giovanna Coiro** e **Michele Ferrara**.

ISBN 978-88-458-2137-0

© 2024

Istituto Nazionale di Statistica  
Via Cesare Balbo, 16 - Roma



Salvo diversa indicazione, tutti i contenuti pubblicati sono soggetti alla licenza Creative Commons - Attribuzione - versione 3.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/it/>

È dunque possibile riprodurre, distribuire, trasmettere e adattare liberamente dati e analisi dell'Istituto nazionale di statistica, anche a scopi commerciali, a condizione che venga citata la fonte.

Immagini, loghi (compreso il logo dell'Istat), marchi registrati e altri contenuti di proprietà di terzi appartengono ai rispettivi proprietari e non possono essere riprodotti senza il loro consenso.



	Pag.
Presentazione	5
Avvertenze	7
Il benessere equo e sostenibile in Italia, una visione di insieme	9
1. Salute	37
2. Istruzione e formazione	65
3. Lavoro e conciliazione dei tempi di vita	87
4. Benessere economico	105
5. Relazioni sociali	123
6. Politica e istituzioni	145
7. Sicurezza	165
8. Benessere soggettivo	185
9. Paesaggio e patrimonio culturale	201
10. Ambiente	223
11. Innovazione, ricerca e creatività	253
12. Qualità dei servizi	279

<https://www.istat.it/it/archivio/296044>

**quotidianosanita.it**

## **Riparto Fsn. Upb: “Con nuovi criteri maggiore equilibrio ma servono più informazioni per assegnazione risorse più aderente a bisogni sanitari”**

*Focus dell’Ufficio parlamentare di Bilancio sui nuovi criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale che per la prima volta ha visto l’ingresso dei variabili socio-economiche che ha visto nel 2023 impatto redistributivo tra le Regioni pari a 219 milioni di euro, con effetti di riequilibrio fra territorio. Ma si può fare di più, a partire da una maggiore trasparenza delle quote premiali e da migliori basi informative per ottenere un’assegnazione delle risorse più aderente ai bisogni sanitari.*

**27 MAR -**

*L’Ufficio parlamentare di bilancio pubblica oggi un Focus sul nuovo sistema di riparto del fabbisogno sanitario nazionale (FSN), che analizza le implicazioni del nuovo meccanismo di distribuzione delle risorse e gli effetti della riforma. Con il nuovo sistema, definito con l’Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 e il decreto del Ministro della Salute del 30 dicembre 2022 e introdotto dal 2023, vengono effettivamente affiancati al criterio capitaro, che tiene conto dell’influenza dell’età sui consumi sanitari, il tasso di mortalità sotto i 75 anni e alcuni indicatori delle condizioni socio-economiche, quali la povertà relativa, la bassa istruzione e la disoccupazione. La stessa mortalità prematura, ossia sotto una soglia di età, riflette a sua volta la presenza di forme di emarginazione sociale. Oltre a ricostruire il dettaglio dei criteri di riparto adottati fino al 2022, il Focus UPB evidenzia gli effetti del nuovo meccanismo in vigore.*

**Un primo elemento che emerge dall’analisi è che i nuovi criteri hanno generato nel 2023 un impatto redistributivo tra le Regioni pari complessivamente a 219 milioni di euro.**

*L’applicazione dei nuovi parametri produce un incremento delle risorse per le Regioni in cui sono più diffuse le condizioni di emarginazione socioeconomica, dunque principalmente nel Mezzogiorno. Nel 2023 il nuovo meccanismo ha infatti attribuito 84 milioni in più alla Campania, 56 milioni in più alla Sicilia, 45 milioni in più alla Puglia e 21 in più alla Calabria. Allo stesso tempo ha ridotto le risorse della Lombardia (-71 milioni), del Veneto (-33 milioni) e dell’Emilia-Romagna (-30 milioni). La riforma, riconoscendo che lo stato di salute e il bisogno sanitario non sono determinati esclusivamente dall’età ma anche dalle condizioni socio-economiche, come evidenziato da numerosi studi, riequilibra la distribuzione dei*



finanziamenti per assicurare una maggiore aderenza tra i bisogni sanitari dei territori e le risorse destinate al loro soddisfacimento.

Insieme alla quota indistinta del FSN, il riparto include alcune porzioni di finanziamento che seguono criteri di distribuzione specifici.

**Fra questi vi è la cosiddetta quota premiale, aumentata negli anni e pari allo 0,5 per cento del finanziamento complessivo nel 2023.** Il Focus sottolinea che la quota premiale è ripartita in base ad accordi svincolati da criteri prefissati e frutto di negoziazioni tra le Regioni, che sembrano generalmente tenere conto e compensare eventuali effetti sfavorevoli derivanti dalla distribuzione del finanziamento indistinto o da altre cause. Tali negoziazioni, nota l'UPB, da una parte contribuiscono a favorire il raggiungimento di accordi complessivi sull'allocazione delle risorse, ma allo stesso tempo riducono la trasparenza del meccanismo complessivo di distribuzione. Basti pensare che, mentre i nuovi criteri sono stati applicati a un ammontare di risorse pari a 1,8 miliardi nel 2023, la quota premiale nello stesso anno è stata di 644 milioni (pari a un terzo) e che, essendo attribuita con criteri discrezionali, tale quota può assicurare un vantaggio rilevante ad alcune Regioni. Ad esempio, la Lombardia, la Liguria e il Lazio hanno ottenuto rispettivamente 155, 108 e 53 milioni, tali da più che compensare la perdita subita per i nuovi criteri di riparto, mentre Campania e Puglia, con 131 e 16 milioni rispettivamente, hanno consolidato i propri guadagni.

L'UPB ha inoltre esaminato più a fondo le implicazioni dell'algoritmo con cui si applicano i nuovi criteri, facendo emergere, ad esempio, che, incrementando dall'attuale 1,5 per cento al 2,5 la quota del finanziamento indistinto distribuita in base a questi ultimi, sarebbero redistribuiti tra le Regioni 146 milioni in più, che diverrebbero 225 milioni se si considerasse per il riparto la sola deprivazione e 71 milioni se si prendesse in conto la sola mortalità. Inoltre l'analisi rileva come, ai fini del riparto in base alla mortalità prematura, apparirebbe più coerente tenere conto delle differenze nella struttura della popolazione per fasce di età delle diverse Regioni. Ne discenderebbe un vantaggio soprattutto per la Campania (circa 8 milioni) e per la Lombardia (3,5 milioni). Di contro, l'attuale metodologia ha avvantaggiato principalmente Piemonte, Liguria, Sardegna e Toscana. Resta poi ancora inattuata l'inclusione nel riparto degli altri criteri previsti dalla norma (L. 662/1996 e dal D.Lgs. 68/2011), quali gli indicatori epidemiologici territoriali o i percorsi di avanzamento di standard di qualità, in attesa che siano disponibili dati adeguati e che siano risolti i problemi connessi con le norme sulla privacy.

L'UPB nota infine che potrebbe essere utile una valutazione dei pesi congiunti delle variabili "età" e "deprivazione" sulla base dei consumi sanitari rilevati a consuntivo per soppesare il ruolo rispettivo di questi due determinanti del bisogno sanitario e, a tal fine, anche in questo ambito e sempre nella piena tutela dei dati personali e sensibili, andrebbero rafforzate le basi informative disponibili.

**27 marzo 2024**

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121230](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121230)

## Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute

### 1. Introduzione

Con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 è stato raggiunto l'accordo su un nuovo meccanismo di riparto dei finanziamenti per la sanità tra le Regioni, recepito con il decreto del Ministro della Salute del 30 dicembre 2022<sup>1</sup>. In particolare, dal 2023, al criterio capitaro, parzialmente pesato per tenere conto dell'influenza dell'età sui consumi sanitari, sono stati affiancati altri parametri, ovvero la mortalità e alcuni indicatori delle condizioni socio-economiche.

In questo Focus si esaminano gli effetti di questa riforma, verificando innanzitutto come si siano modificate le "quote di accesso" di ogni Regione, ovvero le percentuali del finanziamento spettanti in base alle disposizioni del D.Lgs. 68/2011 di

determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario<sup>2</sup>. Quest'ultimo ha applicato la L. 42/2009 in materia di federalismo fiscale, attuativa dell'articolo 119 della Costituzione, che richiede che le risorse degli Enti territoriali siano tali da finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite. L'obiettivo è dunque individuare criteri di riparto che rispecchino i fabbisogni.

Il problema della specificazione di criteri non arbitrari – finalizzati a garantire equità nell'accesso ed efficienza nella spesa – per distribuire il finanziamento assegnato alla sanità si pone peraltro in tutti i sistemi sanitari decentrati. In genere è privilegiato il meccanismo *pro capite*, integrato dalla presa in conto di altri aspetti.

La ponderazione della quota capitaria sulla base dell'età è giustificata dal fatto

<sup>1</sup> Per la precisione, ci si riferisce al sistema allocativo da applicare, nel 2023, al 54 per cento circa del finanziamento corrente. Questo infatti comprende anche altre voci, distribuite in base a meccanismi diversi: le risorse finalizzate, le risorse vincolate a enti diversi dalle Regioni o alle stesse Regioni per il

perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale o di altre specifiche finalità, il Fondo farmaci innovativi e la cosiddetta quota premiale.

<sup>2</sup> Il D.Lgs. 68/2011 ha anche dettato disposizioni sull'autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province.

*Il Focus è stato curato da Roberto Fantozzi e Stefania Gabriele*

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1711561450.pdf>

# EUROPEAN STATE OF THE CLIMATE

SUMMARY 2023



Copernicus Climate Change Service  
European State of the Climate | 2023

PROGRAMME OF THE EUROPEAN UNION

Copernicus

powered by ECMWF

WORLD METEOROLOGICAL ORGANIZATION



EUROPEAN STATE OF THE CLIMATE – SUMMARY 2023 2

## Introduction

# European State of the Climate 2023

The Copernicus Climate Change Service (C3S) provides climate monitoring for the globe, Europe and the Arctic; the World Meteorological Organization (WMO) is the UN authoritative organisation that collates, monitors and predicts weather, climate and water resources, and provides related services at national, regional and global scales through its 193 Members, the National Meteorological and Hydrological Services. This year, C3S and the WMO have released a joint report on the European State of the Climate (ESOTC) in 2023. This provides descriptions and analysis of climate conditions and variations from across the Earth system, key events and their impacts, and a discussion of climate policy and action with a focus on human health. The ESOTC also includes updates on the long-term evolution of key Climate Indicators.

Since the 1980s, Europe has been warming twice as fast as the global average, becoming the fastest-warming continent on Earth. This is due to several factors, including the proportion of European land in the Arctic, which is the fastest-warming region on Earth, and to changes in atmospheric circulation that favour more frequent summer heatwaves.

Glaciers are melting and there are changes in the pattern of precipitation. An increase in extreme rainfall is leading to catastrophic events, such as the widespread flooding seen in Italy, Greece, Slovenia, Norway and Sweden in 2023. Meanwhile, southern Europe is seeing widespread droughts.

The frequency and severity of extreme events are increasing.



*The climate crisis is the biggest challenge of our generation. The cost of climate action may seem high, but the cost of inaction is much higher. As this report shows, we need to leverage science to provide solutions for the good of society.*

Celeste Saulo  
Secretary-General, WMO



*In 2023, Europe witnessed the largest wildfire ever recorded, one of the wettest years, severe marine heatwaves and widespread devastating flooding. Temperatures continue to increase, making our data ever more vital in preparing for the impacts of climate change.*



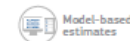
Carlo Buontempo  
Director, C3S

## Explore the complete ESOTC

The complete report is available online at: [climate.copernicus.eu/esotc/2023](https://climate.copernicus.eu/esotc/2023)

Throughout the report you will find symbols that indicate the types of data and the reference period used for each section. More information on these are in [About the report](#).

● Atmosphere ● Land ● Ice ● Ocean ● Energy/Impacts



More information on the risks that Europe is facing can be found in the European Environment Agency's [Climate Risk Assessment](#).

# Europe in 2023

This section maps key events that occurred during 2023 and discusses the evolution of climate variables across the Earth system. Beginning with a focus on variables for which the data cover the larger WMO Regional Association VI (Europe) domain, the discussion then extends to the full range of variables across the C3S Europe domain.

[Find out more](#)

The three warmest years on record for Europe have all occurred since 2020, and the ten warmest since 2007.

It was a year of contrasts across Europe, with extreme heatwaves and large wildfires, alongside flooding and drought.

Credit: European Union, Copernicus Sentinel-2 Imagery

## Key events in 2023

- Heatwave
- Wildfire
- Drought
- Storm
- Coldwave
- Flood
- Marine heatwave
- Windstorm

[Interactive map](#)

### Records

- Highest number of days with 'extreme heat stress'
- Largest area of Europe affected by at least 'strong heat stress'
- Largest wildfire
- Highest December river flows
- Largest proportion of renewable energy generation
- Warmest marine heatwave in the northeastern Atlantic

### Impacts\*

- Losses estimated at €13.4 billion
- Flooding affected around 1.6 million people
- Storms affected around 550,000 people, and wildfires 36,000
- At least 63 lives lost due to storms, 44 to floods and 44 to wildfires
- 81% of economic losses attributed to flooding

\*According to preliminary estimates for 2023 from the International Disaster Database. Estimates of the impacts of heatwaves in 2023 are not yet available.





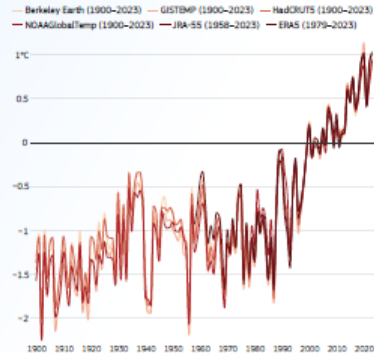
ESOTC 2023 is jointly produced by C3S and the WMO. C3S supports the adaptation and mitigation policies of the European Union by providing consistent and authoritative information about climate change, while the WMO Regional Office for Europe serves its 50 Member States, covering Europe, Greenland, the South Caucasus and part of the Middle East. They therefore cover overlapping geographical domains, indicated on the maps above. The size and climatic zones of each domain differs, so variations in the statistics are expected. The ESOTC makes use of a wide range of datasets, for which geographical coverage varies. Selected key variables are discussed for both domains where it is useful to highlight differing statistics; not all variables are presented for the WMO domain. The domain used for each section is indicated by the C3S and WMO logos.



### Temperature

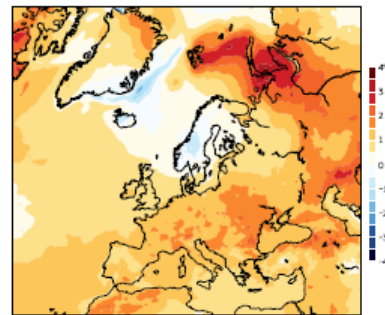
2023 was the joint warmest year on record, with 2020, for the WMO RA VI (Europe) domain

At 1.0°C above average, and 2.6°C above the pre-industrial level, Europe (WMO RA VI) saw its joint-warmest year on record in 2023. Almost the entire region had above-average temperatures for the year as a whole, except for Scandinavia, Iceland and southeastern Greenland. The most-above-average temperatures were in the European Arctic. Autumn was the second warmest on record for the region, September was exceptionally warm across much of continental Europe, while November saw temperatures up to 6°C above average in the eastern parts of the region, and in the European Arctic.



Anomalies in annual surface air temperature (°C) for European land (WMO RA VI Europe domain)

Data source: HadCRUTs, NOAA GlobalTemp, GISTEMP, Berkeley Earth, JRA-55, ERA5 - Credit: WMO



Average surface air temperature anomalies (°C) in 2023

Data source: ERA5 - Credit: CSSEDMWF



### Atmospheric circulation

A persistent circulation pattern brought storms and flooding

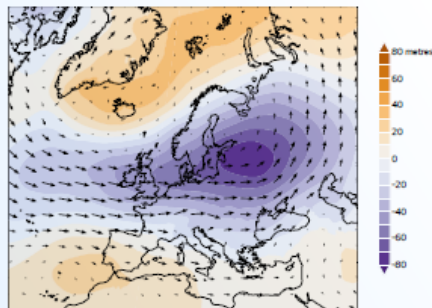
The large-scale movement of air, and associated changes in air pressure, redistributes thermal energy and moisture. It drives weather patterns, which shape many climate variables, and can itself be influenced by climate change.

From February to May 2023, higher-than-average air pressure anomalies over the Iberian Peninsula led to a prolonged drought.

In June, there was below-average air pressure over Greenland and the Mediterranean and above-average air pressure across northern Europe, with the opposite pattern in July.

From October to December, a persistent west-to-east circulation across the North Atlantic Ocean and Europe brought storm activity, with higher-than-average precipitation and related flooding.

During the same period, there was lower-than-average air pressure over Scandinavia, associated with cooler-than-average surface air temperatures.



Anomalies in 850 hPa geopotential height (m) and wind vectors at 850hPa, in October to December 2023

Data source: ERA5 - Credit: CSSEDMWF



### Precipitation

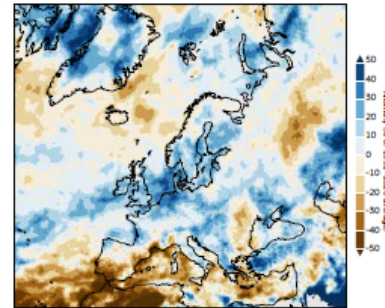
Precipitation was 7% above average for the year as a whole

Precipitation is a key component of the water cycle and essential for life. It is important for sectors such as food production and transport, and can be a precursor to floods or droughts.

During 2023, Europe as a whole was around 7% wetter than average. Depending on the dataset, it was the wettest or third wettest year on record.

It was drier-than-average in countries to the west of the Black Sea, and across the southern Iberian Peninsula, where dry conditions occurred from February to April.

A region between western Europe and Ukraine was wetter than average from October to December, whereas most of Fennoscandia was drier than average in November and December.



Annual precipitation anomalies (%) in 2023

Data source: ERA5 - Credit: CSSEDMWF



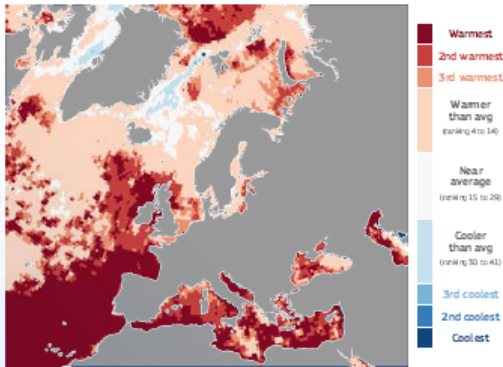
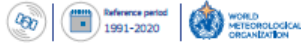


### Sea surface temperature

The average sea surface temperature for the European ocean was the warmest on record

Sea surface temperatures (SSTs) can be used to understand the role of the ocean in shaping the weather and climate. Marine heatwaves can have significant impacts on ocean ecosystems and biodiversity.

For 2023, the average SST for the European ocean was the warmest on record, at 0.55°C above average. Parts of the Mediterranean Sea and the Atlantic Ocean also saw their warmest annual average SST on record. The northeastern Atlantic around Europe saw well-above-average SSTs from May to October, with exceptional conditions in June, when temperatures reached 1.76°C above average. This is the largest monthly anomaly on record. Marine heatwaves occurred throughout summer (see P9).



Ranking of the annual average sea surface temperatures in 2023  
Data source: ESA SST CI Analysis v5.0 - Credit: ESA/CSSE/UMCAS and CSSE/OMW

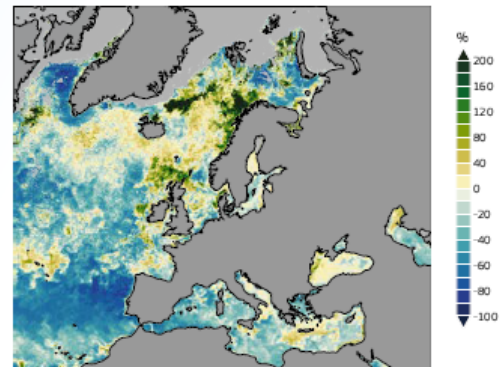


### Ocean colour

Ocean colour can be used to monitor ocean health and water quality

Chlorophyll a (Chl a) is a photosynthetic pigment present in phytoplankton. These microscopic plant-like marine organisms at the base of the food chain are a carbon sink and an important indicator of ocean health. Levels of Chl a can be investigated through measuring ocean colour.

During April, Chl a was generally below average, by around 60–80%, in an area west of the Iberian Peninsula. Meanwhile, the Atlantic Ocean north of the United Kingdom, and the Norwegian Sea, saw anomalies of up to 200–500% above average. In May, higher than average Chl a concentrations were seen in central parts of the Mediterranean Sea, expanding to cover much of the basin in June, with anomalies generally 50–100% above average.



Anomalies in chlorophyll a concentration (%) in April 2023  
Data source: CSSE Ocean Colour v6.0 - Credit: CSSE/OMW/Broadmann Consult



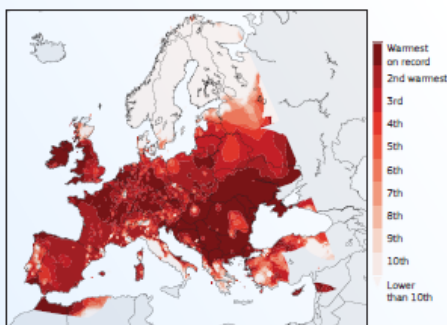
### Temperature

It was the second-warmest year on record for Europe

The three warmest years on record for Europe have all occurred since 2020, and the ten warmest since 2007. At 1.02–1.12°C above average, and 2.48–2.58°C above the pre-industrial level, 2023 was the second-warmest year on record for Europe. It was 0.13–0.17°C cooler than the previous warmest year on record, in 2020.

For most of Europe, 2023 was amongst the top 10 warmest years on record. Much of southeastern Europe, and parts of western and central Europe, saw their warmest year on record.

Temperatures in Europe were above average for 11 months of the year, and September was the warmest on record.



Ranking of annual average surface air temperatures in 2023  
Data source: E-OBS - Credit: CSSE/OMW/KNMI

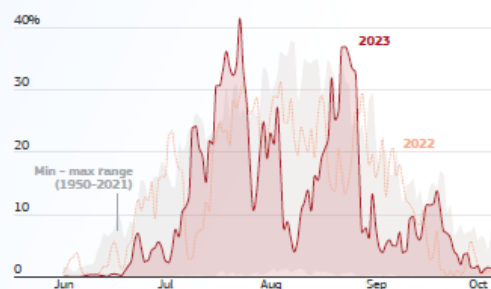


### Thermal stress

There were a record number of days with 'extreme heat stress'

Health is affected by extreme temperatures. This can be estimated through 'thermal comfort' or 'thermal stress' indices that represent the effect of the environment on the human body. The Universal Thermal Climate Index takes into account temperature, humidity, wind speed, sunshine and heat emitted by the surroundings, and how the human body responds to different thermal environments. It has ten different categories of heat and cold stress, with units of degrees Celsius representing a 'feels-like' temperature.

Across Europe, there is an increasing number of days during which heat stress is experienced, and a decreasing number of days with cold stress. 2023 reached a record number of days with 'extreme heat stress', which is equivalent to a 'feels like' temperature of more than 46°C. Summer also saw the largest area of Europe affected by at least 'strong heat stress' of any day on record, with 13% of the continent, and 41% of southern Europe, experiencing 'strong', 'very strong' or 'extreme heat stress' on 23 July.



Area (% of total) of southern Europe affected by 'strong', 'very strong' or 'extreme heat stress' for each day of June to September 2023 compared to 1950-2022  
Data source: ERA5-HEAT - Credit: CSSE/OMW



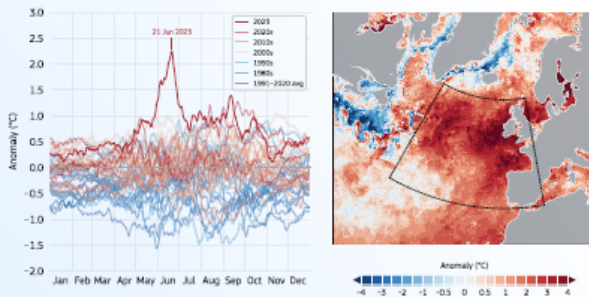
### Marine heatwaves

#### Sea surface temperatures reached 5.5°C above average

Marine heatwaves are prolonged periods of extremely high temperatures in the seas and ocean. They can have significant and sometimes devastating impacts on ocean ecosystems and biodiversity. Marine heatwaves can also have socio-economic impacts.

Warmer-than-average sea surface temperatures (SSTs) during the year were associated with marine heatwaves during the summer in parts of Europe and across large sectors of the wider North Atlantic Ocean.

In June, the Atlantic Ocean west of Ireland and around the United Kingdom was impacted by a marine heatwave that was classified as 'extreme' and, in some areas, 'beyond extreme', with SSTs as much as 5°C above average. July and August saw marine heatwaves in the Mediterranean Sea, with SSTs reaching 5.5°C above average in some areas, or up to 'extreme' conditions.



Daily sea surface temperature anomalies (°C) in the northeastern Atlantic Ocean from 1980 to 2023 (Left) - Daily sea surface temperature anomalies (°C) on 21 June 2023 (Right)  
Data source: ESA SST CI Analysis v3.0 - Credit: ESA/CCI/CI/SURMOS and CCI/SEI/MF



### Wildfires

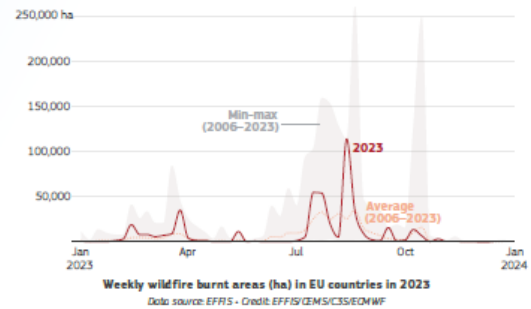
#### The largest wildfire ever recorded in the European Union

Wildfires are influenced by a range of factors, including vegetation type, moisture and wind. They are a natural phenomenon, but can result in habitat destruction and air quality deterioration. In recent summers, Europe has seen more and larger fires, and a longer fire season.

For most of 2023, fire danger for Europe as a whole was above average. Summer saw a contrast in fire danger between northern and southern areas, with high levels at the start of the season in northern Europe and later in southwestern Europe. There were large fires in Portugal, Spain, Italy and especially Greece, which saw the largest wildfire ever recorded in the European Union (EU), at around 96,000 ha.

Emissions were above average in July, associated with the large fires in Greece, but at or below average for the rest of the year.

In total, the wildfire season saw the fourth largest burnt area on record in the EU with a total of around 500,000 ha.



Weekly wildfire burnt areas (ha) in EU countries in 2023  
Data source: EFFIS - Credit: EFFIS/GEMS/CCI/SEI/MF

## Europe's contrasting summer

Summer 2023 was not the warmest on record, but saw conditions that were, at times, extreme. There were contrasts in temperature and precipitation across the continent and from one month to the next. The 'extended summer' (June to September) saw heatwaves, wildfires, droughts and flooding.

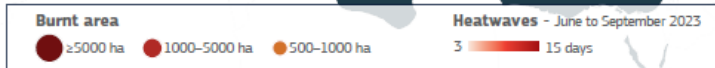
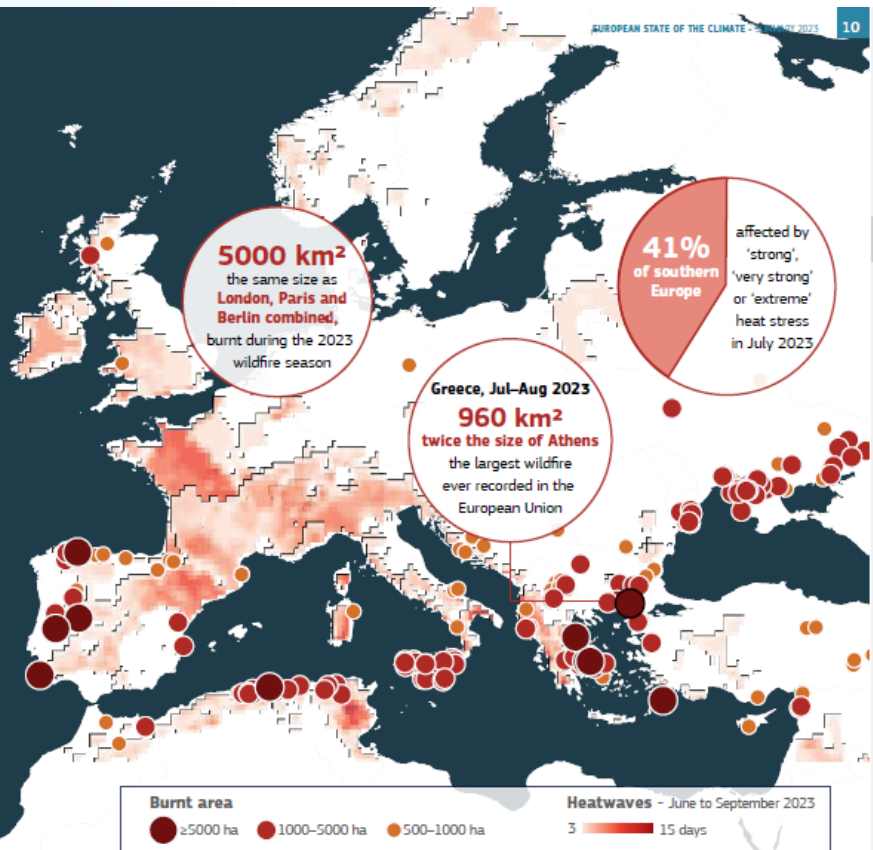
Northwestern Europe saw its warmest June on record, while Mediterranean areas saw well-above-average precipitation for the month. In July, this pattern was almost reversed. In August, southern Europe saw warmer-than-average temperatures, and September was the warmest on record for Europe as a whole. Both August and September also saw severe flood events (see P12).

Much of Europe was impacted by heatwaves during the extended summer, with high temperatures during both the day and night. At the peak of a heatwave in July, 41% of southern Europe was affected by at least 'strong heat stress', with potential for health impacts.

By the end of August, large parts of southern Europe, especially the Iberian Peninsula, experienced precipitation deficits that induced drought. By late September, most of the Iberian Peninsula had recovered, but parts of eastern Europe transitioned to extreme drought conditions. Wildfires were also observed across Europe, mostly coinciding with droughts.



Data source: European Forest Fire Information System, EM5  
Credit: EPA/CI/CCI/SEI/MF







**Precipitation**

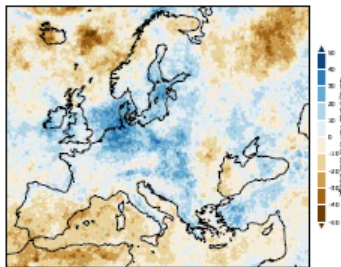
**Northwestern Europe saw a higher number of wet days than average**

During 2023, most of Europe was wetter than average; around 7% for the year as a whole. The year was the second to fourth wettest year on record, depending on the dataset used.

There was significant variability in precipitation throughout the year and across the continent.

The Netherlands, northwestern Germany, Denmark, Slovenia, eastern central Greece, western Türkiye, and parts of southwestern Russia and Ukraine experienced particularly wet conditions. Eastern and southern parts of the Iberian Peninsula, southern France, countries to the west of the Black Sea, and western Russia saw drier-than-average conditions.

The number of days in 2023 where accumulated precipitation was at least 1 mm was also higher than average across most of northwestern Europe.



**Anomalies in the number of wet days in 2023**  
Data source: ERA5 - Credit: CSSECMWF

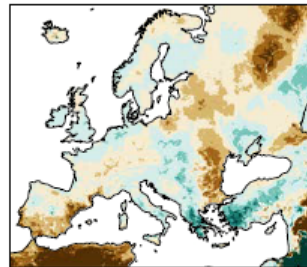


**Soil moisture**

**Periods of significant drought and extreme flooding**

Soil moisture is a key environmental and hydrological variable that is involved in the exchange of water and heat between the land surface and the atmosphere. It affects vegetation growth along with the formation of precipitation and runoff, with consequences for agricultural yield, flooding and drought.

Soil moisture was drier than average across Europe for the year as a whole. From February to May, the Iberian Peninsula saw a period of drought; between March and May, most parts of the area saw their driest conditions on record. From November to December the majority of Europe had wetter-than-average soil moisture conditions, in part due to storms. This anomalous soil moisture also contributed to flooding events later in the year.



**Anomalies (%) in soil moisture in 2023**  
Data source: ERA5-Land - Credit: CSSECMWF

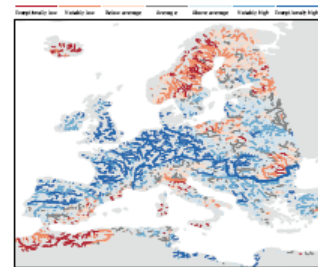


**River flow**

**In December, river flows were the highest on record**

For Europe as a whole, river flow was generally around average. It was slightly lower than average in February, June, July and October, and slightly higher than average in January, April and August. Drought conditions were seen in some rivers, such as the Ebro, which saw near-record low flows in May, and the Po, which saw below-average flows throughout the year, and near-record low flows from February to April.

In November, river flow for Europe as a whole became much higher than average and in December was the highest on record, with 'exceptionally high' flow in almost a quarter of the European river network. Record or near-record high river flows were seen in major river basins due to a series of storms between October and December.



**Anomalies in monthly average river flow in December 2023**  
Data source: ERA5 - Credit: GEMS/CSSECMWF

**Flooding**

**Around 1.6 million people were affected by flooding in Europe in 2023**

In May, 23 rivers in Italy burst their banks, with floods covering an area of around 540 km<sup>2</sup>. Around 36,000 people were displaced, with 15 fatalities.

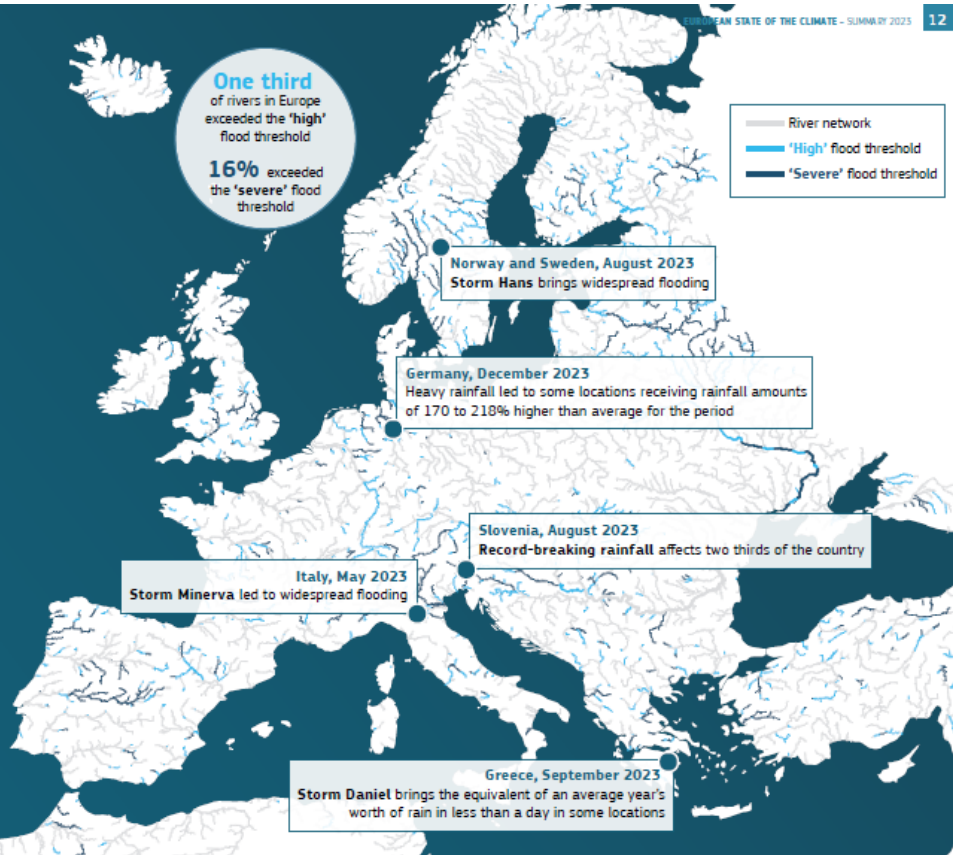
In August, flooding affected two thirds of Slovenia, with record-high flows at 31 stations. Around 1.5 million people were affected, with 8000 people evacuated and six fatalities. Norway and Sweden were also affected by flooding in August. In Norway, a hydroelectric power plant on the Glomma partially collapsed, leading to further flooding. More than 5000 people were displaced.

Greece, Bulgaria and Türkiye saw record-breaking rainfall and flooding in September. Greece had a flooded area of approximately 700 km<sup>2</sup>. In some places, the equivalent of a year's worth of rain fell in one day. At least 17 people lost their lives in Greece, eight lives were lost in Türkiye and four in Bulgaria. The storm went on to impact Libya, where flooding and dam bursts resulted in at least 4700 fatalities. Around 8000 people were missing as of mid-December 2023.

In December, widespread flooding impacted northwestern Europe. River flow averaged across the European river network for the month was the highest on record.



Data source: ERA5 - Credit: GEMS/CSSECMWF



**One third** of rivers in Europe exceeded the 'high' flood threshold

**16%** exceeded the 'severe' flood threshold

**Norway and Sweden, August 2023**  
Storm Hans brings widespread flooding

**Germany, December 2023**  
Heavy rainfall led to some locations receiving rainfall amounts of 170 to 210% higher than average for the period

**Italy, May 2023**  
Storm Minerva led to widespread flooding

**Slovenia, August 2023**  
Record-breaking rainfall affects two thirds of the country

**Greece, September 2023**  
Storm Daniel brings the equivalent of an average year's worth of rain in less than a day in some locations

Legend:  
 - River network (grey line)  
 - 'High' flood threshold (light blue line)  
 - 'Severe' flood threshold (dark blue line)



### Renewable energy resources

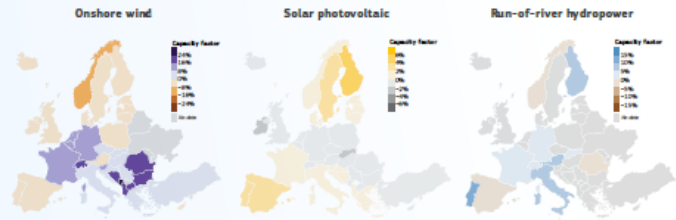
#### A record proportion of electricity generation by renewables

In 2023, a record proportion of actual electricity generation in Europe was from renewable sources, at 43%, compared to 36% in 2022.

Climate-driven electricity demand was above average in southern Europe, due to cooling required during exceptional summer temperatures, and in Scandinavia, where cooler-than-average temperatures in several months led to increased demand for heating.

For the year as a whole, potential for solar photovoltaic power generation was below average in northwestern and central Europe, and above average in southwestern and southern Europe, and Fennoscandia. Potential for run-of-river hydropower generation was above average across much of Europe, linked to above-average precipitation and river flow.

Increased storm activity from October to December resulted in above-average potential for wind power production.



Anomalies (%) in potential electricity generation (capacity factor) in 2023 from: onshore wind (left), solar PV (centre), run-of-river hydropower (right)

Data source: CSES Climate and Energy Indicators for Europe - Credit: CSSE/DMWF

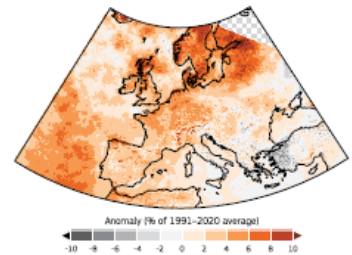
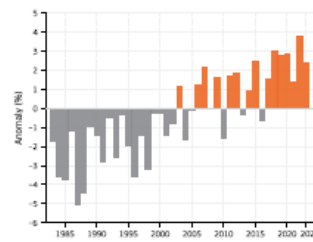
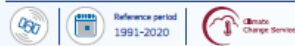


### Clouds and solar radiation

#### Surface solar radiation was above average

Cloud cover and sunshine duration are climate variables of relevance to many sectors, as well as to society. In 2023, surface solar radiation and sunshine duration across Europe as a whole were above average, while cloud cover was below average.

September had the most pronounced anomalies in sunshine duration, surface solar radiation and cloud cover average across Europe. The largest local anomalies, however, were in April, May and June. In April, positive surface solar radiation anomalies of around 50% occurred across the Iberian Peninsula, while a large part of eastern Europe saw negative anomalies of around 50%.



Anomalies (%) in annual solar radiation for European land (Left) - Anomalies (%) in solar radiation for 2023 (Right)

Data source: CM SAF SARA4-3 CDR and ICDR - Credit: DWD/BUMETSAT/CSSE/DMWF

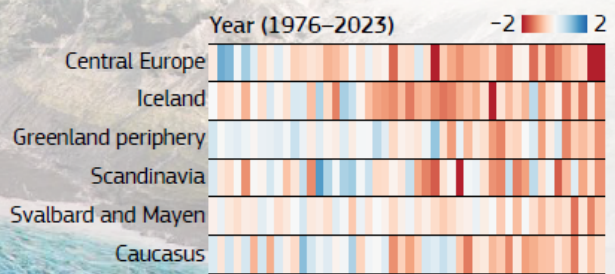
## Glaciers

Since 1976, **850 km<sup>3</sup>** of glacier ice in Europe\* has been lost

Glaciers in **all European regions** saw a net loss of ice in 2023

From **2022 to 2023** glaciers in the Alps lost **around 10%** of their volume

### Annual glacier mass change



Data source: WGMS. Data in metre water equivalent (m w.e.)\*\*

\*European glaciers including central Europe, Scandinavia, Iceland, the Caucasus, Svalbard and Jan Mayen. Total excludes peripheral glaciers in Greenland.  
\*\*One metre water equivalent corresponds to 1.1 m of ice thickness.



# Arctic in 2023

The Arctic section provides an overview of key climate events in high northern latitudes.

[Find out more](#)

In recent decades, the Arctic has been warming **around three times faster** than the planet as a whole.



The region encompassing the **Barents Sea and Svalbard** has been **one of the fastest-warming places** on Earth.



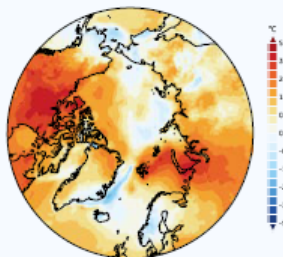
## Arctic temperature

### Warmest summer on record for Svalbard

Since the 1990s, the Arctic has been warming at a rate well above that of the global average. For Arctic land, 2023 was the fifth warmest year on record. The five warmest years on record for Arctic land have all occurred since 2016.

Svalbard is one of the fastest-warming places on Earth. In 2023, the average summer temperature was the highest on record, linked in part to below-average sea ice and above-average sea surface temperatures.

In Greenland, below-average temperatures in May and June led to delayed onset of the ice sheet melt season. In July and August, however, heatwaves led to substantial summer melt and greater-than-average annual ice loss, despite the late start to the melt season.



Anomalies in surface air temperature in 2023  
Data source: ERA5 - Credit: C3SE/CMWF

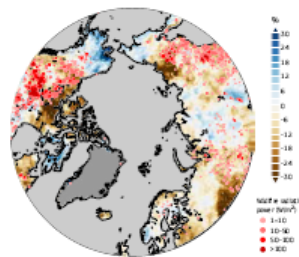


## Arctic wildfires

### Carbon emissions from sub-Arctic and Arctic regions were the second highest on record

As Earth's climate continues to warm, and with the Arctic warming more rapidly than the global average, conditions at high northern latitudes are becoming more conducive to wildfires.

In 2023, the Arctic and sub-Arctic saw high levels of wildfire activity, and the second-highest carbon emissions on record. The majority of high-latitude wildfires occurred in Canada between May and September, contributing to the highest total annual emissions for the western Arctic on record. In July, the prevailing weather conditions transported smoke from Canadian wildfires to Greenland, possibly contributing to a significant melt event by darkening the ice surface.



Wildfires and anomalies (%) in soil moisture in June to August 2023  
Data sources: ERA5-Land soil moisture and CAM5 GFAS v1.2 wildfire data  
Credit: C3SE/CMWF/CAMS



## Arctic ocean

### Sea ice extent in the Arctic remained lower than average for most of the year

Sea ice covers between around 25% (September) and 75% (March) of the area north of the Arctic Circle. Arctic sea ice extent remained lower than average during most of 2023, particularly from January to March and from August to October.

At its annual maximum in March, sea ice extent was 4% below average, ranking fifth lowest on record. At its minimum in September, it ranked sixth lowest, at 18% below average.

Sea ice concentrations were most below average in the Barents Sea in January and February, and on the Pacific side of the Arctic Ocean from August to October. In the Greenland Sea, however, concentrations of 10 to 20% above average were observed from March to June and September to December.



Monthly average sea ice concentration (%) in September 2023  
The orange line represents the median sea ice edge for 1991-2020  
Data source: OSI SAF Global Sea Ice Concentration v3.0; C3SE Sea Ice Edge v3.0  
Credit: C3SE/CMWF/UMET/SAT

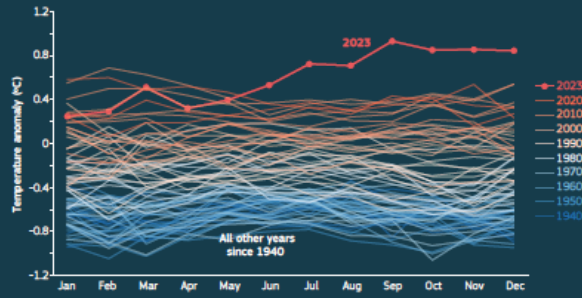


# Globe in 2023

The **global context** is provided by C3S Climate Indicators. Additional information about the global climate during 2023 can be found in the **WMO State of the Global Climate in 2023**, and the **C3S 2023 Global Climate Highlights**.

## Global surface air temperature anomalies

Date: ERA5 1940-2023 • Reference period: 1991-2020 • Credit: C3S/ECMWF



### Greenhouse gases

Atmospheric concentrations of the greenhouse gases carbon dioxide and methane continued to increase, reaching record levels, and were their highest in at least hundreds of thousands of years. The annual increase in methane was significantly higher than the average annual increase during the 2010s, while the annual increase in carbon dioxide was similar to previous years.



### Glaciers

Glaciers around the globe saw a new record annual loss of ice, at around 600 gigatonnes of water. This is 100 gigatonnes more than any other year on record, and equivalent to almost five times the amount of ice contained in all the glaciers in central Europe. Estimates indicate that this ice loss has contributed 1.7 mm to sea level rise; the largest annual contribution on record.



### Sea ice

Antarctic sea ice extent reached record low values for the time of year in eight months and an all-time minimum in February. Arctic sea ice extent at its annual peak in March ranked fifth lowest on record, and at its minimum in September was sixth lowest.



### Temperature

Globally, it was the warmest year on record. Each month from June to December was warmer than the corresponding month in any previous year, and September saw the largest monthly temperature anomaly on record, at 0.93°C above average. It was the first year in which every day exceeded 1°C above the pre-industrial level. Nearly half the days were more than 1.5°C above the pre-industrial level, and two days were, for the first time, more than 2°C warmer.



### Sea surface temperature

Sea surface temperatures (SSTs) were persistently high, reaching record levels for each month from April to December, and breaking daily records. A transition from La Niña\* to El Niño\*\* conditions, and high temperatures in most ocean basins, in particular the North Atlantic, played an important role in the record-breaking SSTs. Marine heatwaves were seen around the globe.



### Ocean heat content

The global ocean heat content was the highest on record. The transition from La Niña\* to El Niño\*\*, and conditions in the Indian Ocean, contributed to an increase in global upper ocean heat content from 2022 to 2023.



### Sea level

Data available for the first six months of the year show a continuing rise in global mean sea level, reaching a new record high. The rate of rise is accelerating.

\*La Niña - Cooler than average conditions in central and eastern areas of the tropical Pacific.  
\*\*El Niño - Warmer than average conditions in central and eastern areas of the tropical Pacific.

1 gigatonne (Gt) = 1,000,000,000 tonnes • 1 gigatonne (Gt) = 1 km³ of water, or 1.1 km³ of ice

# Climate Policy and Action

This section focuses on climate policy and action in the health sector. The impact of extreme weather and climate events on human health, and the importance of climate services for the health sector, are highlighted.

Climate change impacts health in various ways. It can exacerbate existing problems like disease and death from heatwaves, wildfires, storms and floods.

It also increases the prevalence of non-communicable diseases, such as mental health disorders, while indirect effects include changes in air quality, and food and water security.

[Find out more](#)

The number of **adverse health impacts** related to extreme weather and climate events is rising.



In **July 2023**, for the first time in history, the **climate crisis** and related extreme weather events were declared a **public health emergency** by the World Health Organization Europe regional office.

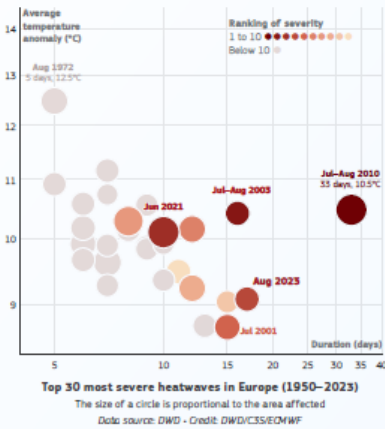


## The impact of extreme weather and climate events on human health

### Heat-related deaths have increased in 94% of European regions

Since 1970, extreme heat has been the leading cause of weather- and climate-related deaths in Europe. 23 of the 30 most severe heatwaves have occurred since 2000, and five in the last three years. Between 55,000 and 72,000 deaths due to heatwaves were estimated in each summer of 2003, 2010 and 2022. An estimate for 2023 is not yet available. In the World Health Organization's European Region, heat-related mortality has increased by around 30% in the past 20 years. Between 2000 and 2020, heat-related deaths are estimated to have increased in 94% of the European regions monitored. The effect of heat on human health is more pronounced in cities.

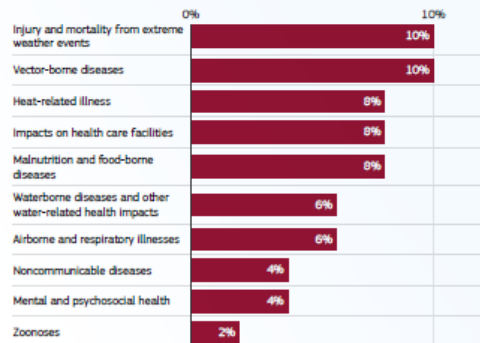
The frequency, intensity and duration of heatwaves will continue to increase, with serious consequences for public health. The combined effects of climate change, urbanisation and population ageing is likely to significantly exacerbate heat-related impacts. Current heatwave interventions will soon be insufficient to deal with the expected heat-related health burden.



### Fewer than a quarter of European Parties to the Paris Agreement have integrated health into their adaptation strategies

Parties to the Paris Agreement, which aims to limit the global average temperature increase to well below 2°C above pre-industrial levels and pursue efforts to limit the increase to 1.5°C, make commitments of policies and measures in the form of nationally determined contributions (NDCs).

The NDCs submitted by European countries have prominently emphasised mitigation efforts, but few have included adaptation. Only 12 of the 50 European Parties analysed have integrated health into their adaptation strategies and 11 made reference to climate-sensitive health risks. Only five highlighted injury and mortality from extreme weather events and vector-borne diseases as their climate health risk areas of concern, and just four Parties highlighted heat-related illnesses.



Percentage of European Member countries that refer to climate-sensitive health risks or outcomes in their Nationally Determined Contributions (NDCs) under the Paris Agreement. Based on the 50 Member countries whose NDCs were reviewed. Data source: Adapted from WMO based on data from the WHO Review of Health in NDCs and Long-term Strategies. Health at the Heart of the Paris Agreement, 2023



## Enhancing climate resilience in the health sector

### Tailored climate services for the health sector are effective in increasing resilience, but not widely provided

Climate services are vital for safeguarding lives. Of the WMO's 50 European Member Countries, 78% provide data services for the health sector, but only 28% provide climate prediction services to the sector. Despite 62% indicating that they provide tailored products for the health sector, the majority are not yet customised to capture the sector's needs.

The level of service provision to the health sector by National Meteorological and Hydrological Services has been assessed on a scale of one to six. On this scale, where one corresponds to 'initial engagement' and six to 'full engagement', the WMO's RA VI region (Europe) achieved an average score of 3.3.

Data from the WHO for 20 European countries reveal that 10 of them have implemented a health surveillance system, integrating meteorological information tailored for monitoring heat-related illnesses.

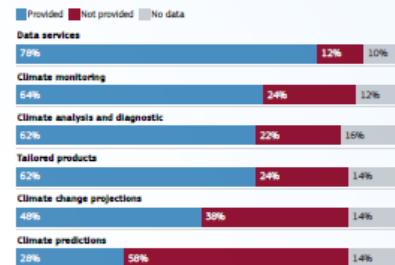


### Health adaptation can build on established health system infrastructures, but progress has been limited

Opportunities to implement health adaptation options are increasing. Health adaptation can build on, and integrate into, established health system infrastructures. These infrastructures differ significantly between countries, as do existing capacities to deal with climate-related events. Progress has been limited, particularly due to low societal pressure, confidence in existing health systems, and lack of awareness of links between health and climate change.

Increasing the role of governments in facilitating knowledge sharing, allocating financial resources, and creating knowledge and policy programmes on climate and health could all bring benefits. Increasing overall investment in public healthcare systems improves their capacity to respond to climate-related extreme events and will ensure wider societal benefits.

Heat Health Action Plans (HHAPs) include early warning and response systems and are effective adaptation options for extreme heat. Out of 27 WHO European Member Countries surveyed, 17 have a fully-operational heat-health warning system as part of their HHAPs.



Climate services provided to the health sector by National Meteorological and Hydrological Services in the WMO RA VI region (Europe). Data source: WMO Climate Services Dashboard

# Trends in Climate Indicators

Climate Indicators show the long-term evolution of several key variables that are used to assess the global and regional trends of our changing climate.

[Find out more](#)



## Increasing temperatures over land and ocean

The Paris Agreement aims to hold the increase in global average temperature to well below 2°C above pre-industrial levels, and preferably below 1.5°C. The five-yearly Global Stocktake assesses the collective progress in the implementation of the Paris Agreement. The first was completed at the end of 2023.

Monitoring surface air and sea surface temperatures globally and regionally contributes to the Stocktake. Global average values for these variables have increased significantly since the pre-industrial era, by around 1.3°C and 0.9°C, respectively.



### Temperature

In recent decades, temperatures over land have risen around twice as fast as those over the ocean. Europe is the fastest warming of all the WMO regions, at around twice as fast as the global average. Temperatures over the Arctic have risen more rapidly than those over most of the rest of the globe, with an estimated warming of around 3°C since the 1970s.

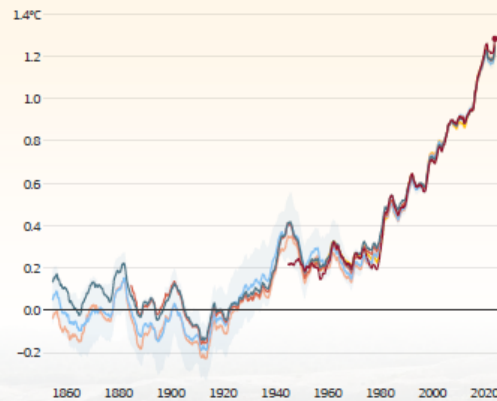
Based on ERA5. Values for Europe, WMO RA VI and the Arctic are over land only.

Since 1850–1900, an increase in surface air temperature of around

<b>Globe</b>	<b>Europe</b>
<b>+1.3°C</b>	<b>+2.3°C</b>
<b>Arctic</b>	<b>WMO RA VI</b>
<b>+3.3°C</b>	<b>+2.5°C</b>

*\*(Latest five-year averages)*

ERAS — GISTEMP — Berkeley Earth — JRA-3Q — HadCRUT5 — NOAA GlobalTemp



Global average temperature: increase above 1850–1900 reference period  
Centred running 60-month periods  
Data source: Six temperature datasets covering all or part of 1850–2023. Credit: CSSE/NOAA



### Sea surface temperature

Global average sea surface temperature (SST) has increased by around 0.9°C since the late 1800s. A key modulator of global SSTs on interannual timescales is the El Niño Southern Oscillation, which sees periods of warmer (El Niño) or cooler (La Niña) than average conditions in the central and eastern tropical Pacific. These changes in SST influence circulation patterns and surface air temperatures around the globe. 2023 marked a shift to El Niño following three years of La Niña.

Five SST datasets covering 1980–2023

Since 1980, an increase in SST of around

<b>Extrapolar</b>	<b>60°S–60°N</b>
<b>+0.6°C</b>	
<b>WMO RA VI</b>	
<b>+1.1°C</b>	



## The ocean is impacted by and regulating our climate

The ocean plays a crucial role in regulating Earth's climate; it absorbs and stores up to 90% of the excess heat that is associated with human-induced greenhouse gas emissions.

Large-scale circulation within the ocean redistributes this heat from low to mid and high latitudes, and from the surface to deeper layers. The balance between heat absorption and release results in variations in ocean heat content.

Change in mean sea level is an essential indicator of our evolving climate. It reflects both the thermal expansion of the ocean in response to its warming and the increase in ocean mass due to the melting of ice sheets and glaciers.



### Sea level

Since 1993, there has been a rise in global mean sea level of around 10.3 cm. Sea level is also rising more quickly, with the past 10 years seeing an increase of 4.3 mm per year compared to 2.1 mm per year between 1993 and 2003. Regionally, there can be variation. For example, across Europe, sea level changes differ between the open ocean and coastal areas due to various oceanic and geophysical processes.

January 1993 to June 2023

Since 1993, an average sea level increase of around

**Global +3.4 mm** ↗

**Europe +2–4 mm** ↗

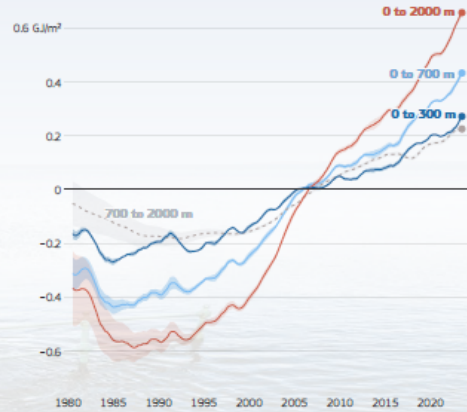
(per year)



### Ocean heat content

Long-term trends in ocean heat content indicate that most of the heat gain is happening in the upper 700 m of the ocean. This heat is slowly being transferred to the 700–2000 m layer. Even small changes in temperature correspond to large changes in energy, due to the immense volume of the ocean.

Reference period 1993–2022



Anomalies (GJ/m<sup>2</sup>) in the heat content of the global ocean  
Data source: DRASS - Credit: ECMWF/CES

Since 1993, an increase of

**Global +0.22°C** ↗

**Northeastern Atlantic +0.04°C** ↗

## Greenhouse gases driving climate change

Greenhouse gases (GHGs) in the atmosphere trap heat close to Earth's surface. As concentrations increase, the near-surface temperature is also rising, with significant impacts. Human activities lead to the emission of GHGs in various ways, including the combustion of fossil fuels for energy, deforestation, the use of fertilisers in agriculture, livestock farming, and the decomposition of organic material in landfills. Of all the long-lived GHGs that are emitted by human activities, carbon dioxide (CO<sub>2</sub>), methane (CH<sub>4</sub>) and nitrous oxide (N<sub>2</sub>O) have the largest impact on the climate.



### Greenhouse gas concentrations

The amount of a gas contained in a certain volume of air.

Atmospheric concentrations of the two most important anthropogenic greenhouse gases, carbon dioxide (CO<sub>2</sub>) and methane (CH<sub>4</sub>), continued to increase in 2023, reaching record levels.

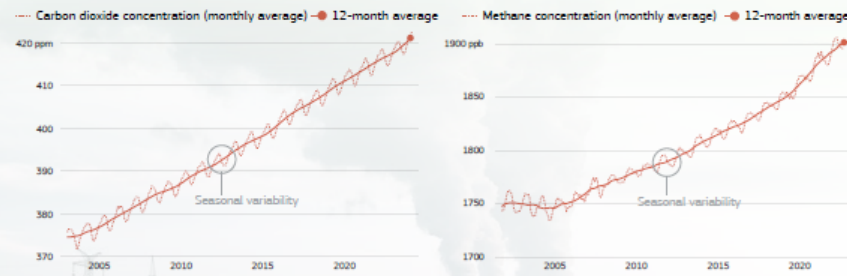
In 2023, the annual average concentrations of greenhouse gases were

**CO<sub>2</sub> 419 ppm**

**CH<sub>4</sub> 1902 ppb**



Concentrations (column-averaged mixing ratios) for CO<sub>2</sub> and CH<sub>4</sub> covering 2003–2023, averaged over the whole atmospheric column and for 60°S–60°N



Global atmospheric concentrations of carbon dioxide (CO<sub>2</sub>) and methane (CH<sub>4</sub>)

Data source: CS3/Obs4MIPs (v4.5) consolidated (2003–2022) and CAMS preliminary near real-time data (2023) GOSAT-2 (CO<sub>2</sub>) and GOSAT (CH<sub>4</sub>) records  
Credit: CS3/CAMSE OMI/University of Bremen/SRON

ppm: parts per million, ppb: parts per billion, 1 teragram (Tg) = 1,000,000,000,000 (10<sup>12</sup>) grams



### Greenhouse gas fluxes

The net difference between the amount of a gas added to the atmosphere by emissions from various 'sources' and the amount taken up by various 'sinks'.

Estimated net surface fluxes of CO<sub>2</sub>, CH<sub>4</sub> and N<sub>2</sub>O have been increasing during recent decades. Only around half of anthropogenic emissions of CO<sub>2</sub> have been absorbed by land vegetation and oceans.



CO<sub>2</sub>: 1979–2022  
CH<sub>4</sub>: 1979–2022  
N<sub>2</sub>O: 1996–2021

Over the last decade, net fluxes of greenhouse gases at Earth's surface of around

**CO<sub>2</sub> +5000 TgC** ↗

**CH<sub>4</sub> +420 TgC** ↗

**N<sub>2</sub>O +16 TgN** ↗

(per year)

## The cryosphere in a changing climate

The cryosphere encompasses all parts of the Earth system where water is in solid form, including ice sheets, glaciers, snow cover, permafrost and sea ice.

The cryosphere and the climate exert a strong influence on each other. Due to its high reflectivity, changes in the cryosphere impact the amount of solar energy taken up by the planet's surface, and consequently temperatures.

As temperatures rise, vast amounts of water stored on land, in glaciers and ice sheets, melt, which contributes to global sea level rise. The changing cryosphere therefore has many further environmental and societal implications.



### Glaciers

Globally, around 220,000 glaciers cover an area of approximately 700,000 km<sup>2</sup>. Both globally and across Europe, glaciers have seen a substantial and prolonged loss of ice mass since the mid-19th century. Globally, an average of about 14 m reduction in ice thickness has been observed since satellite records began in 1976, and glaciers have contributed about 1 mm per year to global mean sea level rise during the last decade. In 2023, this reached a high of 1.7 mm due to record global glacier mass loss.



Since 1976, a loss of glacier ice of around

<b>Global</b>	<b>8200 km<sup>3</sup></b>	↘
<b>Europe</b>	<b>850 km<sup>3</sup></b>	↘

*Ice loss for Europe does not include peripheral glaciers in Greenland.*



### Sea ice

Arctic sea ice extent has declined markedly since records began. The decline is largest around the annual minimum in September, with widespread retreat across the region. In addition to the decline in Arctic sea ice extent, the proportion of multiyear ice has decreased while the proportion of first-year ice has increased. In the Antarctic, sea ice extent shows no clear long-term trend, despite reaching successive all-time minima in February 2022 and 2023.



Since the 1980s, a loss of sea ice of around

<b>Arctic (September)</b>	<b>2.6 million km<sup>2</sup></b>	↘
<b>Antarctic</b>	<b>No long-term trend</b>	→



### Ice sheets

Earth's polar ice sheets cover most of Greenland and Antarctica, and store about 68% of the planet's freshwater resources. If the ice sheets were to melt entirely, they would raise global mean sea level by 7.4 ± 0.05 m for the Greenland Ice Sheet and 57.9 ± 0.9 m for the Antarctic Ice Sheet. Since the 1970s, melting of these ice sheets has caused sea level to rise by almost 3 cm. It is estimated that for every centimetre of sea level rise, around six million people around the planet are exposed to coastal flooding. The rate of ice loss has increased by around three times (Antarctica) to five times (Greenland) since the 1980s.



Since the 1970s, a loss of ice sheet of around

<b>Greenland</b>	<b>5467 Gt</b>	↘
<b>Antarctica</b>	<b>4790 Gt</b>	↘

1972-2022  
1979-2022

## About the report

### Contributors

The ESOTC's findings are based on expertise from across the C3S and WMO communities, as well as other Copernicus services and external partners.

The sections are authored by C3S, the WMO and data providers from institutions across Europe, and edited by the C3S team.

This report is reviewed by colleagues across the Copernicus network, the WMO, WMO ET-CMA and representatives from national meteorological and hydrological services.

**The EU Copernicus Services:** C3S, CAMS, CEMS, CMEMS, CLMS.

**International organisations and initiatives:** ECMWF, EC JRC, EEA, ESA, EUMETSAT SAF Network, GCOS, WHO Regional Office for Europe, WMO and the WMO RA VI RCC Network.

**European national and regional meteorological and hydrological services:** DMI (Denmark), DWD (Germany), National Observatory of Athens (Greece), ASTA (Luxembourg), KNMI (the Netherlands), MET Norway, Météo-France, Meteo Romania, and the Met Office (United Kingdom), alongside expert review and indirect contributions from many others.

**Universities and research organisations:** ENVEO, EODC, TU Wien (Austria), GEUS (Denmark), CEA/LSCE, CLS, CNES, LEGOS and RTE (France), AWI, Brockmann Consult and University of Bremen (Germany), Inside Climate Service (Italy), SRON, Rabobank, TNO VanderSat and VU Amsterdam (the Netherlands), NILU (Norway), Barcelona Supercomputing Centre (Spain), Umeå University (Sweden), University of Zurich and WGMS (Switzerland), University of Northumbria, University of Reading and WEMC (United Kingdom).

### The data behind the ESOTC 2023 and the Climate Indicators

The ESOTC 2023 relies extensively on datasets provided operationally and in near real-time by the Copernicus Services, to give an overview of 2023 in the long-term context. The operational data are freely accessible via data catalogues such as the C3S Climate Data Store (CDS). These operational data services build on extensive research and development undertaken by institutions across Europe and the rest of the world. Explore the full ESOTC online to download the data shown in this summary.

Climate Indicators provide the long-term context for the globe, Europe and the Arctic, and build on datasets and estimates which are brought together to provide a comprehensive multi-source reference, based on data from Copernicus and from other monitoring activities. Where data do not yet fully cover the reporting period, the most up to date information is included.

For near real-time updates of key climate variables see [Climate Pulse](#).



#### Averages

Throughout the report, use of the word 'average' refers to the mean.



#### Reference periods

By comparing 2023 against the average for a reference period, we can see how the year fits within a longer-term context. Generally, the reference period used is 1991-2020, but where less extensive data records are available, other periods may be used, as indicated by this symbol. Some variables are compared to the pre-industrial level, for which the reference period used is 1850-1900.



#### In situ

Measurements from an instrument located at the point of interest, such as a land station, at sea or in an aeroplane.



#### Model-based estimates

Using the laws of physics and statistics to build large-scale models of environmental indicators.



#### Satellites

Providing information about Earth's surface and its atmosphere from spaceborne orbit.



#### Reanalysis

Using a combination of observations and computer models to recreate historical climate conditions.



## About us

### Copernicus Services implemented by ECMWF

#### Vital environmental information for a changing world

The European Centre for Medium-Range Weather Forecasts (ECMWF) has been entrusted by the European Commission to implement two of the six services of the Copernicus programme: the Copernicus Climate Change Service (C3S) and the Copernicus Atmosphere Monitoring Service (CAMS). In addition, ECMWF provides support to the Copernicus Emergency Management Service (CEMS).

To meet the challenge of global climate change, accurate, reliable and timely data are key. The Copernicus Services at ECMWF routinely monitor data on a global scale, including a wide range of climate variables and indicators from across the Earth system.

#### The Copernicus Climate Change Service (C3S)

The C3S mission is to support adaptation and mitigation policies of the European Union by providing consistent and authoritative information about climate change. C3S adds value to environmental measurements by providing free access to quality-assured, traceable data and applications, all day, every day. We offer consistent information on the climate anywhere in the world, and support policymakers, businesses and citizens in preparing for future climate change impacts.

### World Meteorological Organisation (WMO)

The WMO is the United Nations system's authoritative voice on the state and behaviour of Earth's atmosphere, its interaction with the land and oceans, the weather and climate it produces and the resulting distribution of water resources.

As weather, climate and the water cycle know no national boundaries, international cooperation at a global scale is essential for the development of meteorology and operational hydrology as well as to reap the benefits from their application.

The WMO provides the framework for such international cooperation for its 193 Member States and Territories, and plays a leading role in international efforts to monitor and protect the climate and the environment.

#### WMO regional office for Europe and RCC network

The Regional Office for Europe is responsible for achieving the WMO's long-term goals and strategic objectives for the 50 WMO Regional Association VI (Europe) Member Countries.

Regional Climate Centres are operational entities of the Global Framework for Climate Services' Climate Services Information System. They serve the members of the WMO through their respective National Meteorological and Hydrological Services (NMHSs), supporting NMHSs in meeting their national climate-related duties.



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

## Sostenere una risposta sana ai cambiamenti climatici: COP28 e la comunità sanitaria

Jeni Miller, Courtney Howard

**Pubblicato il 13 aprile 2024**  
**DOI: 10.1056/NEJMp2314835**

*Nell'agosto 2023, le persone a Lahaina, nelle Hawaii, si sono svegliate con cieli fumosi mentre un incendio mortale ha inghiottito la città e gli operatori sanitari si sono trovati ad affrontare le riacutizzazioni dell'asma legate al fumo degli incendi, i pazienti che presentavano "eco-ansia" e il numero più alto di ricoveri giornalieri al centro ustionati di Honolulu nella sua storia.*

*Nel Canada subartico, l'ospedale da 100 posti letto di Yellowknife è stato evacuato a causa del rischio di incendi ed è stato necessario un aereo militare per trasportare i pazienti per più di 600 miglia verso altre strutture sanitarie che erano già sotto stress.*

*La megaalluvione dell'anno precedente in Pakistan ha sommerso un terzo del paese, danneggiando più di 1.460 strutture sanitarie e lasciando 650.000 donne e ragazze incinte senza accesso a un'assistenza sanitaria adeguata.*<sup>1</sup>

*Diversi punti di non ritorno potrebbero essere superati se le temperature globali superassero costantemente 1,5°C di riscaldamento – un'esacerbazione che potrebbe innescare cambiamenti autoalimentati, come il collasso delle calotte glaciali globali, che gli sforzi umani non sarebbero in grado di controllare.*<sup>2</sup>

*L'Agenzia Internazionale per l'Energia ha recentemente affermato che per limitare il riscaldamento medio a 1,5°C, l'uso di petrolio e gas deve diminuire del 75% entro il [2050](#).*<sup>3</sup>

*Nella facoltà di medicina, agli aspiranti medici viene insegnato come fornire cure di emergenza, ma qual è il trattamento appropriato per l'emergenza sanitaria rappresentata dal cambiamento climatico? Una risposta efficace richiede un lavoro articolato a livello di professionisti, sistema sanitario, intersettoriale e politico. Le scuole di medicina e i programmi di specializzazione possono integrare le competenze legate al clima nella formazione clinica.* <sup>4</sup>

*I leader del settore sanitario possono preparare i sistemi sanitari alle condizioni meteorologiche future anziché a quelle del passato e possono ridurre l'impronta di carbonio dell'assistenza sanitaria.*

*Ma rispondere a un'emergenza sanitaria di questa portata richiede anche che i medici utilizzino il nostro capitale politico, sociale e finanziario per trovare soluzioni. Il settore sanitario deve inviare emissari fuori dagli ospedali per influenzare processi politici chiave come i recenti negoziati sul clima COP28 a Dubai, negli Emirati Arabi Uniti.*

*L'Accordo di Parigi, il principale accordo internazionale sulla lotta al cambiamento climatico, è stato descritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come il trattato di sanità pubblica più importante del secolo. Nel dicembre 2023, rappresentanti di oltre 190 paesi e migliaia di gruppi della società civile, multilaterali, dei media e delle imprese si sono riuniti per il 28° incontro della Conferenza delle Parti (COP) della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (UNFCCC). Le COP sono il fulcro del processo attraverso il quale l'Accordo di Parigi, adottato nel 2015, diventa operativo.*

*Per molti anni, un piccolo contingente della comunità sanitaria (sia sanitaria che pubblica) ha partecipato alle COP, cercando di aiutare i negoziatori a comprendere le decisioni legate al clima in termini di vite salvate, non solo di emissioni di carbonio evitate.*

*Una svolta si è verificata alla COP26, quando la leadership del Regno Unito e degli Stati Uniti ha ispirato più di 50 paesi a sottoscrivere un'iniziativa per promuovere sistemi sanitari resilienti e a basse emissioni di carbonio, un'iniziativa che è diventata l'Alleanza per l'azione trasformativa sul clima e sulla salute dell'OMS.*

*La COP28 si è basata su queste basi. Alla conferenza, che ha caratterizzato la prima "Giornata della salute", organizzata dal paese ospitante e dall'OMS, hanno partecipato un numero senza precedenti di 1900 rappresentanti del settore sanitario. I video proiettati per i capi di stato hanno condiviso le esperienze di prima mano degli operatori sanitari che hanno sperimentato gli effetti del cambiamento climatico nelle loro comunità. Per la prima volta hanno partecipato alla COP i ministri della Sanità di 49 paesi. L'incontro interministeriale sulla salute ha lanciato la Dichiarazione COP28 degli Emirati Arabi Uniti su clima e salute. Approvata fino ad oggi da 148 paesi, la dichiarazione segnala un diffuso riconoscimento del fatto che il cambiamento climatico è una crisi sanitaria e che per affrontarlo è necessario agire all'interno e oltre il settore sanitario.*

*Sapendo che la COP si sarebbe tenuta in un grande paese produttore di combustibili fossili e preoccupati per il "lavaggio della salute" (vale a dire, un focus di alto profilo sulla salute potrebbe essere utilizzato per distogliere l'attenzione dall'affrontare il ruolo dei combustibili fossili nel cambiamento climatico), i membri della comunità sanitaria hanno organizzato una lettera aperta chiedendo alla COP28 di impegnarsi a eliminare gradualmente i combustibili fossili.*

*La lettera, firmata da organizzazioni che rappresentano 46,3 milioni di professionisti sanitari, include un appello a bandire l'industria dei combustibili fossili dai colloqui sul clima dell'UNFCCC.* <sup>5</sup>

*Le attività della Giornata della Salute hanno portato maggiore attenzione alla salute presso la COP. Ma tali eventi e impegni simbolici significano poco se non sono accompagnati da accordi tra i governi nei negoziati e nell'attuazione di tali accordi a livello nazionale.*

*A nostro avviso, i risultati negoziati dalla COP28 compiono passi nella giusta direzione, ma sono ben lontani dagli impegni coraggiosi e trasformativi necessari per evitare punti di non ritorno climatici e limitare il riscaldamento a livelli salutari.*

*I progressi nel campo della salute sono avvenuti in tre aree chiave. In quello che potremmo definire trattamento, i paesi hanno reso operativo un fondo "perdite e danni" per assistere i paesi vulnerabili a basso reddito nella risposta dopo gravi eventi legati al cambiamento climatico, ad esempio ricostruendo le cliniche danneggiate.*

*In termini di prevenzione secondaria, la COP28 ha prodotto un accordo sull'adattamento, riducendo i danni derivanti dagli effetti del cambiamento climatico che non possono essere evitati, ad esempio, rendendo le strutture sanitarie più resilienti o sviluppando sistemi di produzione e distribuzione alimentare resilienti al clima.*

*Sul fronte della prevenzione primaria, i paesi si sono impegnati ad "abbandonare i combustibili fossili", affrontando così, per la prima volta nella storia della COP, il principale motore del cambiamento*

*climatico. I combustibili fossili sono anche il principale motore dell'inquinamento atmosferico globale, che ogni anno uccide prematuramente 7 milioni di persone.*

*Gli sforzi della comunità sanitaria hanno contribuito all'inclusione del linguaggio "combustibili fossili" negli accordi COP28. Nel corso del 2023 e della COP28, i leader sanitari e le principali organizzazioni sanitarie hanno chiarito che, sebbene investire nei sistemi sanitari sia vitale per proteggere la salute delle persone, nessun sistema sanitario sarebbe in grado di mantenerle in buona salute nonostante i quasi 3°C di riscaldamento a cui stiamo andando incontro. sei attualmente diretto; inoltre, il solo contenimento delle emissioni di gas serra non eviterà la miriade di altri danni alla salute derivanti dalla combustione di carbone, petrolio e gas.*

*L'eliminazione graduale dei combustibili fossili, hanno insistito gli operatori sanitari, è un imperativo sanitario. Le voci della comunità sanitaria si sono unite a un coro di importanti governi, scienziati, imprese e gruppi climatici nel chiedere con successo che i combustibili fossili siano esplicitamente affrontati nell'accordo COP28.*

*Ma sebbene la COP28 abbia portato ad alcuni passi positivi, riteniamo che questi progressi comportino gravi lacune e limitazioni. Il fondo per perdite e danni è tristemente sottofinanziato, pari a meno dello 0,2% dei costi annuali per i paesi bisognosi.*

*L'accordo sull'adattamento non dispone di parametri con cui valutare i progressi dei paesi e manca del sostegno finanziario per garantire che i paesi a basso reddito non vengano lasciati indietro. Nel frattempo, le lacune nelle clausole sui combustibili fossili offrono ai paesi numerosi modi per giustificare un maggiore uso di petrolio e gas – come combustibili "di transizione", ad esempio, o utilizzando tecnologie di abbattimento non provate come la cattura e lo stoccaggio del carbonio.*

*È necessario un maggiore sostegno per politiche allineate alle evidenze: alla COP28, la rappresentanza record del settore sanitario è stata superata dai quasi 2.500 rappresentanti dell'industria dei combustibili fossili. In quanto voci fidate, gli operatori sanitari possono svolgere un ruolo chiave nel contrastare l'influenza di tali interessi.*

*La ricerca da sola non sarà sufficiente: sono necessarie maggiori risorse per supportare l'organizzazione e la formazione degli operatori sanitari nel lavoro politico, nelle competenze di advocacy e nella comunicazione, per costruire le competenze, la strategia e il coordinamento per guidare una risposta incentrata sulla salute al cambiamento climatico a livello globale, livello locale, nazionale e internazionale.*

*Affrontare il cambiamento climatico salverebbe immediatamente vite umane grazie alla riduzione dell'inquinamento atmosferico, all'aumento dell'attività fisica, a diete più sane e alla riduzione della disuguaglianza. I medici influenzano non solo il 4,6% dei gas serra prodotti dal settore sanitario, ma anche le loro comunità. Il loro numero e la fiducia del pubblico danno agli operatori sanitari un potere d'acquisto e un'influenza sociale che può amplificare gli effetti dei cambiamenti all'interno dell'assistenza sanitaria per contribuire a realizzare un cambiamento drammatico nelle norme sociali, nelle politiche e nei mercati, con il potenziale di aumentare l'adozione di soluzioni sostenibili di decarbonizzazione e resilienza in molteplici settori.*

*Da qui alla COP29, gli operatori sanitari possono dare l'esempio all'interno dei sistemi sanitari e assicurarsi che i leader nazionali continuino a sentire forte e chiaro che la salute dovrebbe essere al centro del processo decisionale relativo al clima, a livello nazionale e ad ogni COP a venire.*

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2314835?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX19cZLQBVZAbeBbAgLZ9HWbO%2Bv04%2FapnB%2Bb46s0Kq%2Fz7qwETbrycDIOPU1i9mtW2BAtlqqe n7Ub1oxOcdRsUdX8DKtHOX0hsdfH2hGtcoo5uuPy35eBsJKK%2FU0KudE%2Bp5UIoBhY77kF52TEg rpNLwcVPd18fsZ2VYITHdhRhtqhrG7xYw1AxCAomd8GRoqz4K7cnTbo87UAsjw%3D%3D&cid=NEJM+Weekend+Briefing%2C+April+13%2C+2024+DM2335903 NEJM Non Subscriber&bid=2070787753>

## Da sole 57 aziende sono responsabili dell'80% delle emissioni globali: la classifica

(reuters)

Mentre i cittadini vengono bombardati da raccomandazioni sulle scelte sostenibili per l'ambiente, sulla necessità di impegnarsi per un mondo più green e unirsi alla lotta alla crisi climatica, c'è un dato impressionante che ci riporta con facilità alla realtà delle cose: la stragrande maggioranza delle emissioni globali di CO<sub>2</sub>, circa l'80%, è riconducibili a sole 57 società. Parliamo di Stati, entità pubbliche, oppure di partecipazioni statali e di industrie quasi tutte collegate a combustibili fossili come carbone, petrolio, gas e alla produzione di cemento.

Quasi sessanta società che dall'Accordo di Parigi (2015) in poi hanno continuato senza sosta ad emettere, alcune ampliando anche la propria produzione. Cinque dozzine di imprese - fra le quali anche l'Adnoc di cui il presidente della Cop28 è amministrato delegato, oppure l'italiana Eni - che hanno contribuito secondo i dati aggiornati del progetto Carbon Majors a impattare ulteriormente sul riscaldamento del Pianeta.

Il rapporto pubblicato in questi giorni da InfluenceMap è un aggiornamento, rispetto agli ultimi dati del 2017, del progetto Carbon Majors, grande database di dati che tiene traccia della produzione di combustibili fossili e analizza le emissioni di 122 società considerate dei veri e propri "motori" della crisi climatica. Nell'Accordo di Parigi del 2015 i governi mondiali si erano impegnati a ridurre fortemente i gas serra attraverso politiche di decarbonizzazione eppure, dimostra il report, la maggior parte dei produttori di combustibili fossili ha aumentato sia la produzione sia le relative emissioni dal 2015 al 2022 rispetto agli anni precedenti all'Accordo.

Nel dettaglio il 65% degli enti statali e il 55% delle aziende del settore privato hanno aumentato la produzione. Due le principali classifiche stilate grazie al database aggiornato. La prima riguarda la Top 10 degli "enti storici", ovvero gli Stati e le aziende tracciati a livello di emissioni secondo i dati che vanno dal 1854 al 2022.

Table 3: Top 20 Carbon Majors entities by emissions (1854–2022)<sup>12</sup>

Entity	Total emissions (MtCO <sub>2e</sub> )	CO <sub>2</sub> emissions (MtCO <sub>2</sub> )	Percentage of global CO <sub>2</sub> emissions
China (Coal)	276,458	248,397	14.0%
Former Soviet Union	135,113	120,875	6.8%
Saudi Aramco	68,832	64,352	3.6%
Chevron	57,898	52,797	3.0%
ExxonMobil	55,105	49,537	2.8%
Gazprom	50,687	41,031	2.3%
National Iranian Oil Co.	43,112	39,282	2.2%
BP	42,530	38,788	2.2%
Shell	40,674	36,528	2.1%
Coal India	29,391	26,408	1.5%
Poland	28,750	25,832	1.5%
Pemex	25,497	23,384	1.3%
Russian Federation	23,412	21,036	1.2%
China (Cement)	23,161	23,161	1.3%
ConocoPhillips	20,222	17,916	1.0%
British Coal Corporation	19,745	17,741	1.0%
CNPC	18,951	17,194	1.0%
Peabody Coal Group	17,735	15,935	0.9%
TotalEnergies	17,584	15,935	0.9%
Abu Dhabi National Oil Co (ADNOC)	17,383	15,929	0.9%

<sup>12</sup> The total emissions values in the table above include fugitive methane emissions in MtCO<sub>2</sub> equivalent units, however only total CO<sub>2</sub> figures are factored into the calculation of an entity's percentage of global fossil fuel and cement emissions.

Al primo posto tra queste ci sono la Cina del carbone per un totale di 276,458 di milioni di tonnellate di CO<sub>2</sub> equivalente e il 14% delle emissioni globali, seguita da quella che è considerata l'ex Unione



Sovietica (6.8%) e poi da Saudi Aramco (3,6%), Chevron (3%) ed Exxonmobil (2,8%). Gazprom (2.3%), National Iranian Oil Co (2.2%), BP (2,2%), Shell (2,1%) e Coal India (1,5%). L'Eni è al 33° posto (0,45%).

**Table 5: Top 10 investor-owned companies by emissions (1854–2022)<sup>15</sup>**

Investor-owned company	Total emissions (MtCO <sub>2</sub> e)	CO <sub>2</sub> emissions (MtCO <sub>2</sub> )	Percentage of global CO <sub>2</sub> emissions
Chevron	57,898	52,797	3.0%
ExxonMobil	55,105	49,537	2.8%
BP	42,530	38,788	2.2%
Shell	40,674	36,528	2.1%
ConocoPhillips	20,222	17,916	1.0%
Peabody Coal Group	17,735	15,935	0.9%
TotalEnergies	17,584	15,935	0.9%
Occidental Petroleum	12,907	11,591	0.7%
BHP	11,042	9,903	0.6%
CONSOL Energy	10,490	9,413	0.5%

L'altra top ten riguarda invece le dieci compagnie principali per emissioni da dopo l'Accordo di Parigi e fino al 2022: in questo caso ai primi posti si trovano Saudi Aramco al 4.8%, Gazprom 3.3%, Coal India 3%, National Iranian Oil Co 2.8% e Rosneft 2.1%. Seguono CNPC (1,7%), Adnoc (1,7%), ExxonMobil (1,4%), Iraq National Oil Co (1,4%) e Shell (1,2%).

In generale le società di proprietà degli investitori rappresentano circa il 31% di tutte le emissioni, quelle statali sono collegate al 33%, mentre gli stati nazionali rappresentano il restante 36%.

**Table 6: Top 10 investor-owned companies by emissions (2016–2022)<sup>16</sup>**

Investor-owned company	Total emissions (MtCO <sub>2</sub> e)	CO <sub>2</sub> emissions (MtCO <sub>2</sub> )	Percentage of global CO <sub>2</sub> emissions
ExxonMobil	4,086	3,619	1.4%
Shell	3,621	3,162	1.2%
BP	3,513	3,111	1.2%
Chevron	3,326	2,946	1.2%
TotalEnergies	2,877	2,535	1.0%
Peabody Coal Group	2,394	2,151	0.8%
Glencore	2,313	2,079	0.8%
Lukoil	2,310	2,111	0.8%
Eni	1,752	1,528	0.6%
BHP	1,709	1,545	0.6%

Ci sono poi alcune società di proprietà degli investitori, come ExxonMobil, Shell, BP, Chevron e Total energies, che negli ultimi sette anni sono state tra i maggiori contributori a livello di emissioni climalteranti anche se a preoccupare sono forse ancor di più le emissioni legate ai produttori statali, soprattutto nel settore asiatico del carbone.

Secondo il creatore di Carbon Majors, Richard Heede, "è moralmente riprovevole che le aziende continuino ad espandere l'esplorazione e la produzione di combustibili derivanti dal carbonio nonostante la consapevolezza ormai da decenni che i loro prodotti siano dannosi".



Nonostante il quadro preoccupante e un contesto in cui gli scienziati indicano la necessità di una immediata *decarbonizzazione* per tentare di rallentare la crisi climatica, va però anche sottolineato come la maggior parte delle società presenti nelle classifiche abbiano fissato obiettivi di emissioni zero che passano per investimenti, ad esempio, nel mondo delle energie rinnovabili, oppure nell'addio (anche se graduale) al carbone.

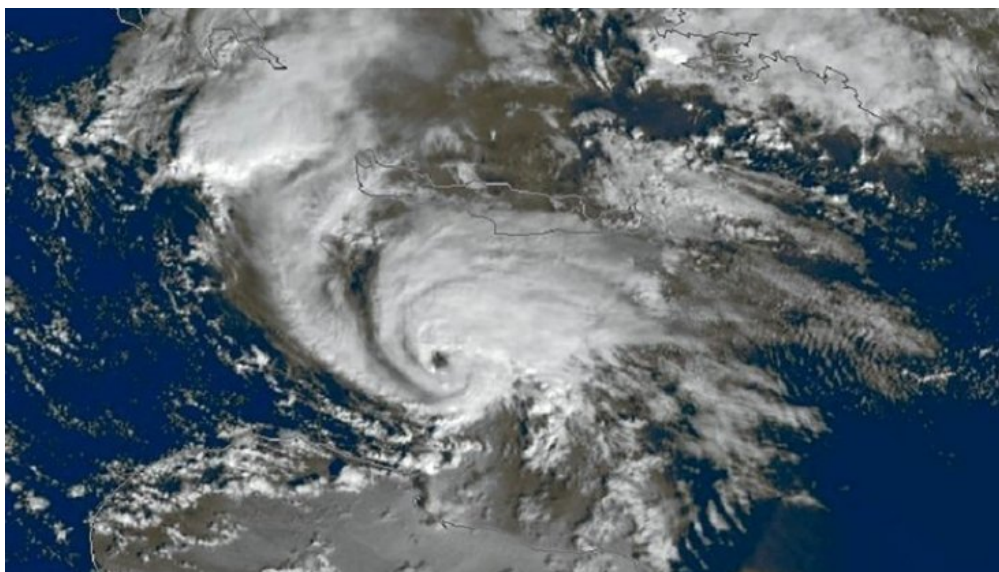
Una direzione però non sufficiente secondo Daan Van Acker di InfluenceMap secondo il quale gli enti in classifica si stanno muovendo "nella direzione sbagliata per la stabilità climatica. La nuova analisi di InfluenceMap mostra infatti che questo gruppo non sta rallentando la produzione, con la maggior parte degli enti che aumentano la produzione dopo l'Accordo di Parigi. Questa ricerca fornisce dunque un collegamento cruciale per costringere questi giganti dell'energia a rispondere delle conseguenze delle loro attività".

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/04/08/news/emissioni\\_globali\\_aziende\\_che\\_inquinano\\_di\\_piu-422439937/](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/04/08/news/emissioni_globali_aziende_che_inquinano_di_piu-422439937/)

## la Repubblica

### **Scoperta l'origine degli uragani del Mediterraneo: nei giorni precedenti la temperatura del mare si abbassa**

Fiammetta Cupellaro



Uno studio italiano pubblicato su "Nature" ha preso in esame i cicloni più intensi comparandoli a quelli extratropicali come Vaia. I ricercatori: "Uno strumento utile alla previsione dei 'medicane' con alcuni giorni di anticipo"

Quando nelle aree del Mediterraneo si generano i cosiddetti uragani mediterranei, o medicane (fusione di mediterranean hurricane), qualche giorno prima la superficie del mare si raffredda in modo sensibile: fino a 4°C. A scoprirlo è stato un team al quale hanno partecipato anche alcuni ricercatori dell'università Aldo Moro di Bari, oltre a quelli degli atenei di Catania, Genova, Cà Foscari, del Cnr-Isac e dell'Amp Plemmirio di Siracusa. Lo studio, intitolato [Fingerprinting Mediterranean hurricanes using pre-event thermal drops in seawater temperature](#) e pubblicato sulla rivista internazionale [Nature-Scientific reports](#), è stato coordinato dai ricercatori del Dipartimento di Scienze della Terra e geo-ambientali dell'ateneo pugliese.

I ricercatori hanno analizzato le temperature superficiali del Mediterraneo nei giorni precedenti a 52 differenti eventi di cicloni avvenuti dal 1969 al 2023. I medicane hanno caratteristiche simili ai cicloni

tropicali e con i loro "parenti" condividono la caratteristica spirale di nubi che si sviluppa intorno al nucleo caldo centrale. Soffiano venti molto forti e piogge abbondanti, ma a differenza dei cicloni tropicali la durata dei medicane è limitata a pochi giorni.

### **Nei casi più estremi un balzo di temperatura fino a 4°C**

"Per analizzare le temperature superficiali del mare - ha spiegato Giovanni Scardino, ricercatore barese del Dipartimento di Scienze della Terra, primo autore della ricerca e vincitore di un finanziamento di ateneo per lo studio dei medicane - prima e durante lo sviluppo di ognuno degli eventi ciclonici, abbiamo utilizzato dati satellitari e modelli di analisi estratti dal [Copernicus marine environment monitoring service](#)".

### **Le conseguenze di un medicane con epicentro sulle coste italiane**

"Selezionati tutti i cicloni con caratteristiche simil tropicali, che si sono generati nel Mediterraneo in un periodo di circa 50 anni, in confronto con i più intensi cicloni extratropicali che, nello stesso intervallo di tempo, hanno prodotto più danni lungo le aree costiere, ad esempio Vaia che nel 2018 ha avuto un forte impatto sulle coste settentrionali dell'Italia (oltre che sulle Alpi), ed Helios che nel 2023 ha causato ingenti effetti lungo le coste dello Ionio - spiega Giovanni Scardino - Analizzando le differenze di temperatura della superficie del mare, registrate nei dieci giorni precedenti la ciclogenesi, abbiamo riscontrato una importante diminuzione (tecnicamente definita Thermal Drop), fino a 4°C nei casi più estremi. Caratteristica che sembra essere quasi esclusiva dei medicane. Il fatto che tale fenomeno si manifesti qualche giorno prima del loro sviluppo potrebbe essere una forma di precursore di tali eventi che potrebbe comportare importanti considerazioni relative alla mitigazione del rischio costiero indotto dall'impatto degli uragani mediterranei".

### **"Sarà possibile prevederli?"**

Come spiega il professor Mario Marcello Miglietta, ordinario di Fisica dell'atmosfera all'Università di Bari e associato di ricerca del Cnr-Isac (Istituto di scienze dell'atmosfera e del clima), co-autore della ricerca, "i medicanes sono un particolare gruppo di cicloni mediterranei con caratteristiche simili ai cicloni tropicali e si sviluppano in seguito a forte instabilità baroclinica, come i normali cicloni delle medie latitudini (o extratropicali), ma poi si intensificano a seguito della forte interazione tra aria e mare, come i cicloni tropicali. I risultati dello studio hanno mostrato un comportamento peculiare dei medicane, che, se confermato su un più esteso dataset, potrebbe rappresentare uno strumento utile alla previsione degli uragani sul Mediterraneo con alcuni giorni di anticipo".

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/04/09/news/medicane\\_uragano\\_mediterraneo\\_origine-422453240/](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/04/09/news/medicane_uragano_mediterraneo_origine-422453240/)

## **la Repubblica**

### **In Italia il reddito medio si ridurrà del 15% a causa della crisi del clima**

**Giacomo Talignani**

(ansa)

Uno studio internazionale su "Nature" spiega come il riscaldamento globale impatterà sulle tasche dei cittadini del mondo da qui al 2050. Danni quantificabili in 38mila miliardi all'anno

In Italia il reddito medio dei cittadini si ridurrà del 15%, entro il 2050, a causa della crisi del clima. Il riscaldamento globale impatta sulla vita delle persone non solo in termini di salute, ma anche economici: ha effetti rilevanti per la crescita, le rese agricole, il turismo, la produttività del lavoro e le infrastrutture.

Con l'aumentare di questi impatti cresceranno anche i rischi generali per l'economia e, a livello mondiale, per via delle emissioni accumulate fino ad oggi e "dell'inerzia socio-economica", la stessa economia è destinata a "una riduzione media del reddito del 19% entro il 2050, equivalente a danni per 38.000 miliardi ogni anno.

Ad affermarlo, con uno studio pubblicato su Nature, sono alcuni ricercatori del Potsdam Institute for Climate Impacts Research (PIK) che analizzando 40 anni di dati e utilizzando modelli innovativi hanno tracciato gli scenari futuri, scoprendo oltretutto e per paradosso che "i danni economici superano già di sei

volte i costi di mitigazione necessari per limitare il riscaldamento globale a 2°C in questo arco di tempo a breve termine".

L'analisi permette di osservare anche come il reddito dei singoli Paesi sarà influenzato da qui al 2050: quello italiano si ridurrà appunto del 15%, meno rispetto a Grecia (17%) e Spagna (18%) ma di più rispetto alla Francia (13%).

Potremmo evitare questa riduzione? Per gli esperti del Potsdam Institute sì, ma a patto di una azione drastica e immediata, che sarà in grado di limitare le perdite ma forse solo nella seconda metà del secolo. Le variazioni esaminate non riguardano la perdita del Pil globale, ma solo la riduzione media del reddito dei cittadini nel mondo e sono state ottenute tramite un'analisi delle temperature combinate con altre variabili climatiche ed economiche.

Secondo gli esperti, sulla base di dati empirici provenienti da oltre 1.600 regioni di tutto il mondo negli ultimi 40 anni, "si prevedono forti riduzioni del reddito per la maggior parte delle regioni, tra cui il Nord America e l'Europa.

L'Asia meridionale e l'Africa saranno le più colpite.

Le riduzioni sono causate dall'impatto del cambiamento climatico su vari aspetti rilevanti per la crescita economica, come le rese agricole, la produttività del lavoro o le infrastrutture" ha spiegato Maximilian Kotz, scienziato primo autore dello studio.

A livello complessivo i danni annuali globali sono stimati in "38.000 miliardi di dollari, con una probabile forbice tra 19 e 59.000 miliardi di dollari nel 2050".

Danni che derivano principalmente dall'innalzamento delle temperature e dall'intensità (o scarsità) delle precipitazioni e lo studio suggerisce che "altri fenomeni meteorologici estremi, come tempeste o incendi, potrebbero farli aumentare ulteriormente".

Per Leonie Wenz, scienziata del PIK che ha preso parte allo studio, "la nostra analisi mostra che il cambiamento climatico causerà ingenti danni economici entro i prossimi 25 anni in quasi tutti i Paesi del mondo, anche in quelli altamente sviluppati come Germania, Francia e Stati Uniti.

Questi danni a breve termine sono il risultato delle nostre emissioni passate.

Avremo bisogno di maggiori sforzi di adattamento se vogliamo evitare almeno alcuni di questi danni. E dobbiamo ridurre drasticamente e immediatamente le nostre emissioni: in caso contrario, le perdite economiche diventeranno ancora più ingenti nella seconda metà del secolo, fino a raggiungere il 60% in media globale entro il 2100.

Questo dimostra chiaramente che proteggere il nostro clima è molto più conveniente che non farlo, e questo senza nemmeno considerare gli impatti non economici come la perdita di vite umane o di biodiversità".

Se i Paesi più avanzati pagheranno un prezzo in termini di riduzione del reddito, quel prezzo sarà però ancora più alto per i Paesi oggi meno responsabili delle emissioni.

Per il coautore dello studio Anders Levermann l'analisi evidenzia infatti "la notevole iniquità degli impatti climatici: troviamo danni quasi ovunque, ma i Paesi dei tropici saranno quelli che soffriranno di più perché sono già più caldi. Un ulteriore aumento della temperatura sarà quindi più dannoso in questi Paesi.

Si prevede che i Paesi meno responsabili del cambiamento climatico subiranno una perdita di reddito del 60% superiore a quella dei Paesi a più alto reddito e del 40% superiore a quella dei Paesi a più alte emissioni. Sono anche quelli che hanno meno risorse per adattarsi ai suoi impatti.

Spetta a noi decidere: un cambiamento strutturale verso un sistema di energia rinnovabile è necessario per la nostra sicurezza e ci farà risparmiare.

Rimanere sulla strada che stiamo percorrendo porterà a conseguenze catastrofiche. La temperatura del Pianeta può essere stabilizzata solo se smettiamo di bruciare petrolio, gas e carbone".

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/04/17/news/senza\\_interventi\\_di\\_mitigazione\\_il\\_reddito\\_medio\\_si\\_ridurra\\_del\\_15\\_per\\_cento\\_a\\_causa\\_della\\_crisi\\_del\\_clima-](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/04/17/news/senza_interventi_di_mitigazione_il_reddito_medio_si_ridurra_del_15_per_cento_a_causa_della_crisi_del_clima-)

## **La fine di El Niño ci darà un'estate meno calda? Se non succede abbiamo un problema**

**Giacomo Talignani**

*Secondo il fisico Pasini se l'esaurirsi del fenomeno non porterà ad un abbassamento delle temperature "dovremmo davvero preoccuparci. Credo e spero di non essere arrivati a una fase in cui il riscaldamento accelera a tal punto da non poter tornare indietro. Altrimenti sarebbero guai"*

*El Niño sta finendo. Anzi, per l'ufficio meteorologico australiano è "già finito", mentre per il Noaa (National Oceanic and Atmospheric Administration) statunitense "si sta indebolendo".*

*Come sappiamo dai dati appena pubblicati da Copernicus climaticamente parlando gli ultimi dieci mesi - i più caldi di sempre e consecutivi, in grado di battere tutti i record precedenti - sono stati un vero e proprio incubo per il Pianeta.*

*Il motivo principale dell'innalzamento delle temperature, con conseguenze drammatiche a livello di fenomeni meteo intensi, è da ricercarsi nella combinazione fra la crisi climatica innescata dall'uomo e il fenomeno naturale di El Niño .*

*Questo fenomeno, anche noto come ENSO, è periodico e provoca in generale un forte riscaldamento delle acque superficiali del Pacifico centro meridionale innescando un cambiamento della circolazione e una serie di condizioni, dalle ondate di calore alla siccità, dalle inondazioni sino all'aumento delle temperature, che impattano profondamente sulla vita della Terra.*

*Dopo alcuni anni del suo fenomeno opposto, La Niña - che tende al raffreddamento (a seconda delle zone) - la scorsa estate gli scienziati avevano annunciato il ritorno di El Niño prevedendo la durata di circa un anno. Un anno in cui il fenomeno ha contribuito a pesantissime siccità (dall'America all'Africa passando per l'Europa) e record di calore superati uno dietro l'altro.*

*Ora però la maggior parte degli scienziati concorda su una netta fase di indebolimento, dopo il picco raggiunto a dicembre e gennaio, e nelle prossime settimane si entrerà in una fase neutra. Poi, a partire da agosto circa, dovrebbe subentrare La Niña e ci si attende un generale abbassamento delle temperature, anche se non è affatto scontato dato che negli anni precedenti a El Niño, quando c'era appunto il suo opposto, non c'è stato quel contenimento termico che ci si poteva aspettare.*

*"Il fatto che stia finendo è noto - commenta Antonello Pasini, fisico del clima del Cnr - e da agosto dovrebbe, dopo una fase neutrale, iniziare La Niña, anche se per esempio gli australiani sono ancora dubbiosi e indicano un possibile perdurare della fase neutrale".*

*L'ufficio meteorologico dell'emisfero sud sostiene a suo dire che non ci siano certezze sulla formazione de La Niña entro fine anno o prima, come previsto invece per esempio dal Noaa.*

*Per l'Australia i segnali forniti dalla superficie del mare e altri indicatori oceanici mostrano che "ENSO resterà neutrale sino a luglio 2024" e non è chiaro quando subentrerà La Niña mentre per gli statunitensi c'è "una probabilità dell'85% che El Niño finisca e che il Pacifico tropicale passi a condizioni neutre entro il periodo aprile-giugno. C'è poi una probabilità del 60% che La Niña si sviluppi entro giugno-agosto.*

*Continuiamo ad aspettarci La Niña per l'autunno e l'inizio dell'inverno nell'emisfero settentrionale (circa l'85% di probabilità)" scrivono gli americani.*

*L'alternarsi delle due fasi è estremamente importante per le vite, l'economia e l'agricoltura globale, sebbene in Europa gli effetti di questo passaggio siano meno diretti. Con El Niño ricorda Pasini "si verificano siccità, ondate di calore e precipitazioni intense per esempio in America meridionale. Con La Niña ci si aspetta maggiore umidità e alluvioni in Australia o in certe zone dell'Asia.*

*In generale a livello globale il passaggio a La Niña dovrebbe portare a un abbassamento delle temperature nel mondo.*

*Il dovrebbe è d'obbligo però perché negli ultimi anni, fra i più caldi di sempre, La Niña c'è stata (in precedenza per oltre due anni, ndr) ma le temperature sono risultate comunque elevate.*

*Quello in arrivo sarà dunque un banco di prova, anche perché attualmente ci sono molte cose che non tornano e che dobbiamo capire".*

*Il riferimento è agli ultimi dieci mesi risultati estremamente bollenti a livello globale, con un trend del riscaldamento che sembra addirittura accelerato rispetto alle previsioni. "*

*Quello che sappiamo di certo come scienziati è che il surriscaldamento globale di origine antropica e El Niño insieme hanno contribuito a questi nuovi record, ma ci sono anche altri aspetti ancora molto dibattuti nella comunità scientifica.*

*Per esempio ci sono fattori come il surriscaldamento in Europa che potrebbe essere dovuto anche alla sottostima di alcune leggi passate come quelle che hanno portato a dire addio e a combattere le polveri raffreddanti, come i solfati e quei combustibili pieni di zolfo.*



Queste leggi attuate anni fa, che hanno tutelato in maniera importante la salute degli europei, potrebbero nel tempo aver favorito il brightening, cioè il fatto che la luce solare - senza più strati inquinanti - penetri più profondamente arrivando tutta sino al suolo che si riscalda di più riscaldando a sua volta l'atmosfera.

Prima questo stato di inquinanti, nei bassi strati, in qualche modo la rifletteva all'indietro non permettendo che tutta arrivasse.

Ora però le cose potrebbero essere cambiate". Un altro fattore potrebbe essere legato all'eruzione dell'Hunga Tonga nel 2022: "Studi indicano la possibilità che il vulcano, avendo emesso molto vapore acqueo, che di fatto è un gas serra, possa aver influito".

Secondo Pasini, se uniamo tutti questi fattori, dagli impatti di El Niño alla crisi climatica in corso sino potenzialmente agli effetti del vulcano o delle leggi, allora "in parte è comprensibile l'eccezionalità del riscaldamento degli ultimi 10 mesi, anche se secondo me potrebbero esserci altri aspetti, sfuggiti, da capire. Sicuramente, con l'arrivo de La Niña, sarà importante osservare i cambiamenti: se le temperature non dovessero abbassarsi, sarebbe un bel problema" spiega.

In attesa di comprendere come e se la formazione de La Niña potrà cambiare gli equilibri globali, il ricercatore del Cnr spiega che negli ultimi mesi un aspetto preoccupante è il fatto che "i mari si siano riscaldati molto, in particolare l'oceano Atlantico a livello tropicale.

Gli oceani hanno una capacità termica alta, fanno fatica a riscaldarsi velocemente, e allora perché si è verificato tutto questo riscaldamento marino? Abbiamo innescato qualche feedback finora non considerato? Credo sia molto importante indagare: se il surriscaldamento assurdo degli ultimi dieci mesi dovesse in qualche modo stopparsi un po' con l'addio a El Niño, allora molto probabilmente le cause sono da ricercarsi proprio in quel fenomeno iniziato un anno fa. Ma se non dovessero iniziare ad abbassarsi le temperature allora dovremmo davvero preoccuparci.

Personalmente, credo e spero di non essere arrivati a un tipping point, una sorta di soglia in cui il surriscaldamento accelera a tal punto da essere estremamente complesso poter tornare indietro. Altrimenti sarebbero guai".

[https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/04/16/news/fine\\_el\\_nino\\_impatto\\_clima-422544726/?ref=RHLM-BG-P3-S1-T1](https://www.repubblica.it/green-and-blue/2024/04/16/news/fine_el_nino_impatto_clima-422544726/?ref=RHLM-BG-P3-S1-T1)

## Pandemie, oggi e domani ...

**fanpage.it**

### **“L’arrivo di nuove pandemie è certo ma c’è un modo per prevenirle”: intervista a Hans Kluge (OMS Europa)**

L'intervista di Fanpage.it a Hans Kluge, direttore europeo dell'OMS, in occasione del 20esimo anniversario dell'Ufficio di Venezia: "Le minacce alla salute derivanti dal cambiamento climatico, dall'inquinamento e dalla perdita di biodiversità non sono rischi ipotetici per il futuro. Sono qui e ora. È impossibile prevedere l'origine della prossima grande emergenza sanitaria, ma possiamo certamente preparare i nostri sistemi sanitari ad affrontarla".

#### **A cura di Ida Artiaco**

continua su: <https://www.fanpage.it/attualita/larrivo-di-nuove-pandemie-e-certo-ma-ce-un-modo-per-prevenirle-lintervista-a-hans-kluge-oms-europa/>

<https://www.fanpage.it/>

“Le minacce alla salute derivanti dal cambiamento climatico, dall'inquinamento e dalla perdita di biodiversità non sono rischi ipotetici per il futuro. Sono qui e ora, il che rende la salute la ragione primaria per un'azione per il clima. L'emergere di malattie e nuove pandemie è una certezza assoluta – semplicemente non sappiamo quando o dove si verificheranno, ma dobbiamo prevenirle anche eliminando le disuguaglianze sanitarie”.



A parlare è Hans Kluge, direttore europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che a Fanpage.it ha fatto il punto della situazione sanitaria in Europa e nel mondo, con un occhio alla pandemia di Covid-19, alla cosiddetta Malattia X e ai rischi su possibili nuove epidemie che potremmo dover affrontare nei prossimi anni, in occasione del 20esimo anniversario dell'Ufficio OMS di Venezia.

Oggi, martedì 9 aprile, Kluge sarà presente nella città lagunare insieme a sindaci e decisori italiani e internazionali, nonché leader nei settori dell'economia, della salute, del benessere e dello sviluppo sostenibile per una discussione a favore di società resilienti e più sane che non lascino indietro nessuno.

### **Hans Kluge (Oms Europa).**

**Qual è stato l'obiettivo più importante raggiunto dall'Ufficio di Venezia dell'OMS negli ultimi 20 anni? E qual è quello per i prossimi 20?**

“Un obiettivo chiave dell'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo dell'OMS (Ufficio di Venezia) è quello di evidenziare le disuguaglianze sanitarie nelle nostre società e offrire soluzioni per affrontarle. Questo perché, purtroppo, la buona salute non è universale e dipende in gran parte da dove sei nato e dalle opportunità che hai nella vita.

Le disuguaglianze sanitarie sono principalmente determinate da fattori sociali ed economici. In effetti, i determinanti non clinici della salute (come istruzione, reddito, alloggio, discriminazione e sicurezza sul lavoro) possono avere un impatto maggiore sulla salute di una persona rispetto alle scelte sanitarie o allo stile di vita. Per migliorare la salute dobbiamo cominciare con l'affrontare le ragioni della cattiva salute. Il 22% della popolazione UE (95,3 milioni di persone) è a rischio di povertà o esclusione sociale.

Ed è qui che l'Ufficio di Venezia ha svolto un ruolo fondamentale. Negli ultimi due decenni ha sviluppato strumenti politici e parametri critici per aiutare i paesi a investire nella salute; ha prodotto rapporti sullo stato dell'equità sanitaria in tutta la regione europea, dando indicazioni su come i sistemi sanitari possono ridurre tali disuguaglianze; è alla guida di una coalizione di partner sulla salute e sul turismo, per contribuire a salvaguardare la salute dei turisti e dei paesi ospitanti, lavoratori e ambiente; ha rafforzato 41 autorità regionali attraverso l'iniziativa Regioni per la Salute; ha supportato 11 paesi attraverso l'Iniziativa Piccoli Paesi per garantire innovazioni tecnologiche e sociali per consentire alle persone di vivere una vita sana; ha fornito formazione a più di duemila professionisti della medicina su come prevenire la violenza di genere.

Uno sviluppo sbilanciato fa sì che le risorse per la crescita siano spesso concentrate in uno o due centri di un paese (normalmente le capitali). Queste disuguaglianze regionali hanno implicazioni sulla salute e sul modo in cui le nazioni riescono a riprendersi.

Vorrei esprimere profonda gratitudine al Professor Mario Monti, ex primo ministro italiano, per aver presieduto la Commissione Pan-europea per la salute e lo Sviluppo sostenibile, che ha formulato una serie di raccomandazioni basate sulle lezioni apprese dalla pandemia di Covid-19. Tra questi c'era un appello per la creazione di una task force globale sulla Salute e sulla Finanza che è stato subito ripreso dal G20, di cui ovviamente l'Italia è membro.

Con il continuo sostegno dell'Italia, i prossimi 20 anni saranno cruciali per contribuire a diffondere le idee innovative e gli strumenti realizzati dall'Ufficio di Venezia, che sono stati fondamentali per ottenere equità nella salute e sarà cruciale per colmare i divari sanitari regionali.

I prossimi due decenni vedranno enormi cambiamenti nella società, guidati in gran parte dalle nuove tecnologie, inclusa l'Intelligenza Artificiale, che hanno il potenziale per polarizzare ulteriormente le società e ampliare le disuguaglianze sanitarie. Questo rende la necessità per l'equità sanitaria ancora più rilevante e urgente nei prossimi anni, e l'Ufficio di Venezia continuerà ad essere presente in prima linea, riunendo diverse parti interessate per garantire l'accesso alla salute a tutti”.

**Secondo lei cosa ci ha insegnato la pandemia di Covid-19? I comportamenti dei cittadini sono in qualche modo cambiati?**

“La pandemia di Covid-19 ha scatenato una devastazione totale su scala globale e ne stiamo ancora facendo i conti in termini di crisi di salute mentale, soprattutto tra i nostri giovani, così come la crisi persistente del personale sanitario e assistenziale, per non parlare della perdita di fiducia nelle istituzioni, compresa in alcuni casi quella sanitaria.

Le lezioni della pandemia sono molteplici e continuiamo a impararle ogni giorno. Il Covid-19 ha acceso i riflettori su anni di investimenti insufficienti nei nostri sistemi sanitari e nel personale sanitario. Ha anche messo a nudo le evidenti disuguaglianze nella società: ad esempio, le persone di colore o quelle che appartengono a famiglie a basso reddito hanno avuto maggiori probabilità di morire di Covid-19 rispetto ad altri gruppi. Purtroppo, la pandemia ha anche portato alla ribalta il pericoloso nazionalismo dei vaccini da parte dei paesi che invece dovrebbero dividerli con il resto del mondo.

Sappiamo che almeno la metà della nostra salute è determinata dall'ambiente in cui nasciamo, viviamo, cresciamo, lavoriamo e invecchiamo. Sono queste circostanze sociali che guidano i nostri comportamenti.

I paesi che sono entrati nella pandemia in buona salute, con sistemi sanitari e assistenza sanitaria di base forti, se la sono cavata meglio. Ad esempio, nella regione europea dell'OMS si sono verificati 600mila decessi in eccesso durante la

*pandemia di Covid-19 nelle aree svantaggiate e a basso sviluppo umano. La privazione, la disuguaglianza e la povertà uccidono. Ridurle è cruciale per essere pronti a nuove pandemie”.*

### ***Nelle ultime settimane si parla di malattia X. Dobbiamo preoccuparci? Abbiamo gli strumenti per contrastarla?***

*“Innanzitutto, non c’è nulla di cui preoccuparsi. Malattia X è un termine utilizzato per riferirsi ad una futura e ancora non conosciuta patologia e per ricordarci che dobbiamo essere preparati in caso di possibili minacce del genere. In tutto il mondo, il numero di potenziali agenti patogeni è molto ampio, mentre le risorse per la ricerca sulle malattie e lo sviluppo è limitato.*

*Per garantire che gli sforzi siano mirati e produttivi, viene data priorità a un elenco di malattie e agenti patogeni per la ricerca e lo sviluppo in contesti di emergenza sanitaria pubblica. La malattia X fa parte dell’elenco per indicare una malattia sconosciuta. L’OMS lavora continuamente con scienziati, ricercatori, politici, comunità e altri partner per prepararsi alle minacce future.*

*In secondo luogo, ciò che dobbiamo fare ora è concentrarci sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie e, grazie all’azione dell’Ufficio di Venezia, che lavora a come evitare le disuguaglianze sanitarie, sappiamo cosa fare per colmare il divario di equità sanitaria.*

*In terzo luogo, è anche importante che tutti gli Stati membri, compresa l’Italia, sostengano i negoziati in corso per un Accordo pandemico globale (Global Pandemic Agreement), per garantire che quando arriverà la prossima pandemia, saremo collettivamente preparati ad affrontarla come una comunità globale unificata.*

*Esorto tutti i paesi ad adottare un approccio collettivo nella preparazione alla pandemia perché, come sappiamo bene, le malattie infettive non conoscono confini. È nostro dovere, nei confronti delle generazioni future, imparare la lezione dall’emergenza Covid-19 e costruire un’architettura sanitaria globale che non lasci indietro nessuno. Abbiamo tutti una responsabilità condivisa – per non parlare delle conseguenze condivise – per la prossima pandemia, quando e ovunque arriverà”.*

*I casi di dengue e di batteri mangia-carne sono in aumento in tutto il mondo. L’Europa è pronta a combattere una possibile epidemia o nuove pandemie?*

*“Il cambiamento climatico sta portando a cambiamenti anche nel comportamento, nella distribuzione e nel movimento di zanzare, uccelli e altri animali che diffondono malattie infettive come la dengue e la malaria in nuove aree.*

*Dall’inizio del secolo, il numero dei casi segnalati di dengue è aumentato di otto volte, colpendo ormai oltre 130 Paesi, tra cui l’Italia, che nel 2024 ha registrato finora più di 100 casi. Le minacce alla salute derivanti dal cambiamento climatico, dall’inquinamento e dalla perdita di biodiversità non sono rischi ipotetici per il futuro. Sono proprio qui e proprio ora, il che rende la salute la ragione primaria per un’azione per il clima.*

*Mentre le malattie trasmesse da vettori come la malaria e la dengue non possono portare a pandemie (perché non possono diffondersi da uomo a uomo), altre malattie zoonotiche possono farlo, come nel caso dell’influenza aviaria o suina.*

*Ecco perché l’Assemblea Mondiale della Sanità di quest’anno sarà un momento cruciale per la salute globale, poiché i paesi si uniranno per adottare con uno storico accordo un piano globale contro le pandemie. La sicurezza sanitaria globale è nell’interesse di tutti, non possiamo vedere un’altra pandemia o altre emergenze causate da malattie infettive emergenti in cui l’accesso ai vaccini è un privilegio per pochi.*

*Una volta raggiunto, questo accordo aiuterà a migliorare la trasparenza e i sistemi di allarme rapido in caso di epidemie potenzialmente pericolose; a garantire che gli operatori sanitari dispongano degli strumenti e della protezione di cui hanno bisogno; a facilitare uno sviluppo e una diffusione più rapidi ed equi di nuovi vaccini e medicinali in tutto il mondo; a migliorare le capacità di laboratorio e di sorveglianza e a consentire una risposta più rapida, migliore e più cooperativa alla prossima crisi sanitaria.*

*Questo accordo è interamente ad appannaggio degli Stati membri e non garantisce all’OMS alcun potere di controllo, nonostante le notizie false e le teorie del complotto che circolano.*

*Lo shock economico senza precedenti causato dalla pandemia di Covid-19, che continua ancora oggi, dovrebbe rappresentare un campanello d’allarme. L’unico modo per evitare che ciò accada di nuovo è riunirsi come comunità regionale e globale e concordare un piano pandemico che metta la salute al di sopra della politica e del profitto”.*

### ***Da dove potrebbe arrivare allora la nuova pandemia?***

*“L’emergere di malattie e nuove pandemie è una certezza assoluta – semplicemente non sappiamo quando o dove si verificheranno. La modernità e la globalizzazione hanno accelerato i processi attraverso i quali i nuovi agenti patogeni possono spostarsi in tutto il mondo a una velocità vertiginosa, come abbiamo visto con il Covid-19, e lo vedremo ancora. Inoltre, la deforestazione e l’invasione da parte dell’uomo della fauna selvatica, insieme agli impatti crescenti del cambiamento climatico, fanno sì che l’emergere di nuovi agenti patogeni possa diventare ancora più probabile. Una delle raccomandazioni chiave della Commissione Monti è quella di collocare una maggiore enfasi sul principio “One Health”, che vede il nostro benessere come indissolubilmente legato alla salute del pianeta e dell’ambiente naturale.*

*È impossibile prevedere l'origine della prossima grande emergenza sanitaria, ma possiamo certamente preparare i nostri sistemi sanitari ad affrontarla, a ridurre le possibilità che emergano nuovi agenti patogeni intervenendo sulla crisi climatica, e rendendo la società più equa e più giusta. Queste sono le cose che possiamo fare oggi, per contribuire a garantire un futuro più sano domani.*

*A tal proposito, l'OMS/Europa lancerà alla fine di questo mese una rete pan-europea per il controllo delle malattie, composta dai paesi dell'UE e da quelli extra-UE della regione europea, compresa l'Asia centrale. Questa era una delle altre raccomandazioni chiave formulate dalla Commissione Monti sugli insegnamenti tratti dalla pandemia. I membri di questa nuova rete mireranno a rilevare, verificare e informare reciprocamente e rapidamente sulle nuove minacce per la salute, dalle malattie infettive emergenti alla resistenza antimicrobica”.*

***L'annuncio della malattia della principessa Kate Middleton ha acceso i riflettori sul boom delle diagnosi di cancro tra i giovani. Quali potrebbero essere le cause di questa tendenza e come contrastarla?***

*“9 decessi su 10 nella regione europea sono causati da sole quattro malattie non trasmissibili: cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie, diabete e malattie croniche. Poco meno della metà di tutti i tumori sono prevenibili e la principale causa di quest'ultimi, compreso il cancro ai polmoni, il cancro della cavità orale e il cancro al seno in post-menopausa, sono legati allo stile di vita. Il cancro ai polmoni è principalmente legato all'uso di tabacco, ma gli altri due sono determinati dal tipo di alimenti che mangiamo, dalla mancanza di attività fisica e se siamo o meno in sovrappeso. La correlazione tra obesità e cancro è uno dei maggiori rischi tra i giovani adulti.*

*Anche in Italia le malattie cardiache e il cancro restano le principali cause di morte. Il tasso di fumatori adulti in Italia è leggermente superiore alla media UE, pari al 19,6%, complice una recrudescenza del fumo durante la pandemia. I valori del consumo di alcol e obesità sono inferiori alla media dell'UE, ma gli alti tassi di inattività fisica, soprattutto tra adolescenti, indicano il potenziale aumento dei tassi di obesità negli anni a venire.*

*L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro prevede che ci saranno più di 35 milioni di nuovi casi di cancro a livello globale entro il 2050, con un aumento del 77% rispetto ai livelli del 2022, e che i decessi saranno quasi raddoppiati dal 2012 a più di 18 milioni. L'uso del tabacco, il consumo di alcol e l'obesità sono fattori chiave alla base della crescente incidenza di cancro, così come l'invecchiamento e la crescita della popolazione”.*

***A proposito di invecchiamento della popolazione, come crede che risponderanno i sistemi europei a questa tendenza?***

*“Come il resto d'Europa, anche l'Italia si sta trasformando in un paese di anziani e ciò avrà implicazioni significative per le politiche e i servizi sanitari. La percentuale della popolazione di età pari o superiore a 65 anni è aumentata dal 18% nel 2000 al 23% nel 2021 – leggermente superiore alla media UE del 21%. Si prevede che questa quota aumenterà fino al 34% entro il 2050.*

*Quest'anno – il 2024 – segna il punto in cui il numero di persone anziane (di età superiore a 65 anni) supererà il numero di bambini e adolescenti (di età <15 anni) in Europa. Poiché gli esseri umani vivono sempre più a lungo – grazie in parte a una migliore assistenza sanitaria – si stima che entro il 2050 l'UE ospiterà circa 500mila persone di età pari o superiore a 100 anni. Immaginate: mezzo milione di centenari in Europa entro i prossimi 26 anni!*

*Sappiamo che almeno la metà della nostra salute è determinata da fattori sociali ed economici (come istruzione, alloggio, sicurezza del lavoro e reddito). Prevenire tutto ciò nella vita di una persona è quindi fondamentale se vogliamo raggiungere questo obiettivo evitando che aumenti la pressione sui nostri servizi sanitari.*

*Questi ultimi hanno l'opportunità e l'obbligo di reinventare l'assistenza sanitaria primaria (PHC) per gli anziani, integrandola con altre forme di assistenza centrata sulla persona, compresa l'assistenza comunitaria, l'assistenza secondaria e terziaria, e l'assistenza a lungo termine. Ciò migliorerà notevolmente la salute delle persone, rafforzerà l'inclusione sociale e accelererà il progresso verso obiettivi di sviluppo e salute, compresa la copertura sanitaria universale.*

*L'OMS è pienamente allineata alle priorità sanitarie dell'Italia che guida il G7. Ciò include la prevenzione per un invecchiamento sano e attivo, riformando l'OMS per renderla adatta allo scopo e sostenendo il principio “One Health” in tutte le politiche sanitarie.*

*Accolgo con grande favore l'impegno attuale e futuro dell'Italia nel continuare a costruire prove e strumenti per consentire ai paesi di investire nella salute e in società più sane, fondamentali per l'equità sanitaria e per comunità coese e sicure. L'Iniziativa europea per l'economia del benessere dell'OMS, guidata dall'Ufficio di Venezia, sta guidando gli sforzi dell'OMS/Europa nell'investire nell'equità e nel benessere”.*

***In Italia ci sono forze politiche che pensano di modificare i finanziamenti all'OMS, come la Lega. Qual è la sua risposta?***

*“Innanzitutto, critiche e discussioni costruttive sono sempre le benvenute. In quanto organizzazione basata sull'evidenza, siamo aperti a imparare dagli errori del passato o a esplorare soluzioni nuove e innovative, sempre guidati dalla scienza, e questo include essere aperti alla discussione su come finanziare adeguatamente l'Oms.*

*L'Italia è da molto tempo un partner fidato dell'OMS e rimarrà tale anche in futuro perché crede nell'importanza della sanità pubblica. Nel 2021 l'Italia è stata il settimo donatore a livello mondiale alla salute globale, donando 1 miliardo di dollari alle organizzazioni sanitarie multilaterali.*

Ha contribuito all'OMS con 62 milioni di dollari nel 2022-2023, di cui circa il 60% in finanziamenti flessibili, il che significa che l'OMS può spendere quei soldi come meglio crede. I finanziamenti flessibili implicano anche un forte livello di fiducia tra l'Italia e l'OMS. Sfortunatamente, le politiche e le ideologie polarizzanti stanno crescendo più che mai, e stiamo assistendo a questo fenomeno anche nel settore della salute globale.

Sarebbe un grave danno sia per l'Italia stessa che per il mondo se riducesse o smettesse di sostenere l'OMS e l'Ufficio di Venezia. Deviare fondi dall'OMS al settore sanitario italiano non risolverà le crescenti pressioni sulla salute e sul settore dell'assistenza sociale. Come sottolineato nelle priorità e nei risultati finali del G7 italiano, è necessaria una forte strategia di prevenzione e di sviluppo di soluzioni innovative.

Anche l'Italia trarrà molto vantaggio dall'impegno nell'ecosistema sanitario globale dell'OMS, dalla condivisione delle conoscenze con altri governi e di nuove soluzioni sanitarie digitali, all'applicazione delle norme e delle migliori pratiche dell'OMS".

<https://www.fanpage.it/attualita/larrivo-di-nuove-pandemie-e-certo-ma-ce-un-modo-per-prevenirle-lintervista-a-hans-kluge-oms-europa/>

## THE LANCET Infectious Diseases

Questo diario   Riviste   Pubblicare   Clinico   Salute globale   Multimedia   Eventi   Di

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

### Incidenza e mortalità globali, regionali e nazionali delle infezioni e delle eziologie delle vie respiratorie inferiori non legate al COVID-19, 1990-2021: un'analisi sistematica del Global Burden of Disease Study 2021

Collaboratori GBD 2021 per la riduzione delle infezioni respiratorie e della resistenza antimicrobica <sup>†</sup> •

[Mostra le note a piè di pagina](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 15 aprile 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00176-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00176-2) •

## Riepilogo

### Sfondo

Le infezioni delle vie respiratorie inferiori (LRI) contribuiscono in modo significativo alla morbilità e alla mortalità a livello globale. Nel periodo 2020-2021, gli interventi non farmaceutici associati alla pandemia di COVID-19 hanno ridotto non solo la trasmissione di SARS-CoV-2, ma anche la trasmissione di altri agenti patogeni LRI. Il monitoraggio dell'incidenza e della mortalità dell'LRI, nonché degli agenti patogeni responsabili, può guidare le risposte del sistema sanitario e le priorità di finanziamento per ridurre gli oneri futuri.

Presentiamo le stime del Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2021 del peso degli LRI non-COVID-19 e delle eziologie corrispondenti dal 1990 al 2021, compresi gli effetti pandemici sull'incidenza e sulla mortalità di malattie respiratorie selezionate virus, a livello globale, regionale e per 204 paesi e territori.

### Metodi

Abbiamo stimato la mortalità, l'incidenza e l'attribuzione dell'eziologia per LRI, definita dal GBD come polmonite o bronchiolite, non comprensiva di COVID-19.

Abbiamo analizzato 26.259 anni-sito di dati sulla mortalità utilizzando il modello Cause of Death Ensemble per stimare i tassi di mortalità LRI. Abbiamo analizzato tutte le fonti di dati disponibili specifiche per età e sesso, inclusa la letteratura pubblicata identificata da una revisione sistematica, nonché indagini sulle famiglie, ricoveri ospedalieri, richieste di

indennizzi di assicurazione sanitaria e stime di mortalità LRI, per generare stime internamente coerenti di incidenza e prevalenza. utilizzando DisMod-MR 2.1.

Per la stima dell'eziologia, abbiamo analizzato molteplici cause di morte, registrazione dei dati vitali, dimissione ospedaliera, laboratorio microbico e dati della letteratura utilizzando un modello di analisi di rete per produrre la proporzione di decessi ed episodi di LRI attribuibili ai seguenti patogeni: *Acinetobacter baumannii*, *Chlamydia spp*, *Enterobacter spp*, *Escherichia coli*, funghi, streptococco di gruppo B, *Haemophilus influenzae*, virus influenzali, *Klebsiella pneumoniae*, *Legionella spp*, *Mycoplasma spp*, infezioni polimicrobiche, *Pseudomonas aeruginosa*, virus respiratorio sinciziale (RSV), *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* e altri virus (ad es. , l'aggregato di tutti i virus studiati tranne l'influenza e l'RSV), nonché una categoria residua di altri agenti patogeni batterici.

### **Risultati**

A livello globale, nel 2021, abbiamo stimato 344 milioni (intervallo di incertezza al 95% [UI] 325–364) episodi di LRI, o 4350 episodi (4120–4610) per 100.000 abitanti e 2,18 milioni di decessi (1,98– 2.36), ovvero 27,7 decessi (25.1–29.9) ogni 100.000. 502.000 decessi (406.000–611.000) riguardavano bambini di età inferiore a 5 anni, tra cui 254.000 decessi (197.000– 320.000) si sono verificati in paesi con un basso indice socio-demografico.

Delle 18 categorie di agenti patogeni modellati nel 2021, *S pneumoniae* è stato responsabile delle proporzioni più elevate di episodi di LRI e decessi, con una stima di 97,9 milioni (92,1–104,0) episodi e 505 000 decessi (454 000–555 000 ) a livello globale. Gli agenti patogeni responsabili del secondo e del terzo numero di episodi più alto a livello globale sono stati altre eziologie virali (46,4 milioni [43,6–49,3] episodi) e *Mycoplasma spp* (25,3 milioni [23,5–27,2]), mentre quelli responsabili del secondo e del terzo numero di decessi più alti sono stati *S aureus* (424 000 [380 000–459 000]) e *K pneumoniae* (176 000 [158 000–194 000]). Dal 1990 al 2019, il tasso di mortalità globale LRI non-COVID-19 per tutte le età è diminuito del 41,7% (35,9–46,9), da 56,5 decessi (51,3–61,9) a 32 .9 decessi (29.9–35.4) ogni 100.000.

Dal 2019 al 2021, durante la pandemia di COVID-19 e l'attuazione degli interventi non farmaceutici associati, abbiamo stimato un 16.0% (13.1–18.6) declino del tasso di mortalità globale LRI non-COVID-19 per tutte le età, in gran parte dovuto ad un calo del 71,8% (63,8–78,9) del numero di decessi per influenza e ad un calo del 66,7% ( 56.6–75.3) diminuzione del numero di decessi per RSV.

### **Interpretazione**

Sono stati compiuti progressi sostanziali nella riduzione della mortalità da LRI, ma il peso rimane elevato, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito. Durante la pandemia di COVID-19, con i relativi interventi non farmaceutici associati, i casi globali di LRI e la mortalità attribuibile all'influenza e all'RSV sono diminuiti sostanzialmente.

L'ampliamento dell'accesso ai servizi sanitari e ai vaccini, tra cui *S pneumoniae*, *H influenzae* di tipo B e nuovi vaccini RSV, insieme a nuovi interventi a basso costo contro *S aureus*, potrebbe mitigare il carico di LRI e prevenire la trasmissione di agenti patogeni che causano LRI.

### **Finanziamento**

Fondazione Bill & Melinda Gates, Wellcome Trust e Dipartimento di sanità e assistenza sociale (Regno Unito).

### **Ricerca nel contesto**

#### **Prove prima di questo studio**

L'infezione delle vie respiratorie inferiori (LRI) è una malattia infettiva comune e mortale, in particolare nei bambini e negli anziani. Le precedenti iterazioni del Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) e le stime dell'OMS e del Maternal and Child Epidemiology Estimation Group hanno quantificato il peso dell'LRI per determinate eziologie nell'era pre-COVID-19. Inoltre, molti studi hanno stimato la diminuzione dell'incidenza o della mortalità dovuta alla LRI o a determinati agenti patogeni respiratori durante la pandemia di COVID-19, ma questi studi sono generalmente limitati a una o poche reti di sorveglianza, paesi o siti clinici.

Abbiamo cercato PubMed con i termini di ricerca ("infezione delle vie respiratorie inferiori\*" [Titolo/Abstract] O "LRI" [Titolo/Abstract]) AND ("mortalità" OR "incidenza") AND "globale\*" AND ("eziologia" OR "patogeno") senza restrizioni linguistiche, per articoli pubblicati dal 1 gennaio 2021 al 16 giugno 2023.

Non abbiamo identificato alcuno studio che valutasse i livelli globali e le tendenze del carico di LRI in tutte le età, attribuibili a una serie completa di eziologie, in tutti i paesi e compresi gli effetti della pandemia di COVID-19 fino all'anno 2021.

#### **Valore aggiunto di questo studio**

Questo studio fornisce due miglioramenti chiave rispetto al precedente studio sulla GBD: stima ampliata dell'eziologia e valutazione dell'impatto della pandemia di COVID-19.



Abbiamo prodotto stime del carico LRI non-COVID-19 attribuibile a un insieme completo di 18 diverse eziologie ( *Acinetobacter baumannii*, *Chlamydia* spp, *Enterobacter* spp, *Escherichia coli*, funghi, streptococco di gruppo B, *Haemophilus influenzae*, influenza, *Klebsiella pneumoniae*, *Legionella* spp, *Mycoplasma* spp, infezioni polimicrobiche, *Pseudomonas aeruginosa*, virus respiratorio sinciziale [RSV], *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* e altri virus, nonché una categoria residua di altri agenti patogeni batterici). 13 di queste eziologie sono state recentemente incluse nello studio GBD, ampliando significativamente la nostra comprensione delle diverse cause dell'LRI. Inoltre, questa ricerca, che modella l'anno 2021, stima la riduzione dell'incidenza e della mortalità LRI non-COVID-19 osservata durante il periodo pandemico COVID-19. Inoltre, abbiamo aggiunto molte nuove fonti di dati sulla morbilità e mortalità dell'LRI a partire dal GBD 2019, che abbracciano ampiamente il tempo e la geografia, consentendoci di rivedere e migliorare le stime degli anni precedenti.

Nel complesso, questi miglioramenti contribuiscono a una comprensione più completa e aggiornata del peso globale dell'LRI, incorporando eziologie precedentemente non contabilizzate e considerando l'influenza della pandemia di COVID-19 sulle infezioni respiratorie. Queste informazioni hanno un valore inestimabile per gli operatori sanitari, i politici e i ricercatori nello sviluppo efficace di interventi mirati per combattere gli LRI.

### **Implicazioni di tutte le prove disponibili**

Con una comprensione completa delle eziologie dell'LRI e del loro impatto, le autorità sanitarie possono progettare interventi mirati per affrontare specifici agenti patogeni responsabili delle infezioni respiratorie. Questi interventi potrebbero includere campagne di vaccinazione, migliori misure di controllo delle infezioni e strategie di diagnosi precoce e trattamento. Questo studio ha rilevato che lo *S pneumoniae* è la causa più comune di morte per LRI nel 2021, seguito da *S aureus* e *K pneumoniae*.

Durante la pandemia di COVID-19, in seguito all'implementazione di interventi non farmaceutici come l'uso di mascherine e le restrizioni alla mobilità, abbiamo osservato un calo dell'incidenza e della mortalità globale dell'influenza e dell'infezione da RSV.

Dal 1990, l'incidenza e la mortalità dovute alla LRI sono notevolmente diminuite, soprattutto nei bambini di età inferiore ai 5 anni, mentre i tassi di mortalità negli adulti, soprattutto quelli di età pari o superiore a 70 anni, hanno avuto un tasso di declino più lento. La nostra analisi evidenzia in particolare la diminuzione delle eziologie prevenibili con il vaccino, *S pneumoniae* e *H influenzae*, e l'importanza di mantenere ed espandere la copertura vaccinale contro questi batteri. Abbiamo anche riscontrato un'elevata mortalità attribuibile ad eziologie non prevenibili con il vaccino, incluso *S. aureus*; lo sviluppo di terapie preventive e vaccini per questi agenti patogeni dovrebbe ricevere ulteriori investimenti e ricerche. Inoltre, con l'aumento della minaccia della resistenza antimicrobica, diventano essenziali una solida sorveglianza dei patogeni, l'identificazione dei patogeni nei punti di cura e l'attuazione di strategie per ridurre l'uso eccessivo di antibiotici.

L'onere dell'LRI rimane altamente iniquo, con decessi e casi altamente concentrati nei paesi a basso e medio reddito; quindi, tutti gli interventi devono essere finanziariamente accessibili e distribuiti nelle aree con un elevato carico di LRI.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00176-2/fulltext?dqcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00176-2/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

## **L'Oms lancia CoViNet: una rete globale per i coronavirus**

L'obiettivo della rete è facilitare e coordinare le competenze e le capacità globali per il rilevamento, il monitoraggio e la valutazione precoci e accurati di Sars-CoV-2, Mers-CoV e nuovi coronavirus di importanza per la salute pubblica.

**28 MAR -**

L'Oms ha lanciato una nuova rete per i coronavirus, CoViNet, per facilitare e coordinare le competenze e le capacità globali per il rilevamento, il monitoraggio e la valutazione precoci e accurati di Sars-CoV-2, Mers-CoV e nuovi coronavirus di importanza per la salute pubblica.

CoViNet è una rete di laboratori globali con esperienza nella sorveglianza del coronavirus umano, animale e ambientale, in un approccio globale One Health quindi, e amplia la rete di laboratori di riferimento dell'Oms per il Covid-19 istituita durante i primi giorni della pandemia. Inizialmente, infatti, la rete di laboratori si concentrava sul Sars-CoV-2, ma ora si occuperà di una gamma più ampia di coronavirus, tra cui Mers-CoV e potenziali nuovi coronavirus.

La rete comprende attualmente 36 laboratori di 21 paesi in tutte e 6 le regioni dell'Oms . I rappresentanti dei laboratori, spiega una nota, si sono incontrati a Ginevra il 26 e 27 marzo per finalizzare un piano d'azione per il 2024-2025 in modo che gli Stati membri dell'Oms siano meglio attrezzati per la diagnosi precoce, la valutazione del rischio e la risposta alle sfide sanitarie legate al coronavirus.

La collaborazione, sottolinea una nota, evidenzia l'importanza di una maggiore sorveglianza, capacità di laboratorio, sequenziamento e integrazione dei dati per informare le politiche dell'Oms e supportare il processo decisionale.

"I coronavirus hanno ripetutamente dimostrato il loro rischio epidemico e pandemico. Ringraziamo i nostri partner di tutto il mondo che stanno lavorando per comprendere meglio i coronavirus ad alto rischio come Sars, Mes e Covid-19 e per rilevare nuovi coronavirus – ha affermato la dott.ssa **Maria Van Kerkhove**, direttrice ad interim del Dipartimento di preparazione e prevenzione epidemica e pandemica dell'Oms – questa nuova rete globale per i coronavirus garantirà il rilevamento, il monitoraggio e la valutazione tempestivi dei coronavirus di importanza sanitaria pubblica".

I dati generati attraverso gli sforzi di CoViNet guideranno il lavoro dei gruppi consultivi tecnici dell'Oms sull'evoluzione virale (TAG-VE) e sulla composizione dei vaccini (TAG-CO-VAC) e altri, garantendo che le politiche e gli strumenti sanitari globali siano basati sulle informazioni scientifiche più recenti.



[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=121234](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=121234)


## THE LANCET Infectious Diseases

Questo diario   Riviste   Pubblicare   Clinico   Salute globale   Multimedia   Eventi   Di

ARTICOLI | PRIMA IN LINEA

Regime vaccinale contro la malattia da virus Ebola Ad26.ZEBOV, MVA-BN-Filo più richiamo Ad26.ZEBOV a 1 anno rispetto a 2 anni negli operatori sanitari e in prima linea nella Repubblica Democratica del Congo: risultati secondari ed esplorativi di uno studio aperto etichetta, randomizzato, studio di fase 2

Ynke Larivière, MSc   • Dottore Tesor Zola Matuvanga • Bernard Isekah Osang'ir, MSc • Solange Milolo, MD • Rachel Meta, MD • Primo Kimbulu, MScS • et al. [Mostra tutti gli autori](#) • [Mostra le note a piè di pagina](#)

Pubblicato: 26 marzo 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00058-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00058-6) •  Check for updates

### Riepilogo

#### Sfondo

Gli operatori sanitari e gli operatori in prima linea corrono il rischio di contrarre la malattia da virus Ebola durante un'epidemia da virus Ebola e di conseguenza di diventare portatori della malattia. Abbiamo mirato a valutare l'immunogenicità a lungo termine del regime vaccinale Ad26.ZEBOV, MVA-BN-Filo e la sicurezza e la risposta della memoria immunitaria a una vaccinazione di richiamo Ad26.ZEBOV a 1 anno o 2 anni dopo la prima dose in questo a popolazione a rischio.

#### Metodi

Questo studio di fase 2, in aperto, monocentrico, randomizzato, è stato condotto in un centro di studio all'interno di un ospedale a Boende, nella Repubblica Democratica del Congo. Gli operatori sanitari adulti e gli operatori in prima linea, esclusi quelli con una storia nota di malattia da virus Ebola, sono stati vaccinati con un regime eterologo a due dosi somministrato a un intervallo di 56 giorni tramite un'iniezione intramuscolare di 0,5 ml nel muscolo deltoide. , comprendente Ad26.ZEBOV come prima dose e MVA-BN-Filo come seconda dose. Dopo la vaccinazione iniziale il giorno 1, i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale (1:1) tramite buste di randomizzazione, aperte in ordine sequenziale, a ricevere una vaccinazione di richiamo Ad26.ZEBOV a 1 anno (gruppo 1) o 2 anni (gruppo 2) dopo la prima dose. Presentiamo gli obiettivi secondari ed esplorativi dello studio: i risultati dell'obiettivo primario sono stati pubblicati altrove. Abbiamo misurato l'immunogenicità in sei punti temporali per gruppo come concentrazioni medie geometriche (GMC) di anticorpi leganti IgG specifici per la glicoproteina del virus Ebola, utilizzando il test ELISA Filovirus Animal Non-Clinical Group. Abbiamo valutato gli eventi avversi gravi che si sono verificati fino a 6 mesi dopo l'ultima dose e gli eventi avversi locali e sistemici sollecitati e non richiesti segnalati per 7 giorni dopo la vaccinazione di richiamo. Le risposte anticorpali sono state analizzate per protocollo, gli eventi avversi gravi per set di analisi completo (FAS) e gli eventi avversi per tutti i partecipanti alla FAS potenziati. Questo studio è registrato come completato su [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04186000) ( [NCT04186000](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04186000) ).

### **Risultati**

Tra il 18 dicembre 2019 e l'8 febbraio 2020, sono stati arruolati 699 operatori sanitari e operatori in prima linea e 698 sono stati assegnati in modo casuale (350 al gruppo 1 e 348 al gruppo 2 [FAS]); 534 (77%) partecipanti erano uomini e 164 (23%) donne. Hanno ricevuto il richiamo 319 nel gruppo 1 e 317 nel gruppo 2. 29 (8%) nel gruppo 1 e 26 (7%) nel gruppo 2 non hanno completato lo studio, principalmente a causa della perdita del follow-up o dell'uscita dall'area di studio. In entrambi i gruppi, il dolore o la dolorabilità al sito di iniezione (87 [27%] su 319 partecipanti del gruppo 1 vs 90 [28%] su 317 partecipanti del gruppo 2) e mal di testa (91 [29%] vs 93 [29%]) sono stati i sintomi più comuni. gli eventi avversi più comuni segnalati relativi al prodotto in studio. Un partecipante (nel gruppo 2) ha avuto un evento avverso grave correlato dopo la vaccinazione di richiamo (febbre  $\geq 40^{\circ}\text{C}$ ). Prima della vaccinazione di richiamo, le GMC degli anticorpi IgG leganti la glicoproteina specifica del virus Ebola erano 279,9 unità ELISA (UE) per mL (IC 95% 250,6–312,7) in 314 partecipanti del gruppo 1 (1 anno dopo la prima dose) e 274,6 EU/mL (242,1–311,5) in 310 partecipanti del gruppo 2 (2 anni dopo la prima dose). Questi valori erano 5,2 volte più alti nel gruppo 1 e 4,9 volte più alti nel gruppo 2 rispetto a prima della vaccinazione del giorno 1. 7 giorni dopo la vaccinazione di richiamo, questi valori sono aumentati a 10.781,6 EU/mL (9.354,4–12.426,4) per il gruppo 1 e 10.746,9 EU/mL (9208,7–12.542,0) per il gruppo 2, che erano circa 39 volte superiori rispetto a prima della vaccinazione di richiamo in entrambi i gruppi. 1 anno dopo la vaccinazione di richiamo in 299 partecipanti del gruppo 1, si osservava ancora un GMC 7,6 volte superiore rispetto a prima della vaccinazione di richiamo (2133,1 EU/mL [1827,7–2489,7]).

### **Interpretazione**

Nel complesso, il regime vaccinale e la dose di richiamo sono stati ben tollerati. Una risposta immunitaria umorale simile e robusta è stata osservata per i partecipanti potenziati 1 anno e 2 anni dopo la prima dose, supportando l'uso del regime e la flessibilità della somministrazione della dose di richiamo per la vaccinazione profilattica nelle popolazioni a rischio.

### **Finanziamento**

Iniziativa sui medicinali innovativi 2 Impresa comune e coalizione per le innovazioni in materia di preparazione alle epidemie.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00058-6/abstract?dqcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00058-6/abstract?dqcid=raven_jbs_aip_email)

## I rischi legati a possibili mutazioni del virus dell'influenza aviaria

Secondo Ecdc ed Efsa, la trasmissione diretta dagli uccelli agli esseri umani rimane un evento raro, mentre si sono verificati casi da volatili ad altre specie di mammiferi. Ed è stato segnalato il secondo caso di contagio umano negli Stati Uniti

Il virus dell'influenza aviaria **A(H5N1)** continua a mutare, e con le **migrazioni** degli uccelli selvatici i ceppi attualmente in circolazione fuori dall'Europa potrebbero valicare i confini del nostro continente e trasportare **varianti** potenzialmente sempre più abili a infettare i mammiferi. A segnalarlo è un rapporto elaborato congiuntamente dallo European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) e dalla European Food Safety Authority (Efsa). Le due agenzie sottolineano inoltre il rischio di una **trasmissione su larga scala** se il virus dovesse acquisire la capacità di diffondersi fra gli esseri umani, data la vulnerabilità del nostro sistema immunitario ai virus H5, che non sono mai ampiamente circolati all'interno della nostra specie.

### Influenza aviaria: l'identikit

L'influenza aviaria, si legge sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), è in grado di infettare pressoché **tutte le specie di uccelli note**, con le anatre selvatiche che sono considerate fra i principali serbatoi naturali dei diversi ceppi del virus che causa la malattia. Quest'ultima ha raggiunto persino l'Antartide: lo hanno riferito lo scorso febbraio i ricercatori di un centro di ricerca spagnolo, che hanno identificato il virus H5N1 in due volatili trovati morti vicino alla base antartica "Primavera".

L'influenza aviaria può manifestarsi nei volatili in **forma leggera** oppure in **forme altamente patogeniche e contagiose**, che insorgono spesso in modo improvviso e causano il decesso dell'animale in tempi brevi quasi nel 100% dei casi. I sottotipi noti di virus influenzali che infettano i volatili sono almeno 15 e quelli più patogeni sono i sottotipi **H5** (H5N1, H5N8), **H7** (H7N7) e **H9** (H9N2) del virus di tipo A.

### Non solo volatili

Ma l'influenza aviaria non colpisce solamente i volatili e, come sottolinea il rapporto di Ecdc ed Efsa, **la trasmissione dagli uccelli a diverse specie di mammiferi è stata già documentata**. All'inizio di quest'anno, ad esempio, sempre il ceppo H5N1 ha causato una strage di elefanti marini in Argentina, mentre lo scorso anno si era verificata un'epidemia all'interno di un allevamento di visoni in Spagna.

Pochi giorni fa, inoltre, il Department of State Health Services del Texas (Stati Uniti) ha notificato un caso di **infezione umana negli Stati Uniti** causato dal virus H5N1, presumibilmente legato al contatto con mucche da latte infettate. Il sintomo principale riportato dal paziente è stata la congiuntivite. Si tratta del secondo caso di influenza aviaria in un essere umano negli States, il primo legato a un **ceppo che ha già colpito diversi bovini in Texas e Kansas**.

In generale, riporta l'Iss, le manifestazioni della malattia nell'essere umano possono variare da lievi infezioni delle vie respiratorie superiori, con **febbre e tosse**, a forme più gravi che possono causare **polmoniti, difficoltà respiratorie, shock**.

### Il report di Ecdc ed Efsa

Ad oggi, si legge nel rapporto di Ecdc ed Efsa, **“nonostante i numerosi eventi di esposizione umana ai virus dell'influenza aviaria A(H5N1) clade 2.3.4.4b”, non sono stati rilevati casi di infezioni sintomatiche negli umani all'interno dell'Unione Europea**. Il clade 2.3.4.4b del virus A(H5N1) è quello attualmente in circolazione e, proseguono gli esperti, ha già dimostrato la capacità di mutare per adattarsi ad infettare i mammiferi: **“L'accumulo necessario di diverse mutazioni genetiche di adattamento ai mammiferi - prosegue il report - avverrebbe probabilmente solo attraverso un processo graduale e lungo**, anche se singole mutazioni specifiche nel gene della haemagglutinin (Ha) potrebbero alterare il legame con il recettore, portando a virus meglio adattati a legarsi ai recettori umani”.

Fondamentale quindi **non sottovalutare il rischio** e mettere in atto le necessarie **misure preventive**, come il potenziamento della sorveglianza per le infezioni sia negli esseri umani che negli animali, lo sviluppo di test diagnostici rapidi e la vaccinazione del pollame. **“La trasmissione da uccelli infetti agli umani rimane un**

evento raro, con nessun caso di infezione umana confermata in EU/EEA”, conclude Angeliki Melidou, esperto principale di virus respiratori di Ecdc: “Tuttavia, la possibilità che i virus dell’influenza aviaria si adattino agli umani e causino una pandemia rimane una preoccupazione. La vigilanza continua, gli sforzi di preparazione e una maggiore comprensione delle cause sottostanti sono quindi cruciali”.

<https://www.wired.it/article/influenza-aviaria-virus-mutazioni-rischi-contagio-rapporto-ecdc-efsa/>

**quotidianosanita.it**

## **Long Covid. Eterogeneità delle cure nei Centri italiani. Ma sulla sindrome c'è ancora molto da fare. Il documento dell'Oms Europa**

Un [summary report](#) dell'Oms passa in rassegna l'approccio alla gestione del trattamento del long Covid in alcuni Paesi europei, tra cui l'Italia. In generale i Paesi di tutto il mondo stanno ancora adattando i loro servizi sanitari per soddisfare le esigenze dei pazienti con Long Covid e i sistemi di sorveglianza non sono ancora sufficientemente solidi per offrire una rappresentazione del tutto accurata della sua prevalenza

**24 APR -**

*Eterogeneità delle cure e criticità nel raccordo tra strutture ospedaliere, servizi territoriali e medicina di base.*

*Il trattamento del Long Covid marcia a differenti velocità nei centri italiani, e non mancano sfide organizzative, anche relative ai finanziamenti.*

*Ma in generale i Paesi di tutto il mondo stanno ancora adattando i loro servizi sanitari per soddisfare le esigenze dei pazienti con Long Covid e i sistemi di sorveglianza non sono ancora sufficientemente solidi per offrire una rappresentazione del tutto accurata della prevalenza della sindrome e del fatto che i servizi soddisfino le esigenze dei pazienti.*

*A scattare la fotografia è un [summary report](#) appena pubblicato dall'Oms Europa, che passa in rassegna l'approccio alla gestione del trattamento del long Covid in alcuni Paesi europei, tra cui anche l'Italia. A coordinare il lavoro per la parte riguardante il nostro Paese, è l'Istituto Superiore di Sanità che ha censito 124 Centri.*

*Tra le criticità emerse nel Report in alcuni Centri italiani c'è la mancata fornitura di servizi di riabilitazione, e la poca attenzione all'aspetto nutrizionale o cognitivo di quanti sono stati presi in carico.*

*Per dare invece uniformità a un modello di cura nel nostro Paese dal mese di dicembre 2022 sono state rilasciate le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, che oggi rappresentano la base scientifica a cui far riferimento nella cura di questa sindrome e che rappresentano anche un modello proposto a livello internazionale, con un costante aggiornamento da parte degli esperti.*

*Nel nostro Paese oltre alle sfide organizzative legate al Long Covid, ce ne sono anche altre relative al finanziamento. Il Report evidenzia infatti che i fondi per la cura delle persone con la sindrome post Covid, stanziati da un decreto ministeriale del 2021, erano previsti solo fino al 2023, mentre ora la gestione varia da Regione a Regione.*

**Gli scenari emersi.** Dal Report emerge che i Paesi di tutto il mondo stanno ancora adattando, in varia misura, i loro servizi sanitari per soddisfare le esigenze dei pazienti con Long Covid (post Covid 19 condition - Pcc), e i sistemi di sorveglianza non sono ancora sufficientemente solidi per offrire una rappresentazione del tutto accurata della prevalenza della Pcc e del fatto che i servizi soddisfino le esigenze dei pazienti.

**Detto questo, dai Rapporti dei Paesi/regioni sono emersi alcuni temi comuni.**



*Nel definire la Pcc, la maggior parte dei Paesi censiti sembra fare riferimento e lavorare con la definizione data dall'Oms, in particolare per quanto riguarda la durata dei sintomi prima della diagnosi - 12 settimane o più.*

*Non esistono ancora test di laboratorio di conferma per la Pcc o agenti in grado di far regredire i sintomi, ma le raccomandazioni di buona pratica nella maggior parte dei Paesi sottolineano la necessità di eseguire una valutazione multidimensionale dei pazienti sottoposti a screening o con sospetta Pcc. Un'ulteriore formazione dei medici per riconoscere la Pcc e considerarla come una diagnosi, si sottolinea nel Report andrà a vantaggio dei pazienti.*

*È noto, rileva poi il Report, che la prevalenza è elevata in molti Paesi, ma attualmente mancano dati dettagliati. Un'ulteriore sfida per stabilire dati di prevalenza solidi deriva dalla varietà di sintomi che possono essere presenti nei pazienti con Pcc. Questa diversità può portare i pazienti a ricevere diagnosi alternative. Nei Paesi, la prevalenza variava da circa il 5% in Israele a oltre il 17% in Italia.*

### **Sono stati poi scontrati punti in comune tra i Paesi sotto la lente.**

*L'assistenza primaria è il primo punto di contatto per i pazienti affetti da Pcc; il coordinamento e la gestione dei casi sono affidati ai medici di base/medici di famiglia; il rinvio a ospedali, dipartimenti e cliniche dedicate alla Pcc e/o a specialità, come pneumologi e neurologi, è il passo successivo adottato nei casi più complessi. Le équipes multidisciplinari svolgono un ruolo fondamentale nel trattamento della Pcc e la consultazione virtuale è comune in alcuni Paesi.*

*È anche ampiamente riconosciuto che la collaborazione tra servizi ospedalieri e comunitari, compresa la riabilitazione, è fondamentale nel percorso della PCC. Al di là della fornitura di servizi, i servizi per la PCC devono combattere con problemi di finanziamento e di risorse.*

*Altre sfide segnalate sono la carenza di personale, i tempi di attesa per la riabilitazione e altri servizi, l'identificazione dei pazienti più vulnerabili, la debolezza delle organizzazioni di servizi, l'integrazione dei servizi di Pcc nei sistemi sanitari comunitari e la mancanza di trattamenti comprovati. Come per il miglioramento dei dati di prevalenza, la misurazione delle prestazioni dei servizi di Pcc dovrebbe contribuire al miglioramento delle cure.*

### **Il ruolo dell'Iss nella raccolta di informazioni sul Long Covid**

*L'Italia ha contribuito alla raccolta di informazioni sul Long Covid da parte dell'Oms riportando i risultati del Progetto CCM "Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione Covid-19 (Long Covid)", finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Iss.*

*Attraverso i dati del progetto CCM, il nostro Paese ha contribuito al report con dati della medicina generale relativi ai sintomi di oltre 70mila assistiti con pregressa infezione da Sars-CoV-2, un documento di linee guida per la gestione della condizione di Long-Covid sviluppato da esperti clinici con rappresentanza di pazienti, la descrizione delle caratteristiche dei centri di assistenza sul Long Covid identificati da un survey nazionale coordinata dall'ISS, e una ampia raccolta dati svolta da tre Agenzie Sanitarie Regionali (Friuli, Toscana, Puglia) sull'utilizzo di risorse sanitarie legate a pregresso Covid. Il progetto, che ha anche coinvolto diversi centri clinici di Università ed Ospedali e reti cliniche di Irccs, Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, è in fase di conclusione, ed i risultati aggiornati saranno presentati il 22 maggio prossimo in un convegno organizzato da ISS e Fondazione Gemelli.*

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121794](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121794)

# Service delivery models for people with post COVID-19 conditions in selected European countries: summary report



Acknowledgements .....	iv
Abbreviations .....	v
1. Background .....	1
2. The health systems in observed settings .....	2
3. Post COVID-19 condition: case definition and diagnostic criteria .....	3
Case definition .....	3
Diagnostic criteria .....	3
Who decided the criteria? .....	4
4. Estimated prevalence and the impact of PCC on health services .....	5
Estimation of occurrence of symptoms potentially related to PCC in primary care .....	5
Estimation of the impact of PCC on service use .....	6
PCC surveillance system .....	6
5. Patient management .....	7
6. Service organization and patient pathways .....	9
7. How is PCC integrated into health information systems? .....	16
8. Implementing the service delivery model: challenges and limitations .....	17
9. Communication and patient/community participation .....	18
10. Performance of PCC services and future plans .....	19
11. Summary and conclusions .....	20
Call for actions .....	21
References .....	22



## Trattare la fase acuta del Covid-19: capitoli finali ancora non scritti

Rajesh T. Gandhi , e Martin Hirsch ,

**Pubblicato il 3 aprile 2024**

**N inglese J Med 2024 ; 390 : 1234 - 1236**

**DOI: 10.1056/NEJMe2402224**

*Nirmatrelvir-ritonavir (Paxlovid [Pfizer]) è utilizzato come terapia di prima linea per le persone non ospedalizzate con Covid-19 <sup>1</sup> sulla base dei risultati della valutazione dell'inibizione della proteasi per Covid-19 nei pazienti ad alto rischio (EPIC-HR) studio, che ha dimostrato che questo farmaco ha ridotto il rischio di ricovero in ospedale o di morte dell'88%. <sup>2</sup>*

*Lo studio EPIC-HR ha arruolato adulti che non avevano ricevuto un vaccino SARS-CoV-2 e che erano ad alto rischio di progressione verso una forma grave di Covid-19. Alla luce di questi risultati, è sorta la questione se il nirmatrelvir-ritonavir conferisse un beneficio alle persone che erano state vaccinate o che non presentavano fattori di rischio per la malattia grave.*

*Lo studio Evaluation of Protease Inhibition for Covid-19 in Standard-Risk Patients (EPIC-SR), sponsorizzato dal produttore, i cui risultati sono riportati in questo numero del Journal <sup>3</sup>, ha cercato di rispondere a queste domande. I partecipanti avevano manifestato i sintomi entro 5 giorni prima della randomizzazione ed erano completamente vaccinati e presentavano fattori di rischio per la malattia grave oppure non erano vaccinati (o non avevano ricevuto un vaccino Covid-19 nell'anno precedente) e non presentavano fattori di rischio. I partecipanti hanno ricevuto nirmatrelvir-ritonavir o placebo per 5 giorni.*

*Lo studio ha arruolato quasi 1.300 persone: il 57% era stato vaccinato contro il Covid-19 e il 50% aveva un fattore di rischio per la malattia grave. L'età media dei partecipanti era di 42 anni e solo il 5% aveva 65 anni o più. Oltre all'obesità, al fumo e all'ipertensione, i fattori di rischio per la forma grave di Covid-19 erano rari; ad esempio, meno del 2% dei partecipanti aveva malattie cardiache o polmonari. In questa popolazione a rischio relativamente basso, il tempo necessario per ottenere un'attenuazione prolungata dei sintomi (l'endpoint primario) è stato simile nel gruppo nirmatrelvir-ritonavir e nel gruppo placebo (mediana, 12 e 13 giorni, rispettivamente). Sebbene un minor numero di partecipanti siano stati ricoverati in ospedale per Covid-19 o siano morti per qualsiasi causa nel gruppo nirmatrelvir-ritonavir rispetto al gruppo placebo (5 su 654 [0,8%] contro 10 su 634 [1,6%], con l'unico decesso avvenuto nel gruppo placebo), la differenza non era significativa. Da notare che il 6,3% dei partecipanti al gruppo placebo nello studio EPIC-HR (che ha arruolato adulti non vaccinati con fattori di rischio) sono stati ricoverati in ospedale o sono morti, il che evidenzia il rischio sostanzialmente più basso di progressione del Covid-19 tra i partecipanti allo studio EPIC-HR. Processo SR.*

*Cosa possiamo concludere da questi due studi sul nirmatrelvir-ritonavir per il trattamento del Covid-19? Chiaramente, il beneficio osservato tra le persone ad alto rischio non vaccinate non si estende a quelle a basso rischio di Covid-19 grave. Questo risultato supporta le linee guida che raccomandano nirmatrelvir-ritonavir solo per le persone ad alto rischio di progressione della malattia. <sup>4,5</sup>*

*Che ne dici di trattare le persone che presentano fattori di rischio per Covid-19 grave ma che hanno ricevuto vaccini SARS-CoV-2? Alcuni studi osservazionali suggeriscono che il trattamento delle persone vaccinate è vantaggioso, <sup>6</sup> ma questi studi non sono definitivi a causa di possibili fattori confondenti residui.*

*Lo studio EPIC-SR non ha mostrato prove di beneficio, ma ha arruolato solo una piccola percentuale di persone a più alto rischio di progressione – persone anziane, persone immunocompromesse e persone con gravi patologie coesistenti (ad esempio, malattie cardiache o polmonari) – che costituiscono la maggior parte dei pazienti ricoverati con Covid-19.*

*Come per molti interventi medici, è probabile che vi sia un gradiente di beneficio per nirmatrelvir-ritonavir, con i pazienti a più alto rischio di progressione che con maggiore probabilità trarranno il beneficio maggiore. Pertanto, sembra ragionevole raccomandare nirmatrelvir-ritonavir principalmente per il trattamento di Covid-19 nei pazienti più anziani (in particolare quelli di età  $\geq 65$  anni), in coloro che sono immunocompromessi e in coloro che hanno condizioni che aumentano sostanzialmente il*

rischio di gravi infezioni da Covid-19. 19, indipendentemente dalla precedente vaccinazione o dallo stato di infezione.

Lo studio EPIC-SR, come lo studio EPIC-HR, ha dimostrato che i sintomi e il rebound virale non erano statisticamente associati all'uso di nirmatrelvir-ritonavir. Al contrario, alcuni studi osservazionali che hanno definito il rimbalzo in modo diverso (e hanno incluso campionamenti più frequenti) hanno suggerito un'associazione.<sup>7</sup> Ciò che accomuna tutti questi studi, tuttavia, è che la ripresa è generalmente breve e lieve.

Pertanto, le preoccupazioni circa il rimbalzo non dovrebbero essere un motivo per sospendere la terapia con nirmatrelvir-ritonavir in coloro che potrebbero trarne beneficio. Sono in corso sperimentazioni di diverse durate di trattamento per il Covid-19 acuto e di un secondo ciclo in coloro che hanno avuto un rebound (numeri ClinicalTrials.gov, [NCT05567952](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05567952) e [NCT05438602](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05438602)).

I risultati dello studio EPIC-SR indicano la necessità di ulteriori studi sul trattamento del Covid-19. Poiché il nirmatrelvir-ritonavir interagisce con alcuni farmaci (il che riduce il rapporto beneficio-rischio nei pazienti che assumono tali farmaci), lo sviluppo di trattamenti con minori interazioni farmacologiche rimane una priorità elevata. Poiché la progressione verso una forma grave di Covid-19 è rara tra la maggior parte delle persone infette, gli studi che valutano l'effetto che i farmaci hanno sul rischio di ricovero ospedaliero dovrebbero essere piuttosto ampi; pertanto, gli studi dovrebbero concentrarsi sull'attenuazione dei sintomi, un punto finale spesso utilizzato negli studi sul trattamento dell'influenza. Nello studio EPIC-SR, nirmatrelvir-ritonavir non ha accelerato l'attenuazione dei sintomi, ma gli antivirali che sono stati approvati o autorizzati in paesi al di fuori degli Stati Uniti (simnotrelvir potenziato con ritonavir, ensitrelvir e mindeudesivir) hanno mostrato un beneficio clinico.<sup>8-10</sup> I risultati disparati tra lo studio EPIC-SR e gli studi a supporto dell'uso di altri farmaci possono essere correlati a differenze nei tempi (ad esempio, studi che mostrano benefici iniziati dal trattamento entro 72 ore dall'insorgenza dei sintomi), caratteristiche dei partecipanti, come è stato il miglioramento dei sintomi valutato, le varianti SARS-CoV-2 (anche se si prevede che i farmaci a piccole molecole, come il nirmatrelvir-ritonavir, che prendono di mira gli enzimi virali siano attivi contro tutte le varianti rilevate finora) o la potenza antivirale dei farmaci. In futuro, dovremmo adottare disegni di studi, criteri di inclusione ed endpoint più standardizzati per facilitare il confronto dei risultati.

Inoltre, data l'ampia immunità della popolazione alla SARS-CoV-2 derivante da infezioni diffuse e vaccinazioni, abbiamo bisogno di una comprensione più profonda di chi rimane a maggior rischio, nonché di strumenti migliori per prevedere la probabilità che si sviluppi una forma grave di Covid-19 in un dato periodo. paziente. I Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie elencano condizioni disparate che comportano rischi, ma dovremmo adottare un approccio a più livelli per indirizzare il trattamento a coloro la cui malattia ha maggiori probabilità di progredire. Le persone gravemente immunocompromesse sono tra le popolazioni a più alto rischio di Covid-19 grave; abbiamo bisogno di studi che valutino le diverse durate del trattamento e le terapie combinate rispetto alle monoterapie per capire come trattare al meglio tali pazienti. Infine, dovremmo richiedere un follow-up a lungo termine dei partecipanti agli studi per determinare se il trattamento dell'infezione acuta previene le condizioni post-Covid-19. Sebbene abbiamo imparato moltissimo sulla terapia per la SARS-CoV-2, i capitoli finali sul trattamento del Covid-19 devono ancora essere scritti.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2402224?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19cZLQBVZAbeBbAgLZ9HWbO%2Bv04%2FapnB%2Bb46s0Kq%2Fz7qwETbrycDIOPU1i9mtW2BAIqqe n7Ub1oxOcdRsUdX8DKtHOX0hsdfH2hGtcoo5uuPy35eBsJKK%2FU0KuaE%2Bp5UloBhY77kF52TEg rpNLwcVPd18fsZ2VYITHdhRhtqhrG7xYw1AxCAomd8GRoqz4K7cnTbo87UAsjw%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20April%204,%202024%20DM2334659> **NEJM Non Subscriber&bid=-2092868983**

ARTICOLI | VOLUME 40, 100908, MAGGIO 2024

## Impatto del COVID lungo sulla qualità della vita correlata alla salute: uno studio di coorte di popolazione OpenSAFELY che utilizza misure di esito riferite dai pazienti (OpenPROMPT)

Oliver Carlile   • Andrea Briggs • Alasdair D. Henderson • Ben FC Butler-Cole • Giovanni Tazaré • Laurie A. Tomlinson • et al. [Mostra tutti gli autori](#) • [Mostra le note a piè di pagina](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 24 aprile 2024 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100908> •

### Riepilogo

#### Sfondo

Il COVID da lungo tempo rappresenta un grave problema che colpisce la salute dei pazienti, il servizio sanitario e la forza lavoro. Per ottimizzare la progettazione degli interventi futuri contro il COVID-19 e per pianificare e allocare meglio le risorse sanitarie, è fondamentale quantificare l'onere sanitario ed economico di questa nuova condizione. Il nostro obiettivo era valutare e stimare le differenze negli impatti sulla salute del COVID lungo tra le categorie sociodemografiche e quantificarle in anni di vita aggiustati per la qualità (QALY), misure ampiamente utilizzate nei sistemi sanitari.

#### Metodi

Con l'approvazione del NHS England, abbiamo utilizzato OpenPROMPT, uno studio di coorte del Regno Unito che misura l'impatto del COVID lungo sulla qualità della vita correlata alla salute (HRQoL). OpenPROMPT ha invitato risposte alle Patient Reported Outcome Measures (PROM) utilizzando un'applicazione per smartphone e reclutato tra novembre 2022 e ottobre 2023. Abbiamo utilizzato il questionario EuroQol EQ-5D convalidato con il Value Set del Regno Unito per sviluppare punteggi di disutilità (1-utilità) per gli intervistati con e senza COVID lungo utilizzando modelli misti lineari e abbiamo calcolato i successivi mesi di vita aggiustati per la qualità (QALM) per COVID lungo.

#### Risultati

La coorte OpenPROMPT totale era composta da 7575 individui che hanno acconsentito alla raccolta dei dati, con i quali abbiamo utilizzato i dati di 6070 partecipanti che hanno completato un questionario di ricerca di base in cui il 24,6% ha auto-riferito COVID lungo. Nelle regressioni multivariate, il COVID lungo ha avuto un impatto costante sull'HRQoL, mostrando una maggiore probabilità o probabilità di segnalare una perdita di qualità della vita (Odds Ratio (OR): 4,7, IC 95%: 3,72-5,93) rispetto alle persone che lo hanno fatto. non segnalare COVID lungo. La segnalazione di una disabilità è stata il maggiore predittore di perdite di HRQoL (OR: 17,7, IC 95%: 10,37-30,33) tra le risposte al sondaggio. Il COVID lungo autodichiarato è stato associato a una perdita di 0,37 QALM.

#### Interpretazione

Abbiamo riscontrato impatti sostanziali sulla qualità della vita dovuti alla lunga durata del COVID, che rappresentano un onere importante per i pazienti e per il servizio sanitario. Evidenziamo la necessità di supporto e ricerca continui per il COVID a lungo termine, poiché i punteggi HRQoL si confrontano sfavorevolmente con i pazienti con condizioni quali sclerosi multipla, insufficienza cardiaca e malattia renale.

#### Ricerca nel contesto

#### Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato ricerche pubblicate tra il 1° gennaio 2020 e il 1° novembre 2023, pubblicate in inglese, per i termini Titolo/Abstract (Sindrome post COVID-19, PCS, long COVID, post-acute-covid-19) AND (quality-adjusted life) -anni, QALY)



con solo 3 risultati. 1 ha descritto un quadro teorico, 1 ha stimato il rapporto costo-efficacia dell'autotest COVID-19 e 1 ha stimato il carico di morbilità attribuibile ai sintomi COVID prolungati rispetto alla morte. È stata segnalata la valutazione a lungo termine dei pazienti ricoverati in ospedale con COVID-19 acuto, ma sono state condotte relativamente poche ricerche sulla popolazione generale. Inoltre, non è noto per quanto tempo il COVID influenzi i diversi dati demografici dei pazienti, nonostante l'evidenza che gli individui socioeconomicamente svantaggiati abbiano maggiori probabilità di riferire un COVID lungo.

#### **Valore aggiunto di questo studio**

L'utilizzo di una combinazione di misure riportate dai pazienti e di dati storicamente registrati nelle cartelle cliniche evidenzia le disparità esistenti nel lungo periodo COVID. Il 24,6% degli intervistati ha dichiarato di essere affetto da COVID lungo, e meno del 10% ha una diagnosi registrata nei registri elettronici. Pochi studi avevano precedentemente stimato l'impatto del COVID lungo sugli anni di vita aggiustati per la qualità. Confrontando i mesi di vita risultanti aggiustati per la qualità con i partecipanti che non autodichiarano il COVID lungo, si sottolinea la perdita di 0,37 QALM di HRQoL dovuta al COVID lungo. Il COVID lungo auto-riferito è stato associato a punteggi di utilità EQ-5D-5L peggiori rispetto ai pazienti con insufficienza cardiaca, sclerosi multipla e malattia renale allo stadio terminale.

#### **Implicazioni di tutte le prove disponibili**

La più alta perdita di vite umane corretta per la qualità riportata negli individui che parteciperanno alla forza lavoro per un periodo più lungo richiede ulteriori ricerche sui costi economici associati. Il recupero limitato dei partecipanti colpiti da un lungo periodo di Covid nell'arco di tre mesi evidenzia i casi in cui i politici devono sostenere i singoli individui. Interventi mirati con studi controllati randomizzati possono aiutare a fornire una prospettiva positiva specificatamente per un sottogruppo di individui che sono stati pesantemente colpiti da un lungo periodo di COVID per diversi mesi e anni.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00074-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00074-7/fulltext)



## **Editing del genoma: guariti da talassemia e anemia falciforme grazie alle “forbici” molecolari**

Guariti grazie alle “forbici” molecolari in grado di correggere i difetti del DNA.

Sono i pazienti con talassemia e anemia falciforme coinvolti in due studi internazionali, pubblicati ora sullo stesso fascicolo della rivista *New England Journal of Medicine*, che hanno visto l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù tra i centri di ricerca protagonisti della sperimentazione, basata sulla tecnica di editing genetico nota con il nome di CRISPR-Cas9. Il 91% dei pazienti talassemici – documentano gli studi – ha raggiunto l'indipendenza dalle trasfusioni periodiche, che per i soggetti con affetti da questa malattia sono necessarie per mantenere adeguati i valori di emoglobina nel sangue.

Il 97% dei pazienti con anemia falciforme è divenuto invece libero dalle crisi vaso-occlusive, che possono provocare complicanze gravi e fortemente invalidanti.

Per il prof. Franco Locatelli, che ha coordinato in particolare la sperimentazione sulla talassemia, si tratta di «una pietra miliare nella storia del trattamento di queste patologie»

#### **L'editing del genoma**

L'editing del genoma con il sistema CRISPR-Cas9 è una tecnologia innovativa che valse il Nobel per la Chimica nel 2020 alle scienziate Emmanuelle Charpentier e Jennifer A. Doudna. Funziona come un “correttore” del DNA ad altissima precisione.

Il metodo si basa sull'impiego della proteina Cas9, una sorta di forbice molecolare che viene programmata per tagliare o modificare specifiche sequenze del DNA di una cellula, potendo così portare – potenzialmente – alla correzione di varie malattie. CRISPR-Cas9 è un complesso di molecole biologiche formato da frammenti di RNA (acido ribonucleico) e da proteine: il segmento di RNA è la bussola che indica il bersaglio da colpire, la proteina Cas9 esegue il taglio o la modifica. Le cellule prelevate dalla persona malata vengono “corrette” in laboratorio con questo approccio, poi vengono infuse nell'organismo dove si riproducono al posto di quelle difettose.

## **Talassemia e anemia falciforme**

*La talassemia e l'anemia falciforme sono le due malattie ereditarie del sangue più frequenti al mondo.*

*In Italia si contano 7000 pazienti talassemici, che dipendono regolarmente da trasfusioni, mentre i pazienti falcemici si stima che siano circa mille, a fronte di 300.000 nuovi nati nel mondo ogni anno. 100.000 i falcemici che vivono negli Stati Uniti d'America, ma il 75% dei bambini con questa patologia nasce nell'Africa Subsahariana.*

*A differenza dei falcemici che nascono nei paesi economicamente più avanzati, con una prospettiva di vita intorno ai 50 anni, la loro probabilità di sopravvivenza difficilmente va oltre i 20-25 anni, per le complicanze legate alla loro condizione.*

*Entrambe le patologie sono causate dalle mutazioni dei geni coinvolti nella sintesi delle catene dell'emoglobina, la proteina dei globuli rossi che trasporta ossigeno nell'organismo.*

*Normalmente, nei soggetti adulti, ogni molecola di emoglobina è formata da 4 catene proteiche: 2 catene alfa e 2 catene beta. Nelle forme più gravi di talassemia il problema è l'assenza o la marcatamente ridotta produzione di catene beta, che rende inadeguati i livelli di emoglobina nel sangue tanto da dover ricorrere regolarmente a trasfusioni in media ogni tre settimane e assumere tutti i giorni un farmaco in grado di eliminare il ferro che altrimenti si accumulerebbe.*

*Nonostante vi sia stato nel tempo un indiscutibile miglioramento nelle prospettive di sopravvivenza di questi pazienti, di fatto essa rimane ancora oggi di 20-25 anni inferiore rispetto a quella della popolazione sana.*

*Con in più lo sviluppo, spesso, di complicanze legate al sovraccarico di ferro, che possono essere di tipo endocrinologico (diabete, ipotiroidismo o ridotta fertilità), cardiologico o epatologico (fibrosi e addirittura cirrosi).*

*Nell'anemia falciforme, invece, non è la quantità ma l'alterazione della struttura delle catene beta che porta alla formazione di globuli rossi anomali, a falce, che ostacolano flusso sanguigno e ossigenazione nei capillari provocando crisi vaso-occlusive che possono determinare eventi cerebro-vascolari acuti, ipertensione polmonare, patologie renali o quadri di ridotta funzione della milza. Anche in questo campo i progressi della terapia medica sono stati importanti.*

*Ma pure a fronte di questi miglioramenti, difficilmente la prospettiva di vita dei soggetti falcemici supera i 50-55 anni con complicanze, per alcuni di loro, fortemente invalidanti che si sviluppano anche in età relativamente giovane.*

## **Le forbici molecolari sul gene BCL11A**

*Le due sperimentazioni internazionali, promosse da Vertex Pharmaceuticals e Crispr Therapeutics, si basano sull'osservazione di un gene, che si chiama BCL11A, che svolge un ruolo fondamentale nella produzione di emoglobina nel sangue al termine della vita fetale.*

*Quella presente nel feto, infatti, è un tipo di emoglobina diversa (chiamata appunto emoglobina fetale), formata non da catene alfa-beta, ma da catene alfa-gamma.*

*Questa specifica molecola di emoglobina viene progressivamente sostituita a partire dalla nascita, quando si attiva un meccanismo, guidato dal gene BCL11A, che blocca la sintesi delle catene gamma con la produzione, al loro posto, delle catene beta, responsabili della malattia nei pazienti con talassemia e anemia falciforme.*

*Il trattamento sperimentato nei due trial internazionali si basa proprio sul ripristino della sintesi dell'emoglobina fetale tramite l'editing del genoma.*

*Le cellule staminali emopoietiche dei pazienti, prelevate tramite aferesi e selezionate, vengono modificate in appositi laboratori con il sistema CRISPR-Cas9 programmato per "spegnere" il gene BCL11A e far ripartire la produzione di emoglobina fetale alfa-gamma, con i benefici attesi.*

*Dopo questa manipolazione genetica, le cellule modificate vengono infuse nei pazienti che nel frattempo sono stati sottoposti a una terapia farmacologica per "distruggere" il midollo, in modo da fare spazio alle nuove cellule staminali ingegnerizzate che si moltiplicheranno correggendo la malattia.*

*Sul NEJM nel 2021 erano stati pubblicati i casi di un paziente talassemico e di un paziente falcemico trattati con questo approccio, come dimostrazione "di principio" dell'efficacia della terapia.*

*Già allora l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù era coinvolto nella sperimentazione, che è poi proseguita con lo sviluppo dei due studi multicentrici chiamati CLIMB-111 e CLIMB-121, entrambi pubblicati oggi, dove sono stati arruolati numerosi pazienti di età compresa tra i 12 e i 35 anni trattati con questo approccio. Per il primo studio, dedicato ai pazienti con talassemia, l'Ospedale pediatrico della Santa Sede è stato il centro di coordinamento internazionale, con il prof. Franco Locatelli prima firma, avendo coordinato lo studio e reclutato il maggior numero di pazienti.*

*Per il secondo studio, dedicato ai pazienti con anemia falciforme, patologia che impatta soprattutto sui soggetti di colore, il Bambino Gesù è stato il secondo centro internazionale per arruolamento di pazienti, nonostante la partecipazione di numerosi centri statunitensi.*

## **I risultati degli studi CLIMB-111 E CLIMB-121**

*Lo studio CLIMB-111 ha coinvolto a livello internazionale 52 pazienti con talassemia di cui 14 arruolati dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.*

35 pazienti avevano un follow up di 16 mesi, considerato sufficiente per valutare l'efficacia dell'approccio al momento della presentazione dei risultati. 32 su 35 avevano ottenuto la completa indipendenza trasfusionale, pari a una percentuale di poco superiore al 91%.

Se si estendono i tempi del follow up, tutti e 52 i pazienti coinvolti nello studio hanno ottenuto l'indipendenza trasfusionale, definita come un valore di emoglobina maggiore o uguale a 9 grammi per decilitro di sangue per almeno un anno di tempo.

Il valore medio di emoglobina registrato nei pazienti è stato infatti pari a 13,1 grammi per decilitro (11.9 grammi di emoglobina fetale).

Sono valori persino superiori di quelli osservati nei genitori, che sono portatori del carattere di questa patologia autosomica recessiva (un figlio su quattro eredita la malattia).

Valori che persistono nel tempo, perché i livelli di emoglobina registrati non diminuiscono nei pazienti con più lungo follow up (4 anni fa la prima infusione) e anche la presenza delle cellule editate, sia nel sangue periferico che nel midollo, non cambia nel tempo e si mantiene stabile.

Il profilo di sicurezza, infine, è del tutto congruente con quello di un trapianto autologo e decisamente migliore rispetto a quello che si associa al trapianto allogenico, che infatti anche prima della messa a punto di questa nuova terapia veniva limitato ai soggetti sino ai 12-14 anni, perché sopra questa fascia di età i rischi del trapianto diventavano troppo elevati.

Nello studio CLIMB-121 sulle anemie a cellule falciformi sono stati inclusi 44 pazienti (7 arruolati dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù) anch'essi tra i 18 e i 35 anni, con età media di 21 anni.

In questo caso, l'obiettivo atteso non era l'indipendenza dalle trasfusioni, ma l'assenza di episodi vaso-occlusivi per almeno 12 mesi consecutivi.

30 di questi pazienti avevano un follow up sufficiente per essere valutati. 29 di loro, pari al 97%, sono diventati liberi da crisi vaso-occlusive.

Anche in questo caso i livelli di emoglobina di questi pazienti sono decisamente buoni, con una percentuale di emoglobina fetale superiore al 40%. Ed anche in questo caso il beneficio risulta sostenuto nel tempo.

### **Due nuove sperimentazioni sui minori di 12 anni**

Alla luce di questi dati l'editing genetico con CRISPR-Cas9 per il trattamento di talassemia e anemia falciforme si presenta oggi come un'opzione terapeutica che funziona e che può essere offerta teoricamente ad ogni paziente, perché non è condizionata dalla necessità di avere un donatore compatibile (ogni paziente serve da donatore di sé stesso).

La terapia è stata approvata dalla Food and Drug Administration e dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) per i pazienti di età superiore ai 12 anni.

Per i pazienti di età inferiore ai 12 anni sono in corso due nuove sperimentazioni all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che ha già trattato due bambini talassemici e due bambini falcemici con risultati incoraggianti, a conferma dell'efficacia della terapia indipendentemente dall'età del soggetto.

### **Locatelli: "Una pietra miliare"**

Per il prof. Franco Locatelli, responsabile dell'area clinica e di ricerca di Oncoematologia, Terapia Cellulare, Terapie Geniche e Trapianto Emopoietico del Bambino Gesù di Roma: «La pubblicazione congiunta dei due studi su una rivista come il New England Journal of Medicine rappresenta una sorta di pietra miliare per quello che è il cambiamento di scenario terapeutico e il potenziale definitivamente curativo di queste due patologie così diffuse nel mondo. Un risultato che dimostra una volta di più la capacità e la determinazione dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù nell'investire in terapie innovative in grado di cambiare la storia naturale di malattie così complesse. Questi studi testimoniano come l'Ospedale presti attenzione a tutto quello che può cambiare la probabilità di sopravvivenza e la qualità di vita dei malati affetti da malattie genetiche».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-04-25/editing-genoma-guariti-talassemia-e-anemia-falciforme-grazie-forbici-molecolari-110044.php?uuid=AF0mCCZB&cmpid=nlqf>



## Espansione delle applicazioni dei test genetici clinici: sfide etiche

Stephanie M. Fullerton e Kyle B. Brothers

**Publicato il 13 aprile 2024**

**DOI: 10.1056/NEJMp2311466**

*Sei il fornitore di cure primarie (PCP) per una donna nera autoidentificata di 30 anni con una forte storia familiare di malattia coronarica (CHD). Vuole comprendere meglio i propri rischi e ha visto la pubblicità di un nuovo test approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) che fornisce una stima individualizzata del rischio poligenico per la malattia coronarica. Il test fornisce anche risultati farmacogenomici per guidare l'uso di farmaci per l'ipertensione e l'iperlipidemia. I professionisti della genetica nella tua zona hanno liste d'attesa lunghe mesi e sei incuriosito dall'idea di un test genetico che potrebbe guidare l'uso dei farmaci per ridurre il rischio di malattia coronarica. L'assicurazione non copre questo test, quindi il paziente si impegna a pagarlo di tasca propria. Ordini il test e diverse settimane dopo ricevi un rapporto. I risultati indicano che la tua paziente ha un rischio genetico moderato per la malattia coronarica e che alcuni dei farmaci che le hai prescritto potrebbero non essere ottimali per lei, anche se la sua assicurazione li copre. Mentre ti prepari per l'appuntamento con questo paziente, devi decidere come spiegare i risultati e quali passi intraprendere successivamente.*

*Grazie ai progressi nella genomica umana, i test genetici e genomici, sia tecnologici che basati sulla scoperta (che chiameremo collettivamente "test genetici") stanno svolgendo un ruolo sempre più importante nell'assistenza clinica. Sebbene sia stato riconosciuto da tempo che i test genetici sollevano spinosi dilemmi etici, la portata e la portata sempre più ampie dei test genetici stanno rimodellando vecchie preoccupazioni e ponendo nuove sfide. Inoltre, la necessità di affrontare queste sfide etiche non è più limitata ai medici di particolari nicchie, ma diventa immediatamente rilevante per tutti i medici.*

*I test genetici ora informano abitualmente le decisioni terapeutiche sensibili al fattore tempo. Allo stesso tempo, i test stanno diventando più complessi, con i test dell'esoma e del genoma che sono la norma e nuovi stimatori del rischio aggregato come i punteggi di rischio poligenico iniziano ad entrare nell'uso clinico. Sebbene non siano ancora disponibili test poligenici approvati dalla FDA come quello nel caso ipotetico sopra, lo saranno presto. La copertura assicurativa, invece, richiederà probabilmente molto più tempo. I genetisti medici e i consulenti genetici qualificati che potrebbero aiutare pazienti e medici ad affrontare questo nuovo e confuso panorama rimangono scarsi. L'onere di ordinare, interpretare e agire in modo responsabile sulle informazioni genetiche ricadrà quindi sempre più sui professionisti generalisti.*

*Negli ultimi anni, numerose specialità tra cui oncologia, endocrinologia e neurologia hanno visto una crescita nell'uso dei test genetici, sia per identificare i rischi di malattie ereditarie sia per orientare la selezione dei metodi di trattamento rilevanti o delle strategie di sorveglianza della malattia. Altri campi non sono molto indietro, con i test genetici sempre più utilizzati nella prescrizione di agenti psicotropi, anticoagulanti e antiplateletici. Quasi 200.000 test genetici, il 90% dei quali disponibili per uso clinico, sono già stati catalogati nel Registro dei test genetici.<sup>1</sup> I test genomici più recenti, che determinano punteggi di rischio poligenico, forniscono stime aggregate del rischio genetico basate sulla valutazione simultanea di migliaia di varianti di suscettibilità comuni. Questi test, appena entrati nell'uso clinico, possono indicare dove il grado di rischio genetico di una persona rientra nella distribuzione del rischio della popolazione e possono aiutare a identificare i pazienti a rischio per il follow-up diagnostico o la sorveglianza; come con altri test genomici, un singolo campione di sangue può essere utilizzato per stimare i rischi di numerose malattie. Il tipo esatto di rischi segnalati dipende sia dall'ordine specifico posto dal medico (che determina quali varianti e geni legati alla malattia saranno esplicitamente esaminati) sia dalle politiche e dalle pratiche del laboratorio coinvolto.*

*Se tale test viene ordinato da uno specialista che non è un genetista per informare la diagnosi o il trattamento di un paziente (e genera altri risultati non correlati alla sua specialità) o è esplicitamente richiesto da un paziente interessato (come nel caso precedente), un PCP dovrà spesso aiutare il paziente a comprenderne le implicazioni e i risultati. In alcuni casi, questo compito può comportare la valutazione dei pro e dei contro del sottoporsi al test quando l'invio ai servizi genetici non è un'opzione. Sebbene*



*l'approvazione normativa (ad esempio, da parte della FDA) e l'autorizzazione assicurativa in genere segnalino che un test è affidabile e ha dimostrato un'utilità clinica, altre potenziali conseguenze dovrebbero essere affrontate per garantire un processo decisionale informato.<sup>2</sup> Ad esempio, il paziente è a conoscenza delle procedure aggiuntive o dei farmaci consigliati che potrebbero derivare da un risultato positivo? Nel caso dei rischi legati alla malattia coronarica, sarà probabilmente necessaria una combinazione di imaging aggiuntivo, test da sforzo cardiaco e test dei biomarcatori per diagnosticare condizioni specifiche e informare la prescrizione e l'eventuale rinvio. Quali saranno le implicazioni sulle spese vive dei pazienti, soprattutto se asintomatici?*

*Allo stesso modo, i pazienti sono a proprio agio nell'aver informazioni su una predisposizione genetica nella loro cartella clinica? Sebbene il Genetic Information Nondiscrimination Act protegga dalla discriminazione basata sui geni nell'occupazione o nell'assicurazione sanitaria, non fornisce protezioni equivalenti per l'assicurazione sulla vita o per l'assistenza a lungo termine (sebbene le prove siano scarse che la discriminazione si stia verificando in queste aree). Infine, i pazienti comprendono cosa potrebbero significare i loro risultati per i membri della famiglia biologica? Sebbene il risultato di un test genetico sia, per molti aspetti, simile ad un'anamnesi familiare suggestiva, l'identificazione di una variante patogena specifica per la malattia monogenica (o, come nel caso precedente, una risposta farmacogenomica al farmaco) rende tutti i risultati di primo grado del paziente parenti candidati ai relativi test genetici. Poiché l'Health Insurance Portability and Accountability Act impone rigide limitazioni alla condivisione dei dati dei pazienti, informare i familiari della necessità di tali test spetterà solitamente ai pazienti stessi. I PCP possono, tuttavia, aiutare i pazienti a comprendere i potenziali benefici derivanti dalla condivisione di questi risultati con la famiglia. Il significato per i membri della famiglia di una stima del rischio basata su un punteggio di rischio poligenico è ancora in fase di studio, ma è probabile che sollevi sfide etiche e normative simili a quelle sollevate dai risultati di altri test genetici. Data l'ampiezza dei potenziali risultati che potrebbero essere ottenuti, la ricerca sulla consulenza genetica mostra sempre più che la consulenza pre-test non deve necessariamente affrontare ogni possibile risultato a valle, ma è importante allertare il paziente sui tipi di sfide che potrebbero sorgere. Nelle strutture di assistenza primaria, ciò richiederebbe probabilmente comunque una visita aggiuntiva.*

*Oltre a ordinare e gestire test genetici senza il supporto di un genetista, i medici di base si troveranno sempre più a dover gestire i risultati ordinati da altri specialisti non genetici. I test richiesti per le cure specialistiche urgenti, come il sequenziamento del tumore per orientare la scelta della chemioterapia, vengono spesso ordinati senza la tradizionale consulenza genetica pre-test. Tuttavia, molti test genetici utilizzati dagli specialisti possono scoprire rischi di malattie non correlati al motivo originale del test e al di fuori della competenza dello specialista che ordina. L'American College of Medical Genetics and Genomics attualmente raccomanda che i laboratori che eseguono test genomici effettuino lo screening anche per varianti patogene o probabilmente patogene in un minimo di 81 coppie gene-fenotipo, con i risultati considerati "risultati secondari".<sup>3</sup> L'analisi dei rischi legati alla malattia coronarica potrebbe quindi rivelare che un paziente presenta anche una variante correlata alla malattia in un gene associato al cancro al seno come BRCA1 e pertanto richiede una forma di assistenza clinica diversa da quella prevista dal cardiologo ordinante. I medici di base, che coordinano l'assistenza degli specialisti e intraprendono i primi passi in attesa delle nomine specialistiche, dovranno gestire sempre più i risultati secondari per tali pazienti.*

*I rapidi progressi tecnologici hanno ridotto il costo dei test genetici, anche se permane un'ampia variabilità nella copertura dei test da parte dei finanziatori sanitari in varie circostanze cliniche. Fonti più insidiose di disuguaglianza nei test genomici sono le sfide interpretative poste dalla sottorappresentanza di lunga data di persone di origine non europea nella ricerca genomica, il che significa che i pazienti provenienti da contesti ancestrali sottorappresentati hanno maggiori probabilità di essere trovati nei test genetici clinici con varianti di significato sconosciuto nei geni legati alla malattia.<sup>4</sup> Allo stesso modo, i punteggi di rischio poligenico sviluppati e convalidati in popolazioni con discendenza europea sottostimano il rischio in pazienti provenienti da altri background genetici. Sebbene l'identità razziale e l'ascendenza genetica non corrispondano in modo prevedibile, la paziente nel caso sopra riportato potrebbe avere origini non europee che potrebbero spiegare la discrepanza tra il rischio stimato basato sulla sua storia familiare e quello basato sul suo punteggio di rischio poligenico.*

*Questi problemi sono ben noti nella comunità di ricerca sulla genomica (per ulteriori letture, vedere l'[Appendice Supplementare](#), disponibile su NEJM.org) e sono in corso sforzi per affrontare le complicazioni cliniche che ne derivano. Sfortunatamente, i pazienti che hanno maggiori probabilità di*



essere colpiti nel breve termine sono anche quelli che potrebbero sperimentare altre disparità create dal razzismo sistemico; le disuguaglianze sanitarie saranno così aggravate. Discutere questioni così complesse con i pazienti è impegnativo, ma riconoscere questi limiti è una responsabilità importante per i medici che prescrivono test genetici.

Mentre un tempo i test genetici e le loro complessità etiche erano in gran parte dominio dei genetisti medici e dei consulenti genetici, il numero crescente di applicazioni dei test genetici rende le questioni sollevate qui preoccupanti per quasi tutti i medici. Oltre a richiedere un'adeguata formazione ai fornitori per supportare la consulenza al paziente e l'interpretazione dei test, le istituzioni sanitarie dovranno dedicare risorse per ridurre la richiesta di test inappropriati, ad esempio finanziando specialisti di genetica affinché trascorrono parte del loro tempo clinico curando risorse educative per pazienti e medici e fornitura di servizi di consulenza genetica peer-to-peer per i medici che ordinano. È inoltre necessario molto lavoro per garantire che i risultati dei test genetici siano ricercabili e facilmente disponibili per i medici nella cartella clinica elettronica, idealmente abbinati a materiali esplicativi per pazienti e medici. Lo stato attuale dei rapporti sui test genetici non leggibili dalla macchina (ad esempio, documenti PDF scansionati) è una ricetta per il danno al paziente.<sup>5</sup> Infine, la possibilità che i benefici dei test genetici siano distribuiti in modo non uniforme deve essere riconosciuta e discussa in modo trasparente al momento dell'ordinazione dei test. Sarà necessaria una formazione orientata all'equità per preparare i medici di base a discutere le potenziali disparità con i pazienti e a mitigarle, per quanto possibile, con le loro pratiche di ordinazione dei test, in modo che questi potenti approcci di medicina di precisione possano alleviare, non esacerbare, le disparità sanitarie esistenti.

[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2311466?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX19cZLQBVZAbeBbAgLZ9HWbO%2Bv04%2FapnB%2Bb46s0Kq%2Fz7qwETbrycDIOPU1i9mtW2BAtlqqe n7Ub1oxOcdRsUdX8DKtHOX0hsdfH2hGtcoo5uuPy35eBsJkk%2FU0KuaE%2Bp5UloBhY77kF52TEg rpNLwcVPd18fsZ2VYITHdhRhtqhrG7xYw1AxCAomd8GRoqz4K7cnTbo87UAsjw%3D%3D&cid=NEJM+Weekend+Briefing%2C+April+13%2C+2024+DM2335903\\_NEJM\\_Non\\_Subscriber&bid=-2070787753](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2311466?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX19cZLQBVZAbeBbAgLZ9HWbO%2Bv04%2FapnB%2Bb46s0Kq%2Fz7qwETbrycDIOPU1i9mtW2BAtlqqe n7Ub1oxOcdRsUdX8DKtHOX0hsdfH2hGtcoo5uuPy35eBsJkk%2FU0KuaE%2Bp5UloBhY77kF52TEg rpNLwcVPd18fsZ2VYITHdhRhtqhrG7xYw1AxCAomd8GRoqz4K7cnTbo87UAsjw%3D%3D&cid=NEJM+Weekend+Briefing%2C+April+13%2C+2024+DM2335903_NEJM_Non_Subscriber&bid=-2070787753)

## THE LANCET Regional Health Europe

Questo diario   Riviste   Pubblicare   Clinico   Salute globale   Multimedia   Eventi   Di

ARTICOLI | VOLUME 41, 100910, GIUGNO 2024

### Effetto dell'esposizione all'inquinamento atmosferico sul rischio di sindromi coronariche acute in Polonia: uno studio nazionale basato sulla popolazione (studio EP-PARTICLES)

Łukasz Kuźma • Emil J. Dąbrowski • Anna Kurasz • Michał Świączkowski • Piotr Jemielita • Mariusz Kowalewski • et al. [Mostra tutti gli autori](#)

Accesso Libero • Pubblicato: 22 aprile 2024 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100910>

## Riepilogo

### Sfondo

L'inquinamento atmosferico (AP) è collegato fino al 20% delle morti cardiovascolari. Lo scopo di questo studio nazionale era di indagare le sottopopolazioni vulnerabili all'AP per l'incidenza di infarto miocardico non ST (NSTEMI) e con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI).

## **Metodi**

Abbiamo analizzato l'influenza a breve (ritardi fino a sette giorni) e a medio termine (media mobile da 0 a 30 giorni) del particolato ( $PM_{2,5}$ ), del biossido di zolfo ( $SO_2$ ), del biossido di azoto ( $NO_2$ ) e del benzo(a)pirene (BaP) sui ricoveri dovuti a NSTEMI e STEMI nel 2011-2020. I dati sulle concentrazioni di AP sono stati derivati utilizzando il modello GEM-AQ. Lo studio ha incluso i residenti di cinque voivodati nella Polonia orientale, abitati da oltre 8.000.000 di individui.

## **Risultati**

Concentrazioni più elevate di  $NO_2$  e  $PM_{2,5}$  hanno aumentato il rischio a medio termine di NSTEMI nei pazienti di età < 65 anni dell'1,3–5,7%. L'aumento della concentrazione di  $SO_2$  e  $PM_{2,5}$  ha innescato STEMI nel breve ( $SO_2$ ,  $PM_{2,5}$ ) e nel medio termine ( $PM_{2,5}$ ) tra i soggetti di età  $\geq 65$  anni. Nel breve e medio termine, le donne erano più suscettibili all'influenza del  $PM_{2,5}$  e del BaP, con conseguente aumento dell'incidenza di STEMI. Nelle regioni rurali, il rischio STEMI è stato innescato da  $SO_2$ ,  $PM_{2,5}$  e BaP. La stratificazione basata sul reddito ha mostrato sproporzioni per quanto riguarda l'influenza delle concentrazioni di BaP sull'incidenza di NSTEMI in base al prodotto interno lordo (fino all'1,4%).

## **Interpretazione**

Esistono disparità significative nell'influenza dell'inquinamento atmosferico a seconda dei fattori demografici e socioeconomici. L'esposizione all'AP è associata alla minaccia di un rischio maggiore di NSTEMI e STEMI, soprattutto per i giovani, le donne, i residenti delle aree rurali e quelli con un reddito più basso.

## **Ricerca nel contesto**

### **Prove prima di questo studio**

Abbiamo cercato nei database studi rilevanti fino al 29 marzo 2024 attraverso i registri PubMed, EMBASE, Web of Science, Clinical Key e Google Scholar, nonché gli atti pubblicati dalle principali conferenze cardiache. Termini di ricerca inclusi ("inquinamento atmosferico" O "benzoapirene" O "particolato" O "PM2.5" O "biossido di azoto" O "NO2" O "biossido di zolfo" O "SO2") E ("infarto miocardico" O "STEMI" O "NSTEMI"). Non è stata imposta alcuna restrizione sulla lingua, sulla data di pubblicazione o sullo stato della pubblicazione. Per l'astrazione sono stati utilizzati i dati più aggiornati o inclusivi per ciascuno studio. I riferimenti degli articoli sono stati sottoposti a controllo incrociato. La ricerca ha rivelato che l'inquinamento atmosferico era un fattore di rischio modificabile significativo ma sottovalutato per le malattie cardiovascolari. Tuttavia, nonostante numerose pubblicazioni abbiano esaminato l'associazione tra esposizione all'inquinamento atmosferico e insorgenza di infarto miocardico, poca attenzione è stata data ai gruppi particolarmente vulnerabili e alla differenziazione tra NSTEMI e STEMI. Inoltre, gran parte di questi studi si sono concentrati esclusivamente sull'impatto dell'esposizione a lungo termine all'inquinamento atmosferico. Vari inquinanti, nonostante le diverse caratteristiche fisico-chimiche, possono innescare la sindrome coronarica acuta attraverso percorsi fisiopatologici comuni, principalmente promuovendo lo stress ossidativo, la metilazione del DNA, l'infiammazione sistemica e la disfunzione autonoma, portando alla destabilizzazione della placca aterosclerotica ed eventi trombotici.

### **Valore aggiunto di questo studio**

L'attuale studio, che ha coinvolto 8.000.000 di residenti, ha studiato gli effetti di quattro principali inquinanti atmosferici sull'incidenza dell'infarto miocardico nella Polonia orientale, con l'obiettivo di trovare i sottogruppi più vulnerabili. Grazie all'adozione del nuovo modello GEM-AQ, siamo stati in grado di eseguire analisi con elevata risoluzione spaziotemporale (griglie di risoluzione comunitaria con output orari dallo strato superficiale aggregati alle medie annuali) che hanno facilitato un'analisi statistica precisa. Inoltre, il nostro studio è stato uno dei primi a studiare gli effetti dannosi del benzo(a)pirene nelle sindromi coronariche acute. Abbiamo scoperto che l'esposizione all'inquinamento atmosferico era associata a un'importante minaccia di rischio più elevato di NSTEMI e STEMI, soprattutto per i giovani, le donne, i residenti delle aree rurali e con un reddito più basso.

### **Implicazioni di tutte le prove disponibili**

Il nostro studio sottolinea che ulteriori sforzi globali sono insufficienti per mitigare gli esiti sanitari indotti dall'inquinamento, comprese le malattie cardiovascolari, e necessitano di migliori strategie di implementazione, finanziamenti per la ricerca e nuove soluzioni. In futuro si dovrebbe prendere in considerazione l'inclusione dei fattori ambientali nelle misure preventive per le malattie cardiovascolari.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00076-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00076-0/fulltext)

## **Long Covid: il modello di cura italiano, punti di forza e sfide in un documento dell'Oms Europeo**

*Per il trattamento del Long Covid in Italia si riscontra una certa eterogeneità delle cure messe a disposizione dai 124 centri censiti, manca in alcuni casi un raccordo tra le strutture ospedaliere, i servizi territoriali e la medicina di base, e non mancano le sfide organizzative, anche relative ai finanziamenti.*

*La fotografia è contenuta in un summary report appena pubblicato dall'Oms, che passa in rassegna l'approccio alla gestione di questa condizione in alcuni Paesi europei, tra cui anche l'Italia.*

*Il lavoro presentato nel report è coordinato, per la parte riguardante l'Italia, dall'Istituto Superiore di Sanità. Alcuni dei centri, è emerso, non sono risultati fornire servizi di riabilitazione oppure curare l'aspetto nutrizionale o cognitivo di coloro che vi si rivolgevano.*

*Per dare invece uniformità a un modello di cura nel nostro Paese dal mese di dicembre 2022 sono state rilasciate le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, che oggi rappresentano la base scientifica a cui far riferimento nella cura di questa sindrome e che rappresentano anche un modello proposto a livello internazionale, con un costante aggiornamento da parte degli esperti.*

*Il perno su cui basare l'assistenza sanitaria, si legge nel documento, è dato dalla complessità clinica dei casi e si poggia su un'intersezione tra ospedale e medicina del territorio.*

*Chi è stato ricoverato in una struttura ospedaliera per le conseguenze legate all'infezione da Covid potrà far riferimento a un centro ospedaliero, specie se si tratta di un paziente ad alta complessità, mentre serve un raccordo fra il medico di riferimento e la struttura per i casi a bassa complessità. Chi invece non è stato ricoverato, più facilmente si rivolgerà al medico o pediatra di famiglia, specie se si tratta di un caso non complicato.*

*Ci sono invece, oltre a delle sfide organizzative legate nel nostro Paese al Long Covid, anche altre relative al finanziamento. Sulla base di un decreto ministeriale del 2021, infatti, il report evidenzia che i fondi per la cura delle persone con Long Covid erano previsti fino al 2023, mentre ora la gestione di chi ha questa sindrome varia da Regione a Regione.*

### **Il ruolo dell'Iss nella raccolta di informazioni sul Long Covid**

*L'Italia ha contribuito alla raccolta di informazioni sul Long Covid da parte dell'Oms riportando i risultati del Progetto CCM "Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione COVID-19 (Long Covid)", finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Iss.*

*Attraverso i dati del progetto CCM, il nostro Paese ha contribuito al report con dati della medicina generale relativi ai sintomi di oltre 70000 assistiti con pregressa infezione da SARS-CoV-2, un documento di linee guida per la gestione della condizione di Long-Covid sviluppato da esperti clinici con rappresentanza di pazienti, la descrizione delle caratteristiche dei centri di assistenza sul Long Covid identificati da un survey nazionale coordinata dall'ISS, e una ampia raccolta dati svolta da tre Agenzie Sanitarie Regionali (Friuli, Toscana, Puglia) sull'utilizzo di risorse sanitarie legate a pregresso Covid.*

*Il progetto, che ha anche coinvolto diversi centri clinici di Università ed Ospedali e reti cliniche di Irccs, Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, è in fase di conclusione, ed i risultati aggiornati saranno presentati il 22 maggio prossimo in un convegno organizzato da ISS e Fondazione Gemelli.*

[https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-24/long-covid-modello-cura-italiano-punti-forza-e-sfide-un-documento-dell-oms-europeo-143904.php?uuid=AFa9SxYB&cmpid=nlqf&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-24/long-covid-modello-cura-italiano-punti-forza-e-sfide-un-documento-dell-oms-europeo-143904.php?uuid=AFa9SxYB&cmpid=nlqf&refresh_ce=1)

### **Il governo degli Stati Uniti sta prendendo provvedimenti per fermare l'"influenza mucca". È troppo poco, troppo tardi?**

Le prove genetiche suggeriscono che le infezioni bovine da H5N1 sono iniziate nell'autunno del 2023 e potrebbero verificarsi in modo molto più ampio di quanto riportato

**Jon Cohen**

*Il governo degli Stati Uniti ha annunciato ieri nuove misure per rallentare la diffusione del virus dell'influenza H5N1 tra i bovini, in seguito alla scoperta che il latte venduto a livello commerciale in 10 stati conteneva frammenti del virus.*

*Un ordine emesso dal Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (USDA) limita il movimento di bovini da latte tra gli stati e impone la segnalazione delle mucche infette.*

*L'**ordine** arriva quando nuove prove genetiche suggeriscono che le infezioni da virus nei bovini, annunciate per la prima volta il 25 marzo, potrebbero essere iniziate già nell'autunno del 2023 e che il virus probabilmente è circolato ben oltre le 33 aziende agricole in otto stati in cui è stato diffuso. rilevato.*

*Alcuni scienziati e veterinari affermano che il virus potrebbe già essere così diffuso che l'ordine non avrà molto effetto. "Limitare la trasmissione da uno stato all'altro è come limitare i viaggi aerei durante i periodi di Covid molto tempo dopo che i virus si sono stabiliti in un dato luogo", afferma il biologo evolucionista Mike Worobey dell'Università dell'Arizona.*

*"È una goccia nel mare."*

*Fino ad ora il governo federale aveva lasciato in gran parte la responsabilità della risposta all'epidemia agli stati, alle aziende agricole e ai produttori di latte.*

*Circa 20 stati hanno già vietato l'importazione di vacche da latte provenienti dall'estero.*

*Gli scienziati hanno denunciato la mancanza di azione a livello federale e la scarsità di dettagli sulla diffusione del virus, una variante di un clade noto come 2.3.4.4b che ha devastato le popolazioni di uccelli selvatici e pollame a livello globale per 2 anni.*

*Temo che la sua diffusione nei bovini, che non è mai stato conosciuto prima in grado di infettare, possa presagire un salto tra le persone.*

*Ecco cosa sapere sulle nuove regole, sulla diffusione del virus e sulle implicazioni per la salute umana.*

#### **Cosa dice l'ordinanza dell'USDA?**

*Entrando in vigore il 29 aprile, richiede che gli allevamenti testino il virus nel latte di ogni mucca in lattazione – gli animali più suscettibili all'infezione da H5N1 – prima di trasferirli in un altro stato. Le mucche che risultano positive devono rimanere ferme per 30 giorni e risultare negative prima del movimento da uno stato all'altro.*

*I laboratori e i veterinari che trovano il virus, o gli anticorpi contro di esso, devono ora segnalarlo all'USDA. La Food and Drug Administration (FDA) ha già richiesto che il latte risultato positivo al virus fosse "dirottato" dalla vendita commerciale.*

*Il fitopatologo dell'USDA Mike Watson ha dichiarato ieri in una conferenza stampa che l'agenzia può anche condurre indagini sui caseifici e sulle aziende che trasformano il latte per scoprire come il virus si sta diffondendo lì.*

#### **Come hanno reagito gli esperti alle nuove regole?**

*Il veterinario Kay Russo, che **ha svolto un ruolo chiave nell'individuazione della prima infezione da H5N1** nei bovini, afferma che l'ordinanza attribuisce troppo poca responsabilità ai trasformatori del latte.*

*"Negli impianti di lavorazione del latte, ogni carico di latte in cisterna in entrata viene controllato per verificare la presenza di adulteranti, compresi gli antibiotici, e gli standard di qualità e sicurezza", osserva Russo.*

*Se venissero testati anche per l'H5N1, "potremmo ottenere una prospettiva epidemiologica molto più ampia sulla pervasività di questo virus quasi da un giorno all'altro".*

*Juergen Richt, veterinario della Kansas State University, è d'accordo.*

*“Perché non testano campioni di latte sfuso? Non lo capisco”, dice Richt. L'H5N1 è un "agente selezionato", osserva, un gruppo di agenti patogeni che gli Stati Uniti hanno individuato come gravi minacce alla salute umana e animale e che prevede regole severe per gli scienziati.*

*"E qui ci sono agenti selezionati spediti in camion del latte in tutto il paese."*

*Ci sono anche questioni pratiche.*

*L'ordine potrebbe sopraffare i veterinari e i laboratori di analisi, afferma Barb Petersen, che gestisce il Sunrise Veterinary Service e che ha lavorato a stretto contatto con Russo nella scoperta del virus H5N1 nelle mucche. "Potreste venire tutti in Texas e assaggiare una mandria di 10.000 mucche ogni volta che spostano gli animali", dice.*

*La National Milk Producers Federation (NMPF) ha affermato che l'ordine dell'USDA è "appropriato", ma il suo capo scienziato, Jamie Jonker, ha detto a Science che ci sono "preoccupazioni sulla capacità di prelevare campioni". Jonker spera che l'USDA consenta alle aziende agricole che desiderano spedire bestiame un'opzione più semplice: testare il latte raccolto da diversi bovini.*

### **Come si diffonde il virus della mucca?**

*Nonostante un mese di ricerca, questa è ancora la domanda numero 1, afferma Petersen. L'USDA punta al trasporto di bovini infetti.*

*All'interno degli allevamenti, le attrezzature per la mungitura possono rivelarsi un meccanismo chiave.*

*La mammella, la sede principale delle infezioni, ha quattro compartimenti e "si possono avere livelli elevatissimi di virus in un quarto e niente negli altri", afferma Richard Webby, ricercatore sull'influenza aviaria al St. Jude Children's Research Hospital. Ciò suggerisce il trasferimento meccanico durante la mungitura, quando su ciascun capezzolo viene messa una tazza separata.*

*Nessuno studio ha ancora valutato se il virus può viaggiare attraverso l'aria.*

*Le necroscopie delle mucche infette generalmente non rilevano il virus nel tratto respiratorio, ma secondo l'USDA una mucca asintomatica di una mandria colpita aveva il virus nel tessuto polmonare.*

*Il virus dell'influenza potrebbe diventare aerosol quando le sale di mungitura vengono pulite con tubi ad alta pressione.*

*I cosiddetti fomiti, particelle che intrappolano il virus, potrebbero anche spostarsi tra le aziende agricole su attrezzature o indumenti.*

### **Cosa stanno facendo i caseifici e i produttori di latte per ridurre i rischi?**

*Jonker afferma che i caseifici hanno "perfezionato" la sanificazione delle attrezzature di mungitura. L'NMPF raccomanda che i lavoratori del settore lattiero-caseario a stretto contatto con animali infetti indossino dispositivi di protezione, compresi gli occhiali, ma riconosce che la conformità è un "miscuglio".*

*Jonker afferma di aver parlato con diverse aziende interessate a produrre un vaccino per le mucche. "Le aziende con cui ho parlato sono molto fiduciose che sarebbero in grado di sviluppare un vaccino... entro mesi, non anni", afferma.*

*Russo afferma che i produttori devono intraprendere più azioni indipendentemente dalla pressione del governo.*

*"Dobbiamo smettere di trattare questa malattia come la lettera scarlatta, smettere di nasconderci da essa, accettare la sua presenza e impegnarci a trovare modi per sostenere questi caseifici attraverso di essa per garantire un approvvigionamento alimentare sicuro e sano", afferma. "Questo è tutto sul ponte."*

### **Quanto è diventato diffuso il virus?**

*Uno studio condotto da Andrew Bowman della Ohio State University suggerisce che molte infezioni sono sfuggite al rilevamento.*

*Bowman ha utilizzato la reazione a catena della polimerasi (PCR) ultrasensibile per cercare materiale genetico del virus in 150 campioni di latte commerciale provenienti da 10 stati e ne ha trovati 58 positivi.*

*"C'è molto più virus là fuori di quanto pensassimo", dice. Webby dice che anche lui era "un po' sorpreso".*

*Ha scoperto che anche il latte acquistato nel suo supermercato locale nel Tennessee, che non ha segnalato allevamenti colpiti, è risultato positivo alla PCR.*

### **Il latte è sicuro da bere?**



Trovare frammenti di geni virali non significa che il latte rappresenti un rischio. Bowman ha inviato i 58 campioni positivi a Webby, per vedere se il latte con queste particelle genetiche virali potesse infettare le cellule.

Quei test sono risultati tutti negativi.

"Tutti i dati supportano il fatto che la pastorizzazione lo ha inattivato", afferma Bowman. Webby aggiunge: "Sto ancora bevendo da quel campione positivo che ho nel frigo di casa, quindi non sono personalmente preoccupato."

Nella conferenza stampa di ieri, il veterinario Don Prater della FDA ha affermato che sono in corso test per assicurarsi che la pastorizzazione uccida questo ceppo specifico del virus. Studi su altri ceppi influenzali suggeriscono di sì, dice Prater, aggiungendo che la pastorizzazione "ha servito bene la salute pubblica per oltre 100 anni".

### Dove e quando è iniziata l'epidemia?

Worobey e colleghi hanno analizzato tutte le sequenze disponibili del virus nelle mucche e hanno scoperto che l'epidemia probabilmente "è volata sotto il radar per mesi prima ancora che qualcuno iniziasse a cercare di trovarla", dice.

Sebbene molti ricercatori ora credano che tutto sia iniziato con un unico contagio dagli uccelli selvatici al bestiame, Worobey afferma di "non essere ancora convinto che [il contagio] sia avvenuto solo una volta".

L'unico caso umano segnalato, un lavoratore lattiero-caseario in Texas, è un "valore anomalo" il cui virus non rientra nell'albero genealogico dei virus riscontrati nei bovini.

Potrebbe aver contratto un virus bovino con un'origine separata che da allora si è estinto, dice Worobey.

### Gli allevamenti di suini e i caseifici sono spesso vicini. I suini sono a rischio?

Sicuramente, dice Richt. Il suo laboratorio ha condotto esperimenti dimostrando che i maiali possono facilmente essere infettati da un diverso virus 2.3.4.4b. Sebbene abbia difficoltà a riprodursi nei maiali, teme che il virus possa "riassorbirsi" con altri virus influenzali già presenti negli animali per produrre nuovi ceppi più trasmissibili. "Questo è il pericolo", dice.

### L'epidemia si esaurirà?

Le mucche da latte potrebbero sviluppare un'immunità diffusa al virus, cosa che secondo Petersen potrebbe già essersi verificata nel Texas Panhandle, dove lavora. In combinazione con gli sforzi di contenimento, ciò potrebbe significare che l'epidemia svanisce.

Ma il virus potrebbe anche diventare endemico nei bovini, come è successo con i virus dell'influenza nei suini, e gli uccelli potrebbero diffondere il virus ai bovini di altri paesi.

"Questo è un evento spaventoso", afferma Gregory Gray della University of Texas Medical Branch, che ha studiato altri ceppi influenzali nei bovini prima che iniziasse questa epidemia. "È nella mente di tutti."

### Questa epidemia potrebbe causare una pandemia umana?

Non ci sono ancora prove chiare che il ceppo H5N1 presente nelle mucche statunitensi abbia acquisito mutazioni note che lo rendono più trasmissibile agli esseri umani, il che potrebbe far presagire una pandemia. Tuttavia, un virus trovato in una mucca in Kansas "potrebbe indicare che il virus stava mutando per adattarsi ai mammiferi", ha detto ieri Watson.

E Worobey non è ottimista.

"Siamo in un nuovo territorio qui, con un virus H5N1 adattato ai mammiferi che si diffonde per la prima volta nei mammiferi terrestri con cui centinaia di migliaia di persone entrano in contatto ogni giorno", afferma. "Il prossimo virus pandemico arriverà da qualche parte, e arriverà da qualche parte che assomiglia molto a questo."

[https://www.science.org/content/article/u-s-government-taking-action-stop-cow-flu-it-too-little-too-late?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5191448](https://www.science.org/content/article/u-s-government-taking-action-stop-cow-flu-it-too-little-too-late?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=DailyLatestNews&et rid=691092258&et cid=5191448)

quotidianosanita.it

### **Decreto Pnrr. Il testo sbarca in aula alla Camera. Dall'addio al green pass Oms ai nuovi criteri per le assunzioni. Ecco tutte le novità per la sanità**

**Giovanni Rodriquez**

*Confermato il dirottamento di circa 1,2 mld per l'ammodernamento degli ospedali dal Piano nazionale complementare ai fondi per l'edilizia sanitaria che vengono però incrementati. L'Italia decide poi di non aderire alla rete green pass dell'Oms. Vengono salvaguardate le graduatorie di chi ha sostenuto la prova di ammissione a medicina per l'immatricolazione nell'anno accademico 2023/2024. Nuovi criteri per le assunzioni a tempo indeterminato negli enti del Ssn e per la valorizzazione del personale.*

**15 APR -**

Approda oggi in aula alla Camera il nuovo decreto Pnrr con tutte le modifiche apportate nel corso delle ultime settimane in commissione Bilancio.

A partire dal dirottamento di circa 1,2 mld per l'ammodernamento degli ospedali dal Piano nazionale complementare ai fondi per l'edilizia sanitaria; una misura duramente contestata dalle Regioni.

L'Italia decide poi di non aderire alla rete green pass dell'Oms.

Vengono salvaguardate le graduatorie di chi ha sostenuto la prova di ammissione a medicina per l'immatricolazione nell'anno accademico 2023/2024.

Si registra il superamento del limite del 50% della spesa sostenuta nel 2009 per le assunzioni di medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti a tempo determinato.

E ancora, troviamo nuovi criteri per le assunzioni a tempo indeterminato negli enti del Ssn e per la valorizzazione del personale. Cambiano anche i limiti assunzionali per le Aziende ospedaliere universitarie.

Viene superata la necessità di una consultazione preventiva del garante della privacy per l'avvio progetti di ricerca sanitaria. E molto altro ancora.

**Di seguito più nel dettaglio tutte le misure di interesse sanitario contenute nel provvedimento.**

#### **Articolo 1 (Disposizioni per la realizzazione degli investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e di quelli non più finanziati con le risorse del Pnrr, nonché in materia di revisione del Piano nazionale per gli investimenti complementari al Pnrr)**

Vengono dirottati circa 1,2 miliardi inizialmente destinati all'ammodernamento degli ospedali, dal Piano nazionale complementare ai **fondi per l'edilizia sanitaria**. A tal fine, i fondi ex articolo 20 sull'edilizia sanitaria vengono incrementati di una somma pari a 39 milioni. Sulla misura c'è stata una dura opposizione da parte delle Regioni che chiedevano lo stralcio di questa parte del testo.

#### **Articolo 8 (Misure per il rafforzamento della capacità amministrativa delle amministrazioni titolari delle misure del Pnrr e dei soggetti attuatori)**

Al fine del recupero delle liste d'attesa e per valorizzare le professionalità, **gli enti del Ssn fino al 31 dicembre del 2025 possono assumere a tempo indeterminato**, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e del ruolo sociosanitario, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato al 31 dicembre 2023 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2024, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione.

Al fine del potenziamento delle competenze del Ministero della salute, dal 1° giugno 2024 la dotazione organica è incrementata di un posto di funzione dirigenziale di livello generale nell'ambito dell'Ufficio di Gabinetto del Ministro. La nuova assunzione potrà avvenire in deroga ai limiti previsti dal decreto legislativo 165/2001.

#### **Articolo 18 (Disposizioni urgenti in materia di formazione superiore e ricerca)**

Nelle more della revisione dei meccanismi di accesso ai **corsi di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria e medicina veterinaria**, i candidati che hanno sostenuto la prova di

ammissione a tali corsi ai fini dell'immatricolazione nell'anno accademico 2023/2024 senza presentare istanza di inserimento nelle relative graduatorie "possono presentare istanza per l'inserimento nella graduatoria nazionale per l'iscrizione ai predetti corsi nell'anno accademico 2024/2025, senza necessità di ripetere la relativa prova di ammissione".

Con uno o più decreti del Ministro dell'università e della ricerca saranno dunque individuate le procedure di inserimento di questi candidati nelle graduatorie nazionali "ai fini dell'individuazione del punteggio minimo necessario per l'immatricolazione nell'anno accademico 2024/2025, tenendo conto dei punteggi conseguiti dai candidati immatricolati nell'anno accademico 2023/2024", e saranno definiti i posti da riservare a questi candidati che "abbiano conseguito il punteggio minimo utile per l'immatricolazione in misura proporzionale per ciascun ateneo, tenendo conto del rapporto tra il numero degli aventi diritto alla riserva e il numero complessivo dei posti assegnati alle università nell'ambito della programmazione nazionale per l'anno accademico 2024/2025".

#### **Articolo 42 (Disposizioni in materia di fascicolo sanitario elettronico, sistemi di sorveglianza nel settore sanitario e governo della sanità digitale)**

In tema di **fascicolo sanitario elettronico**, sistemi di sorveglianza nel settore sanitario e governo della sanità digitale si spiega che, al fine di consentire "il monitoraggio dell'erogazione dei servizi di telemedicina necessario per il raggiungimento degli obiettivi riconducibili al sub intervento di investimento M6C1 'Servizi di telemedicina', tra cui il target comunitario M6C1-9, nonché per garantire la tempestiva attuazione del sub intervento M6C1 'COT-Progetto pilota di intelligenza artificiale', l'Agenas avvia le attività relative alla raccolta e alla gestione dei dati utili anche pseudonimizzati, garantendo che gli interessati non siano direttamente identificabili". Agenas dovrà svolgere queste attività con le risorse umane, strumentali e finanziarie "disponibili a legislazione vigente".

#### **Articolo 43 (Modalità tecnologiche per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati sanitari)**

Viene eliminato ogni riferimento all'adesione dell'Italia alla **rete green pass dell'Oms** per far fronte a eventuali emergenze sanitarie, nonché per agevolare il rilascio e la verifica di certificazioni sanitarie digitali utilizzabili in tutti gli Stati aderenti alla rete globale di certificazione sanitaria digitale. La nuova formulazione presentata dal governo si limita a dire che, al fine di assicurare l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico, un decreto del ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, dovrà "individuare le modalità tecnologiche idonee a garantire il rilascio e la verifica delle certificazioni sanitarie digitali, in conformità alle specifiche tecniche europee e internazionali"

Per assicurare l'individuazione e lo sviluppo di modalità tecnologiche idonee alla gestione di certificazioni sanitarie digitali viene autorizzata la spesa di euro 3.850.000 per l'anno 2024. Mentre a decorrere dall'anno 2025 viene autorizzata la spesa di euro 1.850.000 annui.

#### **Articolo 44 (Modifiche al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196)**

I dati personali relativi alla salute, pseudonimizzati, sono trattati, anche mediante interconnessione, dal Ministero della salute, dall'Istituto superiore di sanità (Iss), dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (Inmp), nonché relativamente ai propri assistiti, dalle regioni e dalle province autonome, nel rispetto delle finalità istituzionali di ciascuno, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, adottato previo parere del Garante per la protezione dei dati personali.

Il Ministero della salute disciplina, con uno o più decreti, l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale, pseudonimizzati, ivi incluso il fascicolo sanitario elettronico (Fse) che a tal fine adeguano i propri sistemi informativi. I decreti di cui al primo periodo adottati, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, nel rispetto del Regolamento, del presente codice, del codice dell'amministrazione digitale e delle linee guida emanate dall'Agenzia per l'Italia digitale in materia di interoperabilità, definiscono le caratteristiche e disciplinano un ambiente di trattamento sicuro all'interno del quale vengono messi a disposizione dati anonimi o pseudonimizzati, per le finalità istituzionali di ciascuno, secondo le modalità individuate

**Si supera la consultazione preventiva del Garante Privacy** di 14 settimane per iniziare importanti progetti di ricerca in campo medico, biomedico ed epidemiologico. Basterà il parere del comitato etico territoriale.

#### **Articolo 44-bis (Misure in materia di efficienza dei policlinici universitari)**

Salta il limite del 2% dell'organico per la stipula di contratti di lavoro a tempo determinato per le aziende ospedaliere universitarie, per far fronte ad esigenze assistenziali. Il limite previsto ora dall'emendamento è quello

del “rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spesa per il personale”. Inoltre, sempre nei policlinici universitari, il personale medico, veterinario e sanitario già assunto con le modalità stabilite per la dirigenza medica e sanitaria del Ssn conserva, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'inquadramento giuridico ed economico nell'ambito della contrattazione collettiva della dirigenza dell'area sanità.

**Articolo 44-ter (Modifiche all'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, in materia di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale)**

Si va a superare il limite ad oggi vigente, pari al 50% della spesa sostenuta nel 2009, per assumere medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, ovvero mediante convenzioni o con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché nelle ipotesi di reclutamento di personale mediante contratti di formazione lavoro, o altri rapporti formativi, o con contratti di somministrazione di lavoro.

**Articolo 44-quater (Modifiche all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, in materia di contratti di lavoro a tempo determinato per l'assunzione di medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi specializzandi, nonché all'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, in materia di incarichi libero-professionali dei medici in formazione specialistica)**

Le aziende e gli enti del Ssn, nonché le strutture sanitarie private accreditate, appartenenti alla rete formativa, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio e nei limiti di spesa per il personale previsti dalla disciplina vigente, potranno procedere, fino al 31 dicembre 2026, all'assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, di coloro che sono utilmente collocati nella graduatoria separata. Il riferimento è quindi a medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi a partire dal secondo anno di formazione specialistica, regolarmente iscritti.

Il contratto ha durata pari alla durata residua del corso di formazione specialistica e può essere prorogato fino al conseguimento del titolo di formazione specialistica, anche se la struttura nella quale lo specializzando svolge l'attività lavorativa non appartiene alla rete formativa della scuola di specializzazione cui lo specializzando stesso è iscritto, ma alla rete formativa di un'altra scuola di specializzazione per la disciplina di interesse. Sono fatti salvi, per i medici specializzandi, i periodi di sospensione previsti dall'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

Viene sospesa la certificazione delle attività formative da parte del consiglio della scuola di specializzazione, secondo quanto stabilito dal progetto formativo della scuola stessa.

**Articolo 44-quinquies (Norme in materia di servizi consultoriali)**

Le regioni organizzano i servizi consultoriali nell'ambito della Missione 6, Componente 1, del Pnrr e possono avvalersi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, anche del coinvolgimento di soggetti del Terzo settore che abbiano una qualificata esperienza nel sostegno alla maternità.

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=121545](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=121545)



**Decreto Pnrr-quater/ Le Regioni: definanziamento Piano per 1,2 mld ammissibile solo risarcendo l'art. 20 sull'edilizia sanitaria**  
**Barbara Gobbi**

*“La Conferenza esprime, (...), parere condizionato all'accoglimento delle proposte*

emendative prioritarie e chiede, inoltre, l'impegno formale ad individuare le risorse necessarie anche negli anni successivi; in caso negativo le Regioni valuteranno iniziative anche giurisdizionali a tutela delle programmazioni già avviate".

Così le Regioni guidate da Massimiliano Fedriga (Lega) passano al setaccio lo schema di conversione in legge del decreto Pnrr-quater (Dl 2 marzo 2024 n. 19) , di cui chiedono la rimodulazione su molteplici fronti, a cominciare dalla sanità.

Precisando, per restare su una visione generale del provvedimento che rivede il Pnrr e il Piano nazionale complementare (Pnc), che "si auspica che non si debba più percorrere una modalità elaborativa di decreti legge che trattano materie di competenza regionale, senza alcuna interlocuzione con la Conferenza delle Regioni".

Ma vediamo da vicino cosa si richiede per l'edilizia sanitaria, di cui le Regioni lamentano da settimane lo "scippo" di 1,2 miliardi, che dovrebbero essere recuperati dalle risorse ex articolo 20 della legge 67 del 1988.

Il definanziamento della Missione 6, tra le altre voci, era stato "denunciato" dall'Ufficio parlamentare di bilancio nella sua audizione del 14 marzo scorso e riguarderebbe in particolare il capitolo "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", alleggerito rispettivamente di 510 mln e di 690 milioni dal decreto Pnrr.

Ecco cosa scrivono le Regioni rispetto a questa Missione e all'articolo 1 comma 13 del decreto Pnrr in particolare.

### **"Definanziamento e rimodulazione della Missione 6 "Sanità" del Pnrr.**

L'articolo 1, comma 13, prevede, per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi come inizialmente programmati, che gli interventi non più realizzabili con le risorse Pnrr siano finanziati dalle Regioni con risorse proprie ex "articolo 20 legge 67/88 - edilizia sanitaria" integrando il quadro economico dei progetti inseriti nei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) già sottoscritti, senza prevedere risorse aggiuntive. Vale la pena ricordare che le risorse ex articolo 20 sono destinate ad interventi di edilizia sanitaria che le Regioni hanno già programmato nell'ambito dei plafond per ciascuna disponibili, anche se non risultano ancora formalmente impegnate secondo le regole vigenti, per le quali più volte se ne è chiesta la semplificazione.

La Relazione tecnica al provvedimento indica, inoltre, che "la disposizione ... non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica limitandosi a modificare la copertura finanziaria del programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" ponendola a valere su risorse nazionali già previste a legislazione vigente". In realtà, l'invarianza finanziaria della disposizione è solo formale, nei fatti il trasferimento dei progetti dal finanziamento Pnrr determina la riduzione delle risorse ex art. 20 legge 67/88 a disposizione delle Regioni: è necessario, pertanto, il rifinanziamento dei Fondi ex art. 20 legge 67/88".

Inoltre, aggiungono le Regioni, per quanto riguarda i finanziamenti a carico del Piano nazionale complementare sono stati ridotti i programmi: Salute, ambiente e diversità (-34,70 mln), Verso un ospedale sicuro e sostenibile (-510 mln), Ecosistema innovativo della salute (-132,56 mln).

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-04/decreto-pnrr-quater-regioni-definanziamento-piano-12-mln-ammissibile-solo-risarcendo-l-art-20-sull-edilizia-sanitaria-152147.php?uuid=AFGHEOCB&cmpid=nlqf>



## **Pnrr Missione salute. Al 1° trimestre 2024 rispettate tutte le scadenze europee. Il monitoraggio Gimbe**

Sugli step intermedi relativi all'Assistenza domiciliare, arrancano Campania e Sardegna, Sicilia ferma all'1%. Rimodulazione al ribasso del Pnrr: incognite su risorse e progetti che slittano dopo il 2026. In cerca di fondi 1.803 posti di terapia intensiva. Riforma assistenza territoriale e nodo infermieri: pochi e sottopagati

### **30 APR -**

“Anche se al 31 marzo 2024 non erano previste scadenze europee sulla missione Salute del PNRR che condizionano il pagamento delle rate, continua l'attività del nostro Osservatorio sul Ssn di monitoraggio indipendente dello status di avanzamento delle riforme, al fine di fornire un quadro oggettivo sui risultati raggiunti, di informare i cittadini ed evitare strumentalizzazioni politiche”.

Così **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe presenta il monitoraggio effettuato dall'Osservatorio Gimbe che, oltre allo status di avanzamento, analizza nei dettagli la rimodulazione della Missione 6 secondo quanto riportato dalla [Quarta Relazione sullo stato di avanzamento](#) del Pnrr e quanto disposto dal DL Pnrr, approvato lo scorso 23 aprile.

**Stato di avanzamento al 31 marzo 2024.** Secondo i dati resi pubblici il 20 aprile 2024 sul [portale del Ministero della Salute](#) che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del Pnrr :

- Milestone e target europei: risultano tutti raggiunti in quanto al 31 marzo 2024 non erano previste nuove scadenze e tutte quelle relative agli anni 2021-2023 erano già state raggiunte al 31 dicembre 2023.
- Milestone e target nazionali: “Anche se non condizionano l'erogazione dei fondi del Pnrr – spiega Cartabellotta – questi step intermedi richiedono un attento monitoraggio perché potrebbero compromettere le correlate scadenze europee”.

**Entro le scadenze fissate sono stati raggiunti tutti quelli previsti nel 2021 e 2022.** Relativamente al 2023, sono stati differiti tre target: due da giugno 2023 a giugno 2024, ovvero la “Stipula di un contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria” e la “Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali”.

**Tabella 1. PNRR Missione Salute: Milestone (M) e Target (T) di interesse nazionale differiti nel 2024**

M/T	Descrizione	Target raggiunto	Scadenza iniziale	Nuova scadenza	Gap (mesi)
T	Stipula contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria	N.A.	30/06/23	30/06/24	+12
T	Stipula contratti per l'interconnessione aziendale	91%	30/06/23	30/06/24	+12

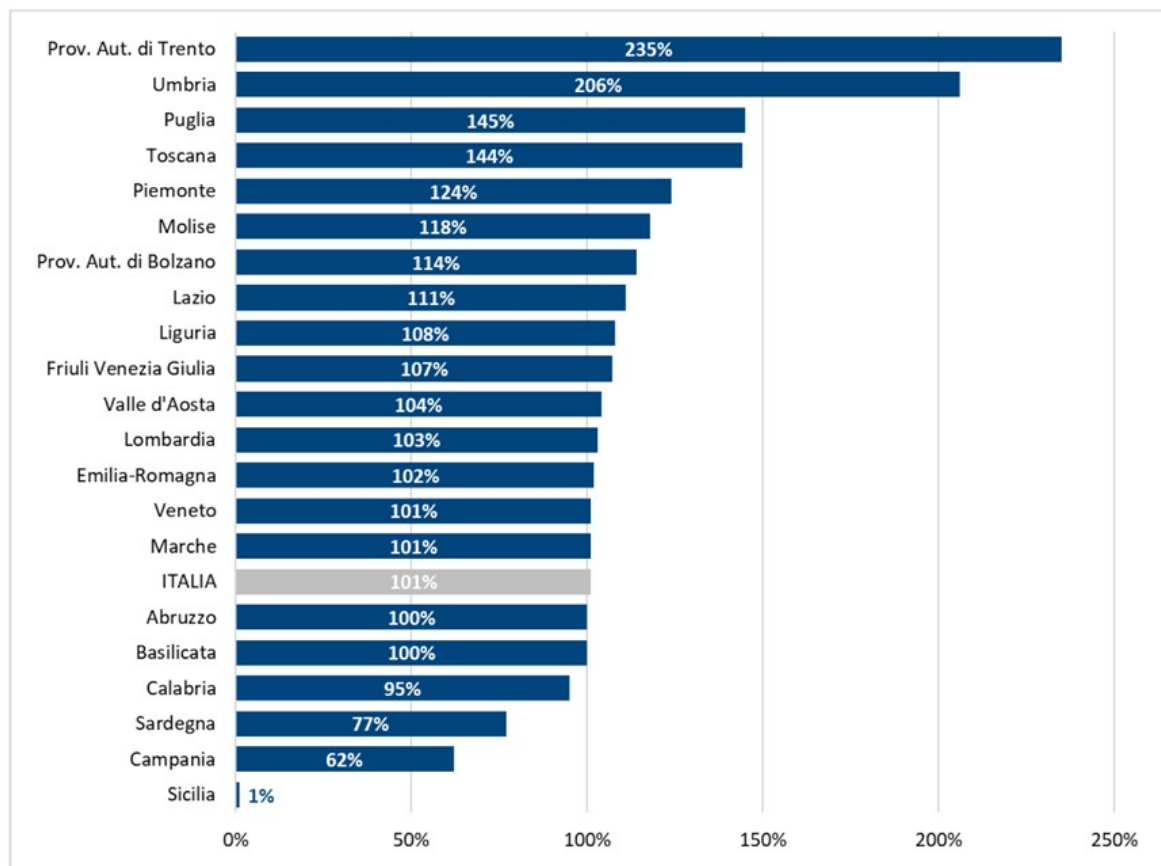
**L'ulteriore target “Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)”** differito da marzo 2023 a marzo 2024 è stato raggiunto alla scadenza prevista, insieme a quello previsto per marzo 2024 “Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (seconda parte)”.

“Raggiunti gli obiettivi per l'assistenza domiciliare integrata negli over 65 – commenta Cartabellotta – i ritardi attuali sulle scadenze nazionali non sono particolarmente critici. Tuttavia, il raggiungimento degli obiettivi nazionali sull'ADI è condizionato da rilevanti differenze regionali, conseguenti sia al “punto di partenza” delle Regioni del Mezzogiorno, sia alle loro capacità di recuperare il gap con l'avvio del Pnrr”. In dettaglio, secondo quanto previsto dal [Decreto del Ministero della Salute del 13 marzo 2023](#) per assistere almeno il 10% della popolazione over 65 in ADI, il Pnrr ha l'obiettivo di aumentare le persone prese in carico

dagli oltre 640 mila del dicembre 2019 a poco meno di 1,5 milioni nel 2026, per un incremento totale di oltre 808 mila assistiti. Rispetto ai target intermedi per raggiungere tale numero, la recente [relazione dell'Agenas](#) documenta che nel 2023 il target nazionale di 526 mila, previsto dal DM 13 marzo 2023, è stato superato (+1%).

“Tuttavia – spiega Cartabellotta – il dato nazionale è distorto dai risultati estremamente differenti raggiunti dalle Regioni. Infatti, rispetto ad una media nazionale del 101%, alcune Regioni fanno registrare incrementi molto rilevanti: Provincia autonoma di Trento (235%), Umbria (206%), Puglia (145%), Toscana (144%). Risultati che “compensano” quelli di altre Regioni: in particolare Sardegna (77%), Campania (62%) e, soprattutto, Sicilia che rimane fanalino di coda all’1%”

**Figura 1. Percentuale d’incremento dei pazienti over 65 in assistenza domiciliare (dati Agenas al 31 dicembre 2023)**



**Rimodulazione della Missione 6 salute.** La “[Quarta Relazione sullo stato di attuazione del PNRR](#)”, pubblicata lo scorso 22 febbraio, riporta le variazioni rispetto al piano originale [approvate dalla Commissione Europea il 24 novembre 2023](#), relative alla rimodulazione delle risorse tra le due Componenti della Missione Salute, alle variazioni quantitative dei progetti e ai differimenti temporali.

**Risorse.** La dotazione finanziaria della Missione 6 Salute, pari a circa € 15,6 miliardi, è rimasta invariata. La rimodulazione ha redistribuito € 750 milioni dalla Componente 2 alla Componente 1. In particolare, sono stati potenziati i nuovi progetti riferiti all’assistenza domiciliare (+ € 250 milioni) e alla telemedicina (+ € 500 milioni), con una riduzione (- € 750 milioni) che sarà compensata dalle risorse per progetti già in essere di edilizia sanitaria ex. art. 20.

**Variazioni quantitative.**

- Riduzione di Case della Comunità (-312), Centrali Operative Territoriali (-120) e Ospedali di Comunità (-93) e interventi di antisismica (-25) secondo criteri di distribuzione regionale al momento non noti. “Se, come previsto dal piano di rimodulazione presentato dall’Italia, saranno espunte le strutture da realizzare ex novo – spiega Cartabellotta – ad essere penalizzate saranno le Regioni del Mezzogiorno

la cui dotazione iniziale era esigua”. Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi inizialmente programmati, è previsto l’utilizzo di fondi alternativi: “risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/1988 ed eventuali risorse alternative, nonché le risorse aggiuntive del Fondo Opere Indifferibili, istituito per fronteggiare l’eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli appalti pubblici, e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali”. “Senza entrare nel merito di tecnicismi contabili né dell’entità dei fondi alternativi citati – precisa il Presidente – l’unica certezza è che tutto quanto espunto dal piano di rimodulazione potrà essere realizzato solo dopo giugno del 2026, data di scadenza ultima delle opere del Pnrr”.

- Riduzione dei posti letto di terapia intensiva (-808) e semi-intensiva (-995), secondo criteri di distribuzione regionale al momento non noti. “Se da un lato il piano di rimodulazione indica la riduzione di 1.803 posti letto totali come “prudenziale” per l’aumento dei costi di realizzazione – spiega Cartabellotta – dall’altro non fa alcun riferimento alle risorse a cui attingere per realizzare i posti letto espunti, nonostante venga riportato che “Resta comunque ferma la programmazione definita dai [Piani di riorganizzazione](#) approvati dal Ministero con le Regioni e le Province Autonome””.
- Aumento degli over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila a 842 mila) e dei pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila a 300 mila).
- 

**Tabella 2. Rimodulazione PNRR Missione Salute: modifiche quantitative**

N°	Investimento	Target originale	Nuovo target	Differenza	Note sulle risorse economiche
M6C1-3	Case della Comunità	1.350	1.038	-312	Uso di risorse alternative*
M6C1-7	Centrali Operative Territoriali	600	480	-120	Uso di risorse alternative*
M6C1-11	Ospedali di comunità	400	307	-93	Uso di risorse alternative*
M6C1-6	Over 65 in assistenza domiciliare	800.000	842.000	+42.000	Aumento della dotazione finanziaria di € 250 milioni
M6C1-9	Pazienti assistiti in telemedicina	200.000	300.000	+100.000	Aumento della dotazione finanziaria di € 500 milioni
M6C2-9	Posti terapia intensiva	3.500	2.692	-808	Nessun riferimento a risorse alternative per realizzare i posti letto espunti
	Posti terapia sub-intensiva	4.225 <sup>§</sup>	3.230	-995	
M6C2-10	Interventi antisismica	109	84	-25	Riduzione della dotazione di € 750 milioni Uso di risorse alternative*

\* Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi come inizialmente programmati, è previsto l’utilizzo di fondi alternativi quali le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/1988 ed eventuali risorse alternative, nonché le risorse aggiuntive del Fondo Opere Indifferibili, istituito per fronteggiare l’eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli appalti pubblici e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali.

<sup>§</sup>Target originale riportato nella prima versione del PNRR. La rimodulazione riporta, invece, il numero di 4.200

**Differimenti temporali.** Sono relativi a due target:

- Attivazione delle Centrali Operative Territoriali dal 30 giugno 2024 al 31 dicembre 2024 (+ 6 mesi).
- Installazione delle grandi apparecchiature dal 31 dicembre 2024 al 30 giugno 2026 (+ 18 mesi).

“Un differimento temporale – commenta il Presidente – motivato da criticità minori, quali lo smaltimento delle vecchie apparecchiature e l’adeguamento dei locali, che inevitabilmente condiziona l’esigibilità delle prestazioni diagnostiche con apparecchiature più moderne ed efficienti, in un periodo storico caratterizzato da tempi di attesa già estremamente lunghi”.

**Tabella 3. Rimodulazione PNRR Missione Salute: differimenti delle scadenze**

N°	Investimento	Scadenza originale	Nuova scadenza	Delta
M6C1-7	Centrali Operative Territoriali	30 giugno 2024	31 dicembre 2024	+6 mesi
M6C2-6	Grandi apparecchiature	31 dicembre 2024	30 giugno 2026	+18 mesi

**Di Pnrr.** L'art. 1 diretta circa € 1,2 miliardi destinati all'ammodernamento degli ospedali dal Piano Nazionale per gli investimenti complementari – il co-finanziamento del PNRR garantito dall'Italia - ai fondi generici per l'edilizia sanitaria (ex. art. 20). “Anche se potrebbe sembrare solo una “mossa contabile” – commenta il Presidente – nei fatti lo spostamento di risorse non avviene tra “vasi comunicanti” e gli interventi espunti sono rimandati a data da destinarsi perché non dovranno più rispettare la scadenza del giugno 2026 fissate dal Pnrr”.

In particolare, si tratta dell'investimento denominato “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” che ha l'obiettivo di migliorare la sicurezza degli ospedali per adeguarli alle norme antisismiche, “tenendo conto – spiega Cartabellotta – del loro ruolo strategico in caso di disastro, visto che gli ospedali se da un lato svolgono la fondamentale funzione di soccorso, sono particolarmente a rischio in caso di evento sismico perché ospitano un elevato numero di persone la cui messa in sicurezza è condizionata dalle inabilità individuali”.

“Dopo aver “messo a terra” – commenta il Presidente – la Missione Salute del Pnrr, il rispetto delle scadenze future sarà condizionato dalle criticità di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale nei 21 servizi sanitari regionali. In particolare, il ruolo dei medici di famiglia e la grave carenza infermieri, figure chiave nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, oltre alle differenze regionali che non pongono tutte le Regioni sulla stessa linea di partenza per raggiungere gli obiettivi del Pnrr e che, inevitabilmente, rischiano di essere amplificate dall'autonomia differenziata”.

**Riguardo l'imponente carenza di personale infermieristico** utile riportare tre dati. Innanzitutto, nel 2021 il numero di infermieri in Italia è pari a 6,2 per 1.000 abitanti, rispetto ad una media OCSE di 9,9, con rilevanti differenze regionali. Una carenza che stride con il fabbisogno di infermieri di comunità/di famiglia stimato da Agenas per attuare la riforma dell'assistenza territoriale: tra 19.450 a 26.850. In secondo luogo, la scarsa attrattività della professione infermieristica conseguente a vari fattori: limitate prospettive di carriera, problemi organizzativi e di sicurezza sul lavoro e, ovviamente, aspetti economici, visto che la retribuzione dei nostri infermieri è ben al di sotto della media OCSE (€ 35.030 vs € 44.250 a dicembre 2021). Inoltre, negli ultimi 20 anni il potere di acquisto dei loro stipendi si è ridotto sia nel periodo 2000-2019 (-1,5%), sia nel periodo 2019-2021 (-1%), più che in ogni altro paese OCSE.

“La Missione Salute del Pnrr – conclude Cartabellotta – è indubbiamente una grande opportunità per potenziare il Ssn, ma solo nell'ambito di un rilancio complessivo della sanità pubblica. Ovvero, non può essere la “stampella” per sostenere un Ssn claudicante. E, se da un lato la sua attuazione deve essere sostenuta da coraggiose azioni politiche, rinviare le scadenze e rimodulare al ribasso gli obiettivi del Pnrr senza chiarire la distribuzione regionale dei “tagli”, l'entità e la disponibilità delle risorse necessarie e la definizione di nuove scadenze per quanto rimasto fuori dal piano di rimodulazione, indebolisce ulteriormente il potenziale impatto del Pnrr sul rilancio del Ssn”.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121853](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121853)

quotidianosanita.it

### Ecco com'è cambiato il Ssn in 10 anni.

*Chiuso un ospedale su dieci. Cresce il privato e nonostante i progressi le unità di personale sono ancora poche. Finito il Covid è di nuovo taglio dei letti: sono 30 mila in meno rispetto al 2020*

**Luciano Fassari**

*Sono alcuni degli scatti che emergono dal nuovo Annuario del Ssn relativo al 2022 appena pubblicato dal Ministero della Salute che confrontato con il medesimo report di 10 anni prima evidenzia come il Servizio sanitario abbia lentamente mutato volto con un'assistenza territoriale in difficoltà e sostenuta in gran parte dal privato. Pochi progressi nell'Assistenza domiciliare integrata mentre pare invertirsi il trend sul personale sanitario che torna a crescere anche se rispetto a dieci anni prima segna un -4.500 unità.*

**08 APR -**

Ecco com'è cambiata la faccia del Ssn negli ultimi 10 anni.

Ci sono sempre meno ospedali, sempre più strutture private e un territorio sempre più sguarnito di medici di famiglia, pediatri e medici di continuità assistenziale. Inoltre, dopo il boom di posti letto per acuti del 2020, anno dello scoppio della pandemia nel 2022 è proseguito il taglio.

Il personale è sempre meno rispetto a 10 anni fa ma negli ultimi anni si nota fortunatamente un'inversione di tendenza.

È questa la fotografia che emerge dal nuovo annuario statistico del Ssn del Ministero della Salute relativo al 2022.

E così andando a confrontare il medesimo rapporto relativo al 2012 emerge con la limpidezza dei numeri la dieta forzata cui i vari Governi che si sono succeduti nello scorso decennio hanno sottoposto il Ssn che in 10 anni si è ritrovato con 95 ospedali in meno, un peso del privato sempre più forte e un'assistenza territoriale pubblica al palo con progressi nell'Assistenza domiciliare integrata che però ancora non risente del boost dato dal Pnrr.

**Iniziamo dagli ospedali.** In 10 anni ne sono stati chiusi 95, ben il 9%.

Nel 2012 tra pubblici e privati erano 1.091 mentre nel 2022 sono scesi a 996, con un taglio più marcato per quelli pubblici (67 in meno in 10 anni).

In calo anche le strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale: erano 9.268 nel 2012 e sono scese a 9.085 dieci anni dopo. In crescita, ma solo grazie al privato quelle di assistenza Territoriale Residenziale che a fronte delle 6.526 strutture presenti nel 2012 ne conta 8.045 nel 2022 (pubbliche sono appena il 15%).

Stesso trend per quanto riguarda le strutture di assistenza territoriale semi residenziale che vede crescere le strutture: erano 2.787 nel 2012 e sono 3.126 nel 2022.

Stesso dicasi per la Riabilitativa che da 1.027 strutture è passata 1.180. In crescita anche i numeri per l'altra assistenza territoriale in questo caso con il pubblico a farla da padrone

Ma ciò che più fa effetto è che i tagli hanno riguardato il settore pubblico che nel 2022 annovera il 42,7% delle strutture totali contro il 46% di 10 anni prima.

**Sempre meno personale rispetto a 10 anni fa ma il trend pare invertirsi.** Nel 2012 il Ssn annoverava 629.713 unità contro le 625.282 del 2022. Un dato però in crescita rispetto alle 603.856 del 2019, l'anno che ha preceduto la pandemia.

**Posti letto, dopo il Covid si torna a tagliare:** Rispetto a 10 anni fa tra pubblico e privato sono stati tagliati appena 7.183 letti tra degenze ordinarie, day hospital e day surgery. Merito del 2020 quando con lo scoppio della pandemia c'è stato un elevato aumento di posti. Ma è da notare che in appena due anni, passato il momento più duro del Covid, ne sono stati tagliati oltre 30 mila: nel 2020 i posti letto erano 257.977 contro i 225.469 del 2022.



In discesa anche il numero dei Consultori: ne sono stati chiusi 1 su 10 (erano 2.467 nel 2012 contro i 2.161 del 2022). Giù anche il numero dei Centri di Salute mentale (erano 1.574 dieci anni e fa sono diventati 1.496 nel 2022).

**Meno medici convenzionati.** I medici di famiglia dai 45.437 che erano nel 2012 sono diventati 39.366 nel 2022 (-6.071). In calo anche i pediatri (-694 in 10 anni per un totale nel 2022 di 6.962 unità). In frenata anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) che dagli 12.027 che erano nel 2012 sono diventati 10.671 nel 2022 (-1.356).

**Dieta amministrativa.** Le Asl sono passate dalle 145 del 2012 alle 106 del 2022.

**Cresce l'assistenza domiciliare integrata (Adi).** In 10 anni sono praticamente raddoppiate le persone assistite: dai 633.777 pazienti del 2012 nel 2022 esse sono state 1.244.891. A peggiorare però sono le ore dedicate a ciascun paziente: nel 2012 erano 22 contro le 18 ore del 2022.

**Pronto soccorso.** Nel 2022 si registrano 17.208.251 accessi nei pronto soccorso (292 accessi ogni 1000 abitanti), ovvero circa 3 mln in meno di accessi rispetto al 2012 quando erano stati 20.916.353 con una media di 350 accessi ogni 1.000 abitanti. Nel 2022 sono stati 1.318.953 accessi nei pronto soccorso pediatrici (143 accessi ogni 1000 abitanti fino a 18 anni), un numero poco inferiori rispetto al 1.447.039 di accessi di 10 anni prima (in media 144 accessi ogni 1.000 abitanti).

**Focus Covid.** Continua a diminuire l'allocazione di posti letto di degenza ordinaria destinata a pazienti affetti dal virus Covid-19.

Nelle strutture pubbliche e private accreditate la percentuale di reparti covid si attesta al 10% del totale. Al loro interno sono presenti 23.342 posti letto, che rappresentano l'11,5% sul totale dei posti letto di degenza ordinaria. L'andamento mensile dei posti letto Covid-19 effettivamente utilizzati mostra un andamento decrescente nella prima metà del 2022, per poi stabilizzarsi nella seconda metà del 2022. Il massimo differenziale tra il 2021 e il 2022 lo abbiamo nel mese di aprile, con uno scarto di 13.973 posti letto.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121422](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121422)

**quotidianosanità.it**

## **A proposito di posti letto persi: siamo proprio sicuri che sia un risultato negativo?**

**Carlo Zocchetti, Ricerche e Studi in Sanità e Salute sas (Gallarate, VA)**

*Egregio Direttore,*

tra i tanti aspetti negativi che vengono ripetutamente attribuiti al nostro servizio sanitario vi è anche quello di avere pochi posti letto ospedalieri (rispetto ad altre nazioni), e soprattutto di averne persi molti negli ultimi 10-12 anni: si veda, ma solo come ultimo, il recente appello delle 75 Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani, secondo le quali questa perdita di letti (di cui l'appello dà una valutazione del tutto negativa) sarebbe causata da ragioni economicistiche ed avrebbe portato ad un peggioramento nella qualità dei servizi erogati con relative conseguenze in termini di salute della popolazione.

Alle considerazioni proposte dal documento del Forum delle 75 Società Scientifiche ha già fornito molte risposte, che per altro condivido, Claudio Maria Maffei su QS di lunedì 22 aprile 2024, alle quali vorrei aggiungere una (da lui non esaminata) centrata non tanto su quanti letti sarebbero necessari bensì sul perché i posti letto ospedalieri sono stati tagliati.

L'argomento che propongo riguarda come è cambiata quantitativamente nel tempo l'attività di ricovero.

Preso nel suo complesso in un arco di tempo di venti anni (2001-2019), ed avendo trascurato gli anni successivi al 2019 per via delle turbolenze generate dalla presenza del virus Sars-CoV-2, l'attività ospedaliera

di tutte le strutture pubbliche e private accreditate del servizio sanitario italiano è rappresentata in tabella 1, sia in termini di numero di dimissioni che in termini di giornate di degenza (per brevità nella tabella sono stati omessi gli anni centrali del periodo).

*Tabella 1. Numero di dimissioni e giornate di degenza erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate del servizio sanitario nazionale. Italia. Periodo 2001-2019. Fonte: Ministero della*

*Salute.*

	2001	2002	2003	...	...	2017	2018	2019	2019-2001	2019-2001%
<b>Totale dimissioni ospedaliere (1)</b>	12.937.140	12.939.492	12.808.615	...	...	8.872.090	8.691.638	8.520.801	-4.416.339	-34,14
<b>Totale giornate erogate (1)</b>	82.829.483	79.823.905	77.969.619	...	...	59.955.328	59.533.633	58.799.017	-24.030.466	-29,01
(1) Totale ricoveri ospedalieri, incluso Nido										

Come si può osservare in 20 anni le dimissioni sono diminuite di circa quattro milioni e mezzo di unità (-34%) e le giornate di degenza (e accessi in DH-DS) si sono ridotte di oltre 24 milioni (-29%).

In questo contesto di medio-lungo periodo si può fare un approfondimento sull'ultimo decennio (2010-2019), suddividendo le attività erogate per tipo di ricovero (DH-DS, Ordinario) e per tipologia di erogatore (pubblico, privato accreditato): i risultati, insieme al numero di letti ospedalieri presenti nei flussi informativi ministeriali, sono riportati in tabella 2.

Nel decennio più recente i letti ospedalieri totali sono diminuiti di circa 36.000 unità (-14,7%), con una riduzione percentualmente più rilevante (-30,9%) anche se più contenuta in valore assoluto (-9.263 letti) negli accessi giornalieri (Day Hospital e Day Surgery) rispetto ai ricoveri ordinari (-12,5%; -26.797 letti). La riduzione ha interessato sia le strutture pubbliche (-16,0%) che, seppure in misura minore, quelle private accreditate (-9,6%).

*Tabella 2. Numero di posti letto ospedalieri, di dimissioni, e di giornate di degenza (ed accessi DH-DS) erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate del servizio sanitario nazionale. Italia. Periodo 2010-2019. Suddivisione per tipo di ricovero e di erogatore. Fonte: Ministero della*

			2010	2019	2019-2010	2019-2010%
LETTI	PUBBLICI	DH - DS	26.300	17.517	-8.783	-33,4
		ORDINARI	170.988	148.285	-22.703	-13,3
		TOTALE	197.288	165.802	-31.486	-16,0
	PRIVATI ACCR.	DH - DS	3.691	3.211	-480	-13,0
		ORDINARI	44.156	40.062	-4.094	-9,3
		TOTALE	47.847	43.273	-4.574	-9,6
	TOTALE	DH - DS	29.991	20.728	-9.263	-30,9
		ORDINARI	215.144	188.347	-26.797	-12,5
		TOTALE	245.135	209.075	-36.060	-14,7
DIMISSIONI	PUBBLICI	DH - DS	2.199.757	1.268.688	-931.069	-42,3
		ORDINARI	5.804.865	4.703.194	-1.101.671	-19,0
		TOTALE	8.004.622	5.971.882	-2.032.740	-25,4
	PRIVATI ACCR.	DH - DS	717.959	507.852	-210.107	-29,3
		ORDINARI	1.952.758	1.713.858	-238.900	-12,2
		TOTALE	2.670.717	2.221.710	-449.007	-16,8
	TOTALE	DH - DS	2.917.716	1.776.540	-1.141.176	-39,1
		ORDINARI	7.757.623	6.417.052	-1.340.571	-17,3
		TOTALE	10.675.339	8.193.592	-2.481.747	-23,2
GIORNATE/ ACCESSI	PUBBLICI	DH - DS	6.755.526	3.731.680	-3.023.846	-44,8
		ORDINARI	43.798.803	37.460.901	-6.337.902	-14,5
		TOTALE	50.554.329	41.192.581	-9.361.748	-18,5
	PRIVATI ACCR.	DH - DS	1.775.849	1.128.143	-647.706	-36,5
		ORDINARI	17.034.268	15.393.836	-1.640.432	-9,6
		TOTALE	18.810.117	16.521.979	-2.288.138	-12,2
	TOTALE	DH - DS	8.531.375	4.859.823	-3.671.552	-43,0
		ORDINARI	60.833.071	52.854.737	-7.978.334	-13,1
		TOTALE	69.364.446	57.714.560	-11.649.886	-16,8

Nello stesso decennio le dimissioni totali sono diminuite di circa 2.000.000 (-23,2%), con una riduzione percentualmente più rilevante (-39,1%) negli accessi giornalieri rispetto ai ricoveri ordinari (-17,3%). Anche per le dimissioni la riduzione ha interessato in maniera importante sia le strutture pubbliche (-25,4%) che quelle private accreditate (-16,8%).

Quanto alle giornate di ricovero ed agli accessi giornalieri la riduzione (poco meno di 12 milioni di giornate/accessi, -19,8%) ha interessato percentualmente di più gli accessi giornalieri (-43,0%) che i ricoveri ordinari (-13,1%) ed ha riguardato sia le strutture pubbliche (-44,8% accessi; -14,5% giornate) che quelle private accreditate (-36,5% accessi; -9,6% giornate).

I dati evidenziano quindi una relazione molto stretta tra l'andamento nel tempo delle attività ospedaliere (dimissioni, giornate/accessi) e l'andamento delle dotazioni (posti letto), con una relazione più stringente, come ragionevolmente atteso, tra le giornate/accessi e le dotazioni rispetto alle dimissioni.

Ora, al di là delle differenze (importanti ma non decisive) tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, l'andamento complessivo dei ricoveri ospedalieri pone il quesito se si sia di fronte ad una oggettiva minore domanda di attività ospedaliera che ha portato a ridurre l'offerta oppure ad una restrizione o limitazione delle dotazioni che ha portato a non ricevere la domanda. Da una parte, i cambiamenti introdotti nelle modalità di cura dalla medicina moderna, con il ricorso a forme di assistenza sempre più leggere per molte attività che prima richiedevano il ricovero ospedaliero, stanno spostando di fatto le priorità della organizzazione sanitaria verso un diminuito (o diverso) ruolo dell'ospedale a seguito di un minore bisogno (e domanda di ricoveri), il che esita in una minore necessità di giornate di degenza e quindi in un minore utilizzo di posti letto; dall'altra, se a seguito della riduzione dei letti (offerta) avesse luogo un rifiuto di accoglienza della domanda ci dovremmo trovare di fronte un peggioramento degli esiti di salute il che, se rendiamo la mortalità totale come indicatore di stato di salute e vedendo che il tasso standardizzato di mortalità nei maschi è passato da 103,04 (ogni 10.000 ab.) nel 2010 a 100,16 nel 2019, e nelle femmine da 65,88 a 69,13, valori che indicano una sostanziale stabilità degli esiti sanitari, non sembra succedere.

Quindi? La risposta sembra semplice: vista attraverso la diminuzione dei posti letto non c'è nessuna crisi o implosione del SSN, ma si sta assistendo ad una trasformazione di fatto del ruolo dell'ospedale, ad un suo minore utilizzo essendosi modificata la modalità con cui molti bisogni sanitari sono trattati, e quindi ad una minore necessità di ricoveri ospedalieri e di posti letto. E poiché ogni posto letto non utilizzato rappresenta uno spreco importante di risorse va da sé che i posti letto ospedalieri sono (e probabilmente continueranno ad essere) in diminuzione, con buona pace delle narrazioni catastrofiste ed implosioniste. Le cause dei problemi che l'assistenza ospedaliera oggi propone vanno sicuramente cercate, ma di queste cause non fa parte la riduzione dei posti letto.

Quanto esposto si riferisce al totale dei letti ed all'intero paese: eventuali differenze nelle dinamiche temporali nelle diverse discipline o nei diversi territori vanno specificamente esaminate e valutate e ne vanno identificate le relative ragioni.

[www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1713948523.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1713948523.pdf)



## ***La favola del taglio dei posti letto e degli ospedali in Italia***

**Claudio Maffei**

*Pubblicato il 29/04/2024*

*È di pochi giorni fa un appello del Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani, secondo cui «Si stima che, negli ospedali italiani, manchino almeno 100mila posti letto di degenza ordinaria e 12mila di terapia intensiva». Ma è giustificata quest'implicita richiesta?*

*Le politiche di riduzione dei posti letto e degli ospedali sono iniziate già nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, per trasferire al livello territoriale parte dei ricoveri e della loro durata. Molti altri paesi hanno meno posti letto rispetto all'Italia, che rimane nelle migliori posizioni quanto a vita attesa alla nascita, mortalità evitabile e indicatori di qualità dei servizi.*

Nei media generalisti, e purtroppo anche di settore, che si occupano di sanità pubblica in Italia, cioè praticamente tutti in questo periodo, si favoleggia del taglio dei posti letto ospedalieri e di interi ospedali in Italia. Basta usare come parole chiave “taglio posti letto in Italia” con qualunque motore di ricerca ed escono interventi degli ultimi giorni su Fanpage, la Stampa e Quotidiano Sanità.

Se aggiungiamo “Forum” l’elenco si allunga: il Fatto Quotidiano, Sky TG 24, RAI News, Il Sole 24 Ore e Virgilio Notizie. Sì, perché è di pochi giorni fa un [appello](#) del Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani, che riunisce 75 società scientifiche.

Nell’appello si dice che «Si stima che, negli ospedali italiani, manchino almeno 100mila posti letto di degenza ordinaria e 12mila di terapia intensiva».

Per chi ha pratica di sanità pubblica, questa stima, che è implicitamente anche una richiesta, è del tutto incompatibile con le risorse a disposizione e azzererebbe quelle per il cosiddetto “territorio” e cioè i servizi distrettuali e quelli dei Dipartimenti di Prevenzione, che, bontà loro, l’appello dei clinici prevede di potenziare a loro volta. Ma da dove nasce questa richiesta e, soprattutto, è giustificata?

I presupposti della favola che si legge in così tanti giornali sono tanto semplici quanto sbagliati:

- in Italia per risparmiare si è deciso di tagliare i posti letto e gli ospedali riducendo senza criterio l’offerta ospedaliera;
- il numero di posti letto ospedalieri risulta così molto più basso di quelli della maggioranza dei Paesi europei;
- questa riduzione e conseguente carenza si traduce in bassa qualità dei servizi offerti e influisce negativamente sui livelli di salute della popolazione.

Cominciamo dal taglio senza criterio di posti letto e ospedali, di solito ricostruita in base agli Annuari Statistici del Servizio Sanitario Nazionale. La data cui si riferisce questa decisione è di solito il 2012, anno della spending review del Governo Monti, con Ministro della Salute Renato Balduzzi, cui si deve l’avvio dei lavori che portarono al Decreto Ministeriale 70 del 2015, che forniva e fornisce i riferimenti per la razionalizzazione della rete ospedaliera.

In realtà le politiche di riduzione dei posti letto e degli ospedali era cominciata molto prima, quando il finanziamento annuo della sanità aumentava ogni anno, [come ricostruito](#) molto efficacemente dalla Agenzia Giornalistica Italia (AGI). Già nel [Piano Sanitario Nazionale 2003-2005](#) era chiaro l’orientamento alla riduzione del numero di posti letto e di ospedali motivata dalla opportunità di trasferire al livello territoriale parte dei ricoveri e della loro durata.

Orientamento questo condiviso da molti altri paesi sulla base di una serie di considerazioni tecniche tra cui: i vantaggi legati alla introduzione di tecniche chirurgiche e anestesologiche meno invasive, la necessità di avere strutture ospedaliere con elevata complessità organizzativa e volumi di attività adeguati, la opportunità di investire su reti cliniche coordinate spesso riferite al modello cosiddetto hub and spoke.

Tutti principi che il DM 70 faceva propri prevedendo tutto tranne che tagli senza criterio (geralmente tradotti in “lineari”).

E quindi i posti letto tagliati sono stati soprattutto quelli a elevato rischio di inappropriately d’uso e a essere chiusi, o meglio riconvertiti, sono stati quasi esclusivamente i piccoli ospedali ormai non più sicuri.

La minore disponibilità di posti letto rispetto agli altri paesi viene di solito documentata dai rapporti annuali Health at a Glance (“La salute in uno sguardo”) dell’OECD.

Come noto, il documento riporta e commenta moltissimi indicatori statistici sui sistemi sanitari di 38 paesi dei vari continenti che fanno parte dell’OECD.

Questi indicatori esplorano diversi aspetti che ricomprendono: la salute digitale; la attesa di vita, la mortalità e il benessere percepito; il peso dei fattori di rischio quali il fumo, l’obesità e l’inquinamento dell’aria; l’accessibilità, la disponibilità e l’uso dei servizi; la qualità e gli esiti dell’assistenza; la spesa sanitaria; il personale sanitario; il settore farmaceutico; l’invecchiamento e l’assistenza long term.

Di questo rapporto si citano di solito solo i dati sui posti letto che mancherebbero in Italia, senza però ricordare due cose: che esiste un problema di comparabilità dei dati e che se siamo sotto alla media degli altri paesi, ce ne sono diversi altri che “stanno molto peggio” di noi.

Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri totali, secondo [Health at a Glance 2023](#), in Italia nel 2021 siamo con 3,1 ogni 1.000 abitanti sotto la media calcolata su 38 Paesi (4,3), ma meno di noi ne hanno la Spagna (3,0), la Danimarca (2,5), il Regno Unito (2,4) e la Svezia (2,0).

Per quanto riguarda i posti letto intensivi per adulti l’Italia con 11,6 ogni 100.000 abitanti è al di sotto della media OECD calcolata su 29 paesi, ma ad averne di meno sono paesi come la Svizzera (9,9), la Finlandia (5,5) e la Svezia (4,9).

Ma arriviamo al terzo punto fondamentale: ci sono dati a supporto di una bassa qualità dei servizi e di un impatto negativo sulla salute dei cittadini di queste politiche “anti-ospedaliera”?

No, assolutamente no. Sempre da [Health at a Glance 2023](#) ricaviamo che l’Italia, assieme ad altri paesi con “pochi posti letto”, è nelle migliori posizioni quanto a vita attesa alla nascita, mortalità evitabile e indicatori di qualità dei servizi.

È ovvio che in Italia abbiamo problemi importanti di qualità della assistenza ospedaliera, che vanno per esempio dai fenomeni di intasamento dei Pronto Soccorso, ai tempi di attesa della chirurgia maggiore anche di area oncologica e al

cattivo funzionamento delle reti cliniche tempo dipendenti (tutti processi monitorati dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), ma essi rimandano soprattutto a gravi carenze nella disponibilità di risorse umane e alla inadeguata qualità dei processi programmatori e gestionali con enormi responsabilità della politica.

In Italia la direzione da prendere per la difesa del Servizio Sanitario Nazionale va nella direzione di un'ulteriore razionalizzazione e concentrazione dell'assistenza ospedaliera, fatta salva l'esigenza di avere riserve operative da attivare in caso di eventi pandemici, come Covid ha dimostrato.

L'enfasi sul rilancio degli ospedali rimanda al decimo punto del ben più nobile appello, quello "degli scienziati", [partito proprio da Scienza in rete](#): «I cittadini sono consapevoli della complessità del tema salute e hanno gli strumenti per essere protagonisti?».

La domanda va integrata: «I politici, i professionisti, i media e la classe dirigente sono consapevoli della complessità del tema salute e hanno gli strumenti per dare il loro contributo?».

Come per le dieci domande retoriche dell'appello degli scienziati, anche questa ha una risposta negativa: esiste una sorta di analfabetismo diffuso, anche dove non te lo aspetti, sui temi della sanità pubblica. L'appello dei clinici lo dimostra, e questo ci deve ricordare che dal mondo dei clinici vengono il Ministro della Salute e il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale richiede una attività di public health literacy senza la quale quando si parla di sanità pubblica sembra spesso di essere a L'ora del dilettante, il primo talent show radiofonico del nostro paese.

<https://www.scienzainrete.it/articolo/favola-del-taglio-dei-posti-letto-e-degli-ospedali-italia/claudio-maffei/2024-04-29>



## Ottimizzazione delle Risorse Umane nel Settore Sanitario: Una Visione basata sulle Competenze

Camilla Giovannini

*Nel contesto delle istituzioni sanitarie, l'ottimizzazione delle risorse e la pianificazione del personale rivestono un ruolo fondamentale per garantire un'elevata qualità dell'assistenza fornita ai cittadini. In questo articolo si propone uno spunto di riflessione su una possibile strategia per conseguire tali obiettivi: una gestione del capitale umano per competenza.*

*I profili di competenza, come spiegato negli articoli precedenti, costituiscono uno strumento analitico che va oltre le tradizionali descrizioni di mansioni (c.d. Job Description), consentendo un'analisi approfondita delle capacità e delle esperienze di ciascun individuo.*

*È mediante la definizione di tali profili che si delineano le abilità, le conoscenze e gli atteggiamenti caratterizzanti e si valorizzano le esperienze di ogni membro del personale, offrendo così un quadro dettagliato che può essere sfruttato strategicamente per migliorare l'allocazione dei dipendenti e pianificare in modo più efficiente il fabbisogno di organico.*

*Tale approccio potrebbe permettere alle istituzioni sanitarie di identificare le competenze necessarie per svolgere specifiche attività e di assegnare il personale in modo ottimale in base a tali requisiti, massimizzando l'efficienza nell'impiego delle risorse umane e materiali. Identificando, ad esempio, chi possiede competenze esperte o specialistiche in determinati settori (Es. Infermiere nelle cure primarie o Fisioterapista nella riabilitazione sportiva), è possibile garantire un utilizzo efficiente di tali specialisti, con conseguente massimizzazione del valore aggiunto per le persone assistite. Inoltre, l'analisi dei profili consente di individuare gap nelle competenze del personale, agevolando così la pianificazione di interventi formativi mirati per colmare eventuali lacune e migliorare complessivamente la qualità dei servizi sanitari, fornendo sempre professionisti aggiornati ed ottemperanti alla formazione continua, adesso finalizzata all'area di interesse del contesto lavorativo.*



*I profili di competenza forniscono altresì una solida base per la pianificazione del fabbisogno di personale. Attraverso l'analisi di quelli già esistenti e la previsione delle future esigenze, le istituzioni sanitarie possono anticipare le assunzioni, le promozioni e le rotazioni del personale. Tale approccio preventivo consente di evitare carenze di personale e sovraccarichi di lavoro, garantendo nel contempo un mix adeguato di conoscenze per soddisfare efficacemente i bisogni delle persone assistite. Inoltre, attraverso una valutazione delle risorse basata sulle competenze, è possibile individuare i professionisti con competenze specifiche che si avvicinano alla pensione, consentendo di avviare tempestivamente la formazione di nuovo personale tramite un ciclo formativo. Questo approccio consente di gestire in modo ottimale la transizione delle competenze, garantendo la continuità e la qualità dell'assistenza sanitaria fornita.*

*Un ulteriore vantaggio derivante dall'impiego dei profili di competenza consiste nell'ottimizzazione della gestione delle risorse umane all'interno dell'organizzazione.*

*Piuttosto che formulare richieste generiche di personale, sarà possibile specificare le necessità in termini di professionisti appartenenti a specifici profili. Tale approccio consente un'allocazione più mirata e efficiente delle risorse disponibili, in quanto le richieste saranno indirizzate in modo preciso alle competenze necessarie per affrontare le sfide proprie di ciascun progetto o settore operativo. Ciò promuove una maggiore coerenza tra le competenze richieste e quelle effettivamente disponibili, contribuendo a ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e a massimizzare l'efficacia complessiva delle attività aziendali.*

*Tuttavia, non possiamo ignorare le sfide associate all'implementazione di un modello di gestione per competenze. Dalla necessità di sviluppare sistemi di valutazione affidabili e obiettivi alla gestione delle aspettative e alla resistenza al cambiamento, ci sono molte variabili da considerare. Tuttavia, con un impegno adeguato e una visione a lungo termine, queste sfide possono essere affrontate e superate.*

*In conclusione, una gestione delle risorse umane per competenze rappresenta un approccio promettente per ottimizzare le risorse all'interno di un'azienda sanitaria. Attraverso l'individuazione e lo sviluppo delle competenze professionali, l'azienda può creare un ambiente in cui il personale si sente valorizzato, coinvolto e in grado di massimizzare il proprio potenziale. Questo non solo porta a una maggiore efficienza operativa e a una migliore qualità dell'assistenza fornita, ma anche a una maggiore soddisfazione professionale e a un maggiore coinvolgimento del personale. In un'epoca in cui le risorse sono sempre più limitate e le esigenze dei pazienti sempre più complesse, la gestione per competenze rappresenta un faro di speranza per un futuro più efficiente ed efficace nell'assistenza sanitaria.*

<https://magazine.grandiospedali.it/2024/03/27/ottimizzazione-delle-risorse-umane-nel-settore-sanitario-una-visione-basata-sulle-competenze/>

**quotidianosanita.it**

**Pronto Soccorso. Un accesso su quattro, circa 4 mln, è improprio. E 3,4 mln di persone non raggiungono i Ps entro 30'. I dati Agenas 2023**

**di E.M.**

*Il tallone d'Achille dei Ps sono i tempi di attesa. I codici bianchi a livello nazionale in media aspettano 164 minuti, mentre i verdi hanno una permanenza in Ps di 229 minuti. Ma per i codici gialli la permanenza raggiunge in media 416 minuti. Questi i dati sull'accesso in Pronto Soccorso e gli effetti del potenziamento dell'Assistenza Territoriale per una migliore presa in carico dei pazienti*

**22 APR -**

Sono stati 18,27 milioni gli accessi nei Ps degli ospedali registrati nel 2023, con un incremento rispetto all'anno precedente del 6% e in ogni caso lontani dai numeri raggiunti prima della pandemia. Il 68% sono codici bianchi e verdi. Di questi circa 4 milioni sono impropri e sono essenzialmente pazienti che non presentano traumi e arrivano in Ps in modo autonomo o inviati dal medico di famiglia, nei giorni feriali e festivi e in orari diurni, con dimissione al domicilio o a strutture ambulatoriali.

Sono invece 3,4 milioni i cittadini (pari al 5,8% della popolazione) che non sono in grado di raggiungere le strutture di Ps entro 30 minuti. I più penalizzati sono particolare i residenti delle aree interne della Valle d'Aosta, Basilicata, Trentino Alto Adige, Calabria e Sardegna. Ma c'è anche chi ci mette più di un'ora per arrivare in Pronto soccorso: 86mila cittadini residenti sempre in Valle d'Aosta e Basilicata. Una fetta di popolazione che potrebbe essere decisamente ridotta con l'implementazione del Dm 77/2022, e quindi con la presa in carico nelle nuove strutture previste dal Pnrr (Case di Comunità, Cau, etc) come dimostrano le esperienze realizzate in alcune regioni.

Ma il tallone d'Achille dei Ps sono i tempi di attesa. I codici bianchi a livello nazionale in media aspettano 164 minuti, mentre i verdi hanno una permanenza in Ps di 229 minuti. Le attese dei codici bianchi sono maggiori in Fvg e Abruzzo, al contrario in Umbria e nella provincia di Bolzano i tempi si dimezzano; per i verdi il Friuli è la Regione con tempi quasi doppi rispetto al livello nazionale, seguita dalla Valle d'Aosta e dalla Liguria. I valori più bassi di permanenza sono in Toscana e a Bolzano. Ma per i codici gialli la permanenza raggiunge in media 416 minuti. La Sicilia seguita a stretto giro dalle Marche sono le Regioni con un tempo permanenza in Pronto soccorso che raggiunge i 540 minuti. Tempi che si dimezzano invece nelle Province di Bolzano e a Trento.

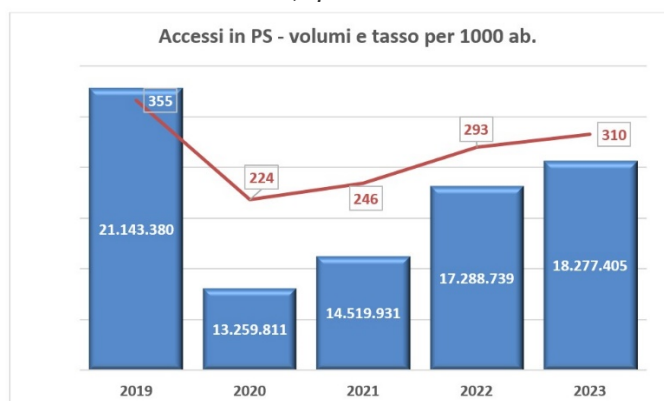
Sono questi alcuni dei principali dati presentati oggi da **Agenas nel corso dell'evento "Accessi in Pronto Soccorso e Implementazione DM 77/2022 per una migliore presa in carico dei pazienti"** che ha fotografato l'attività degli ospedali sede di Pronto Soccorso (PS) e di Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione di primo e secondo livello (Dea I e Dea II)

### **Ma cosa è emerso?**

Come abbiamo visto nel 2023 si sono rivolti al pronto soccorso 18,27 milioni di italiani. Valori ancora lontani da quelli raggiunti prima della Pandemia. Secondo i dati sull'accessibilità della Rete di emergenza-urgenza il 94% dei pazienti è stato preso in carico entro 30 minuti, il 99% entro i 45 minuti. Si ricorre al Ps in particolare il lunedì nella fascia oraria 08:00 - 12:00.

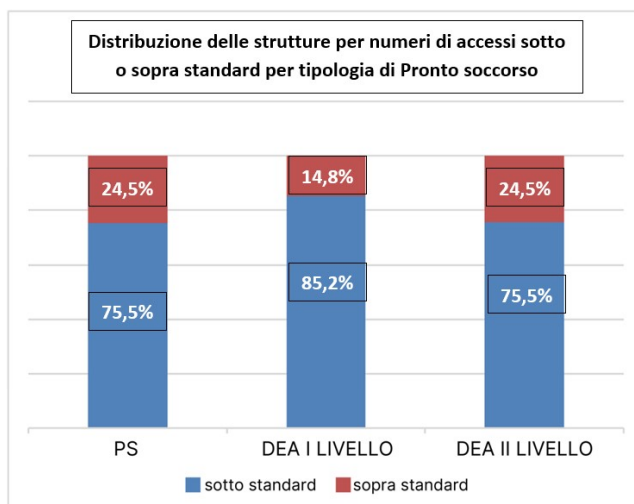
**Accessi impropri** Circa il 22% degli accessi totali nei Pronto Soccorso pari a 3milioni e 900mila sono impropri, un fenomeno che caratterizza in generale tutte le Regioni e tutte le strutture e vede la provincia autonoma Bolzano al primo posto. La metà di questi accessi hanno un'indicazione generica, sono quindi disturbi generalizzati, circa il 10% sono disturbi oculistici, quasi il 7% sono dolori addominali aspecifici, il 4,5% sintomi o disturbi ginecologici e disturbi otorinolaringoiatrici.

Per quanto riguarda l'identikit dei pazienti che accedono in maniera impropria, sono soprattutto maschi. In generale, cittadini con un'età tra i 25 i 64 anni, quindi in età lavorativa.



**I Ps italiani registrano in generale un numero di accessi al di sotto di quanto previsto dal DM 70**, ossia 20mila accessi annui. Su questo fronte ben il 75% dei pronto soccorsi italiani hanno un numero di accessi inferiori a questo standard, addirittura il 29% degli ospedali italiani non raggiunge i 15mila accessi. Un dato figlio sicuramente di una eccessiva frammentazione di offerta sul territorio. I Dea di I° livello registrano invece una performance migliore.

### Distribuzione delle strutture di emergenza urgenza per numero di accessi



**Non mancano poi alcune gravi criticità: 3,4 milioni i cittadini (pari al 5,8% della popolazione) non è in grado di raggiungere le strutture di PS entro 30 minuti.**

Sono invece 597 mila quelli che non raggiungono i Ps entro i 45 minuti. Ma in generale entro i 60' raggiungono i Pronto soccorso il 99,9% dei cittadini, anche se 86mila i cittadini non ce la fanno neanche entro un'ora.

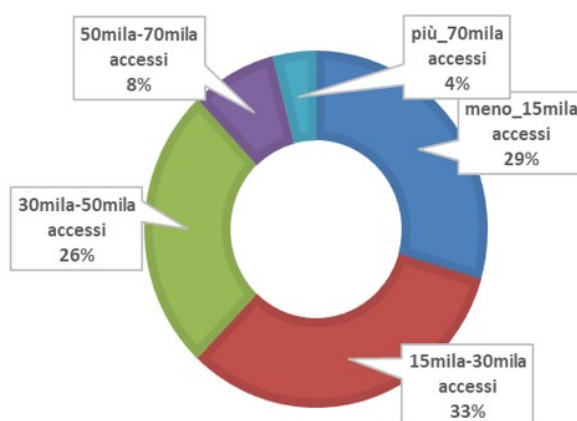
A livello regionale, in Valle d'Aosta, Basilicata, Trentino Alto Adige, Calabria, Sardegna e in qualche misura anche il Molise, i residenti in alcuni territori interni, hanno difficoltà a raggiungere i Ps in 30 minuti. Le uniche Regioni dove, seppure in maniera residuale, i cittadini hanno difficoltà a raggiungere i Ps in 60' sono Basilicata e Valle d'Aosta.

La prima ha ben il 32,5% di aree interne distanti più di 30 minuti dal Pronto soccorso

Una fetta di popolazione che, sottolinea Agenas, potrebbe essere decisamente ridotta se presa in carico nelle nuove strutture previste dal Pnrr, come le Case di Comunità, come dimostrano le esperienze di alcune regioni dove il Dm 77/2022 è stato implementato.

Standard DM 70

PRONTO SOCCORSO	DEA DI I° LIVELLO	DEA DI II° LIVELLO
>= 20.000 accessi	>= 45.000 accessi	>= 70.000 accessi



### Ma quanto si aspetta in Pronto soccorso?

I tempi di attesa sono una delle principali criticità dei servizi di emergenza urgenza. Il numero di minuti, calcolati dall'ingresso all'uscita dai Ps, per i codici bianchi a livello nazionale in media si aspetta 164 minuti, mentre i verdi hanno un'attesa di 229 minuti.

A livello regionale per i codici bianchi i tempi di permanenza maggiore si registrano in Fvg e in Abruzzo, al contrario in Umbria e Bolzano i tempi si accorciano (99' e 104' rispettivamente).

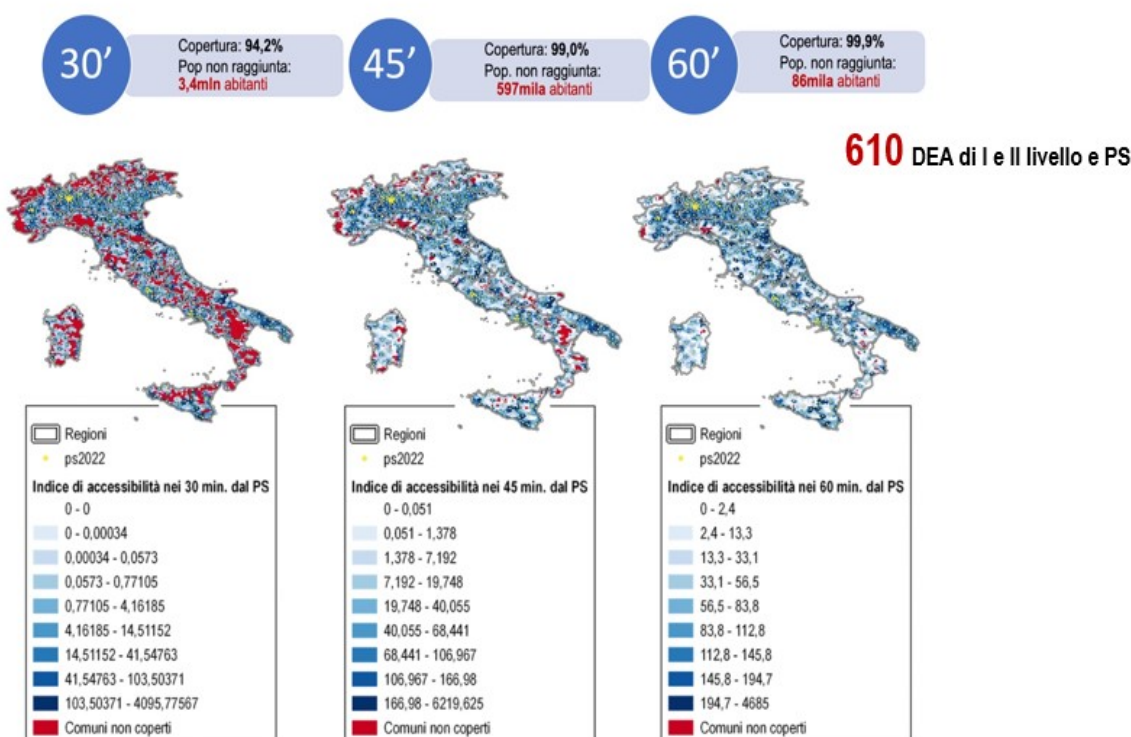
Per quanto riguarda il codice verde ancora una volta il Friuli è la regione con tempi quasi doppi rispetto al livello nazionale, seguita dalla Valle d'Aosta e dalla Liguria.  
 I valori più bassi di permanenza sono in Toscana e a Bolzano.  
 Per i codici gialli si aspetta in media 416 minuti. La Sicilia seguita a stretto giro dalle Marche sono le Regioni con un tempo permanenza in pronto soccorso che raggiunge i 540 minuti. T  
 empì che si dimezzano a Bolzano (266') e a Trento (212').  
 Anche se Bolzano ha un tasso più alto di accesso.

### I ricavi da ticket.

Dall'elaborazione effettuata sui dati del Conto economico consuntivo 2022 (Ce) emerge che il Veneto, regione con un alto numero di accessi in codice bianco a pagamento (circa 90 euro) ha un ricavo di più di 14 milioni seguita dall'Emilia Romagna con circa 7 milioni di ricavi e dalla Toscana circa 2milioni e 700mila ricavi.

Al contrario il Lazio, nonostante i Ps abbiano volumi di accessi considerevoli, ha un valore di Ce irrisorio e pari a 67mila euro. Un valore sottolinea Agenas sui quali interrogarsi.

### Indice Accessibilità in 30, 45 e 60 minuti dal PS



[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121711](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121711)

## **Decreto Pnrr/ Noi medici specializzandi in cerca di una vera formazione e non di nuovi stratagemmi per tappare i buchi nell'assistenza**

**Michele Nicoletti** Presidente FederSpecializzandi - Associazione nazionale dei medici in formazione specialistica

\*

Portiamo la discussione nella realtà e interrompiamo le retoriche raccontate al mondo dei medici specializzandi: è vero che il sistema della formazione medico-specialistica non funziona da tempo, ma è altresì vero che l'upgrade da medico specializzando a dirigente medico non si concretizza in quanto promesso dall'Anaa.

Questo Governo, sta suffragando l'idea dei contratti ex Dl Calabria come strumento per migliorare la formazione che i medici specializzandi molto spesso non stanno ricevendo, sottintendendo l'idea che da dirigenti medici vi siano più diritti e che il mondo sia roseo.

Gli emendamenti attualmente in votazione, esautorano l'Università dal compito di certificare le competenze acquisite e da acquisire, andando nella direzione contraria di quella da perseguire: i problemi si risolvono applicando le normative vigenti e verificandone la reale applicazione, non abrogando il concetto di formazione.

Ci chiediamo, pertanto, come inquadrare uno specialista e se i medici che questo sistema sta sfornando siano degli specialisti o mera manodopera che impara a cavarsela senza acquisire una reale competenza e autonomia nelle procedure nella propria branca.

Questo Governo sta, infatti, autorizzando le assunzioni di medici con solo 13 mesi di formazione, introducendo nell'Ssn forze immature le quali, da questo momento in poi, saranno pure prive di un percorso formativo prestabilito davanti a sé.

Non contestiamo in toto l'idea di sottrarre all'Università il compito di certificatore di competenze poiché in molti casi questa ha già dimostrato di non essere in grado di erogare una reale formazione e, di rimando, una certificazione veritiera; al contrario, contestiamo il fatto che il Governo stia abolendo tout-court un sistema di certificazione delle competenze e che questo si traduca in una sorta di generale "Liberi tutti!" dove il titolo di specialista si svilisce del suo significato più autentico. Manifestiamo le nostre preoccupazioni sul fatto che, con un solo emendamento, si stia facendo regredire di vent'anni il modello formativo italiano, consentendo ai Giovani Medici di fare esperienza non più all'interno di percorsi formativi ma direttamente sulla pelle dei pazienti.

Poniamoci invece le giuste

domande: perché i Medici Specializzandi sono sempre più interessati alle assunzioni con Calabria? Da quando sono state introdotte queste fattispecie contrattuali, abbiamo assistito a un miglioramento della situazione nel panorama sanitario?

Sarebbe auspicabile che risolvessimo i problemi noti ormai da tempi immemori, che applicassimo ciò che è già previsto dalla legge definendo una volta per tutte quali debbano essere le reali competenze proprie di ogni branca specialistica.

Inoltre, ci domandiamo come i ministeri competenti possano autorizzare una norma che crea disparità: come è possibile anche solo prevedere un sistema con diverse tutele, diversi diritti e obblighi quando l'Ssn non ha risorse e, prossimamente, la necessità di offrire a tutti e in maniera uniforme nel Paese contratti a tutti i Medici specializzandi?

Al contrario, servirebbe una riforma della formazione medico-specialistica a tutto tondo, che introduca un sistema di acquisizione delle competenze e responsabilità gradualmente, con corrispettivo incremento di diritti e remunerazioni.

Se il Senato approverà quanto già approvato dalla Camera, noi medici specializzandi, indipendentemente se assunti o meno, continueremo ad essere imbrigliati nella nostra libertà di formazione: cambierà il "padrone", ma il messaggio più profondo è che avremo bisogno, più che mai, di maestri che trasmettano competenze senza ricatti o ripercussioni, con l'unico obiettivo di formare professionisti capaci e pronti ad ottimizzare un sistema ormai al limite.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2024-04-23/decreto-pnrr-noi-medici-specializzandi-cerca-una-vera-formazione-e-non-nuovi-stratagemmi-tappare-buchi-nell-assistenza-123411.php?uid=AFF05fYB&cmpid=nlqf>



## La difesa dello status “quo” universitario che limita le assunzioni nel Ssn

La Presidenza ed il Direttivo dell'Associazione ALS

**24 APR -**

Gentile direttore,

il cosiddetto “Decreto PNRR”, appena approvato dal Senato prima ed oggi in via di approvazione definitiva alla Camera dei Deputati, contiene diverse implementazioni tanto attese da oltre 50.000 specializzandi in merito alla loro assunzione mediante il cosiddetto “Decreto Calabria”.

Come Associazione, non possiamo che complimentarci formalmente con il Governo e con i due Ministeri competenti (Salute e MUR) per l'allargamento dell'assunzione fino al conseguimento del titolo in tutte le strutture facente parti della rete formativa di una scuola di specializzazione della disciplina in cui si è iscritti e soprattutto per l'abolizione dell'esame di passaggio anno per gli specializzandi assunti.

Il cosiddetto “Decreto Calabria”, operante formalmente dal 2018 con molte implementazioni nel proprio cammino, non è mai riuscito a decollare davvero per via di “due armi” a disposizione dei Direttori di scuola ovvero l'esame di passaggio anno e l'assunzione “a tempo”.

Più nel dettaglio: alcuni Direttori di scuola, come forma di “convincimento” per non accettare l'assunzione degli specializzandi vincitori di concorso, in maniera più o meno velata informano i possibili assunti che se avessero “tradito” la propria scuola per un altro reparto “avrebbero ricevuto un voto basso o addirittura la bocciatura” e per questo vediamo molti specializzandi vincitori di concorso che “stranamente” non completano le procedure di assunzione. Inoltre, il limite di 18 mesi per gli specializzandi assunti extra rete formativa è il fulcro della seconda “opera di convincimento” che alcuni Direttori utilizzano sugli specializzandi a cui mancavano più di 18 mesi per diventare specialisti: “vuoi essere assunto? Bene, però ricordati che poi dovrai tornare qui in scuola...”.

Pertanto, l'abolizione dell'esame di passaggio mediante la certificazione delle competenze pratiche acquisite nei reparti in cui lo specializzando è assunto da parte dei tutor non universitari che effettivamente svolgono tale funzione è stata apprezzata in maniera ubiquitaria da decine di migliaia di specializzandi che si sentono finalmente “liberi” di poter essere assunti nel SSN.

Ricordiamo che gli specializzandi assunti ricevono uno stipendio superiore alla ormai ridicola borsa di specializzazione, godono di diritti e tutele che da specializzandi si “sognano” per via del loro anacronistico inquadramento, scelgono autonomamente se, quando e dove essere assunti e possono dimettersi senza alcun problema e tornare ad essere specializzandi “puri”.

Non ci stupisce il parere di ieri della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Collegi di Area Medica e del Coordinamento dei Referentidelle Scuole di Specializzazione di Area Medica che condanna le norme approvate che richiede di azzerare queste norme.

Ci aspettavamo una levata di scudi da parte degli universitari per la perdita di questo “status quo”, infischandosene che questi interventi normativi hanno la finalità di aumentare gli ingressi di medici nel nostro sistema sanitario nazionale, che ripetiamo sono apprezzati dalla totalità degli specializzandi, provando concretamente a risolvere la carenza di medici nei reparti ospedalieri senza ricorrere ai gettonisti o ad assunzioni precarie.

È curioso leggere espressioni come “Forte Preoccupazione” per apostrofare una legge dello Stato votata da Parlamentari ed è altrettanto curioso non aver letto in questi anni da parte di nessun universitario giudizi così sprezzanti e questa sensibilità “sulla pelle dei pazienti” per i recenti avvenimenti di molestie sessuali (Scuola di medicina legale Torino e Anestesia Pavia), flessioni obbligatorie (Scuola di Ortopedia Salerno), offese verbali (Scuola di Neurologia Perugia), specializzandi che lavorano per mesi in accettazione come impiegati (Scuola di Radiodiagnostica Vanvitelli), oltre a tutti gli accreditamenti palesemente illegali nelle precedenti tornate di accreditamento, tutte da noi ampiamente denunciate anche sulle colonne di questo giornale online.

Ed è ancora più curioso non leggere ciò che è davanti agli occhi di tutti ovvero che da anni troppi medici specializzandi sono obbligati illegalmente a fare da tappabuchi senza nessun tutor in reparti universitari, svolgendo attività demansionanti e ripetitive nelle cosiddette “scuole tossiche”.

È curioso leggere questa grande attenzione solo quando si perdono diritti medievali come l'esame di passaggio anno con relativo voto per gli assunti DL Calabria, diritto da troppo tempo utilizzato come arma di ricatto da parte di alcuni direttori di scuola per “convincerli” a non farsi assumere.

Pertanto, rinnoviamo a nome dei medici specializzandi il sostegno al governo ed ai Ministri Schillaci e Bernini per queste norme che porteranno nel giro di poco tempo numerose assunzioni di giovani medici

e non possiamo che ribadire la nostra richiesta di apertura di un tavolo di lavoro per una riforma globale della formazione medico specialistica.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121772](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121772)



## ***DL Pnrr/ Gemmato: “Più flessibilità per le assunzioni in sanità, primo passo verso abolizione del tetto di spesa”***

*“Bene l’approvazione dell’emendamento, a firma delle forze di maggioranza, al Decreto PNRR, che facilita le assunzioni di personale sanitario e sociosanitario con contratti flessibili”. Lo dichiara il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato.*

*Con la norma si va a superare il limite ad oggi vigente, pari al 50% della spesa sostenuta nel 2009, per assumere medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, ovvero mediante convenzioni o con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché nelle ipotesi di reclutamento di personale mediante contratti di formazione lavoro, o altri rapporti formativi, o con contratti di somministrazione di lavoro.*

*“Questa misura legislativa- aggiunge Gemmato- , di fatto, rappresenta un primo passo verso l’abolizione dei tetti di spesa per le assunzioni di personale su cui il ministro Schillaci e il Governo Meloni sono impegnati. La possibilità di un più ampio ricorso ai contratti flessibili contribuirà a fronteggiare la carenza di determinate discipline mediche e superare il fenomeno dei gettonisti”.*

*Con un altro emendamento, approvato all’unanimità, è stato risolto anche il problema dei cosiddetti “quartini”, ovvero gli studenti che lo scorso anno scolastico, frequentando il quarto anno superiore, hanno sostenuto - superandole - le prove di ammissione alla facoltà di Medicina. “Purtroppo - sottolinea Alberto Gusmeroli, presidente della commissione Attività produttive e responsabile Fisco della Lega - a seguito di una sentenza del Tar che aveva invalidato l’allora vigente sistema di selezione, questi studenti meritevoli rischiavano di ritrovarsi fuori graduatoria e di dover risostenere, in concomitanza con l’esame di maturità, nuove e diverse prove adottate nel frattempo dal Mur”.*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-04-11/dl-pnrr-gemmato-piu-flessibilita-le-assunzioni-sanita-primo-passo-abolizione-tetto-spesa-230403.php?uuid=AFIgd1OB&cmpid=nlqf>

**Interfacoltà di Economia/Medicina e chirurgia, Roma**  
**Laurea in Economia e Gestione dei Servizi**  
**Corso di Organizzazione e programmazione sanitaria**

*L'Ospedale del XXI secolo. I nostri studenti incontrano gli Autori:*

*Patrizia LAURENTI e Walter RICCIARDI. Editori de: «L'Ospedale», a cura della Sezione di Igiene UCSC, 2024*

*Silvia SCELISI e Giorgio BANCHIERI. Editori di: «L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro», a cura di ASIQUAS, 2023*

**Introducono:**

Antonella OCCHINO, Preside Facoltà di Economia,  
Università Cattolica del Sacro Cuore

Antonio Giulio DE BELVIS  
Coordinatore del Corso e Direttore UOC Percorsi e Valutazione Outcome Clinici della  
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

Andrea CAMBIERI  
Docente del Corso e Direttore Sanitario della Fondazione Policlinico Universitario  
Agostino Gemelli IRCCS

## Seminario

**Martedì 23 aprile 2024, ore 11.00 - 12.30**  
Facoltà di Economia, Aula 106  
Largo Francesco Vito, 1 – Roma

Il seminario si svolge in presenza e online

Per partecipare all'evento da remoto, sarà necessario inviare una mail alla Segreteria di Presidenza della Facoltà di Economia - Roma: [paolo.recchia@unicatt.it](mailto:paolo.recchia@unicatt.it)



**UNIVERSITÀ  
CATTOLICA**  
del Sacro Cuore



### **Casa della Comunità: diamo il senso alle parole**

Caro direttore,

ci colleghiamo allo stimolante contributo di Claudia Zamin del 13 marzo 2024 [“Quando il senso di appartenenza alla comunità vacilla”](#) e vorremmo sottolinearne l’aspetto della relazione come elemento costitutivo della persona. L’esperienza di vita di ognuno si sviluppa all’interno di relazioni, di incontri, di scambi da cui ricava lo stesso essere come persona, la sua costruzione e il suo benessere. E le istituzioni, tutte le istituzioni (quelle che potremmo in una parola condensare nel welfare), sono costrutti sociali finalizzati a favorire le condizioni affinché questo avvenga in un sistema di convivenza favorevole. Sono espressione concreta della democrazia perché dovrebbero garantire uguaglianza, inclusione, reciprocità, valorizzazione di ogni risorsa. Il risultato finale è (o dovrebbe essere) la salute nella sua accezione più pregnante di benessere (di ben vivere come lo declinano i brasiliani). Sono soprattutto i suoi membri a definirla attraverso un “noi” condiviso come dimensione esistenziale di ogni persona: questa è la “comunità” come dimensione dinamica, aperta, in ricerca e capace di valorizzare tutte le potenzialità. La Casa della Comunità come infrastruttura sociale dovrebbe poter rappresentare il luogo simbolico di tale percorso condiviso verso la salute, che diventa bene comune. Le parole hanno un significato preciso per ognuno e quando si parla di casa si evocano idee di famiglia/comunità, sicurezza/garanzia, di integrità/identità, relazione e di unità coinvolgendo in tal modo sia il livello intrapsichico, che quello interpersonale, che quello sociale e in questo senso il “della” è discriminante. Siamo ad un bivio; la casa della Comunità è una delle tante “fabbriche” che ha un prodotto che sono le prestazioni da erogarsi secondo i criteri del mercato capitalistico oppure è luogo abitato, riconosciuto e alimentato dalla comunità, centrato sui bisogni della comunità stessa. È questa seconda opzione che ci interessa realizzare riconsegnando alle persone la possibilità di costruire un disegno di salute consapevole in una società che sappiamo avere favorito percorsi di delega e di dipendenza. Sia chiaro, le istituzioni sono una risorsa ma sono loro che hanno bisogno dei cittadini per essere legittimate e per definire in modo dinamico un ruolo che va cucito su misura della comunità, non viceversa. Il sistema di welfare è stato in questi anni sostitutivo per molti versi e non ha costruito consapevolezza. La pandemia ha evidenziato sia i limiti di questo e nello stesso tempo le potenzialità: un po’ di umiltà istituzionale potrebbe favorire responsabilità e consapevolezza rispetto ad un disegno di salute reale. Perché non si è in salute solo quando non si è ammalati ma anche quando si è poveri, si vive in contesti ambientali inospitali, il lavoro è precario, non vi è adeguata formazione ecc ... la complessità del disegno di salute impone una ricomposizione recuperando il valore esistenziale dell’essere parte di una comunità di destino.

Il DM 77/22 non apre questi spazi, ignora nei fatti il ruolo centrale dell’ente locale riferimento essenziale per una ricomposizione sociale e una governance della complessità. Continua a pensare per schemi settoriali ed è paradossale che richiami la scommessa WHO dell’ONE HEALTH. Se la salute è un disegno unitario diventa essenziale contribuire a ricostruire connessioni e ridare dignità a quanto nella comunità contribuisce alla salute (dalla scuola, alla cultura, al lavoro, alle relazioni, alla qualità dell’abitare).

È una scommessa culturale e politica insieme. La casa della Comunità è una rete di reti, un “connettore sociale” dove anche un luogo fisico si ri-dimensiona all’interno di questa rete. La casa della Comunità cioè non è una questione di ingegneria strutturale soltanto ma un cambio di paradigmi. Anche parlare di

*cittadini e non di pazienti/utenti/assistiti, di servizio come relazione che ha cura, di salute e non di sanità, di patto e non solo di prestazioni da incrementare ... e forse in una dimensione di coerenza parlare di WHO come Organizzazione Mondiale della Salute (perché "health" non è solo sanità come l'Organizzazione mondiale ha dimostrato nei fatti ricordandoci la complessità del prisma salute"). L'Associazione "[Prima la Comunità](#)" è convinta che sia possibile un altro welfare e la Casa della Comunità ne sia un possibile strumento. Perché la ricchezza della vita sociale può essere accompagnata e favorirne l'esplosione nel rispetto delle specificità.*

*[Associazione Prima la Comunità](#), aderente alla [Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#)*

**quotidianosanita.it**

## **“Comunità”, termine inflazionato?**

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

**08 APR** - Gentile Direttore,

*“In quel paese che sorge in qualche angolo dell'Italia... nella pianura del Po... ciascuno lotta a suo modo per costruire un mondo migliore... e qui accadono cose che non accadono in nessuna altra parte del mondo...”. Si diceva così il film (1952) tratto dal romanzo di Giovannino Guareschi, “Don Camillo”. Il termine “comunità” diventa dominante, in particolare nelle alte amministrazioni e nelle alte dirigenze, (salvo realtà germogliate nel volontariato in tempi non sospetti dopo lunga meditazione e condivisione) dopo i suggerimenti contenuti nel PNRR. Risente di contingenze e di modifiche interpretative e, per questo, è poco autorevole: non ha avuto il tempo di generare una narrazione veritiera. Non crea coraggio. È disfunzionale. Non crea comunità e viene percepita come un surrogato intellettuale che offre un finto senso di identità a buon mercato.*

*Non è il modello di cure primarie del Brasile o quello Portoghese (sic!) pur tuttavia emerge, nel “mondo piccolo”, qualche esperienza sanitaria di base o territoriale, ben “stagionata”, che potrebbe ottenere miglior fortuna a fronte di ipotesi di tendenza ma alquanto salottiera.*

*Purtroppo non sono gli appelli o le petizioni che modificheranno la brutta china scivolosa nella quale si trova il nostro sistema sanitario (in particolare quello territoriale). Le cause sono note. La presenza, tra i firmatari delle istanze, di persone che meritano un indiscutibile rispetto non nasconde il fatto che vi siano responsabilità storiche perfettamente identificabili.*

*La criticità relativa al finanziamento è certamente un argomento serio. La globalizzazione e l'egemonia finanziaria alimenta un consumismo che tende all'infinito.*

*Di conseguenza i fondi non saranno mai sufficienti se oltre all'aspetto economico/finanziario non si associa una solida riforma compossibile previo ampio dibattito pubblico con i professionisti e i cittadini o almeno parlamentare.*

*In questi anni la Conferenza Stato Regioni ha esercitato un ruolo decisionale quasi egemonico con la propria Commissione Sanità continuamente presieduta dai rappresentanti di una o due regioni: la sola questione danarosa quindi potrebbe apparire come un ineccepibile alibi piagnucoloso al fine di oscurare i pregressi processi decisionali controriformisti o esigenze di apparato.*

*Il mondo della sanità si sta orientando in senso opposto alla 833? Il nostro paese non ha una sovranità tale da potersi opporre, a livello sanitario, al consumismo neo-liberale?*

*Lo si dica chiaramente e forse la società civile, stanca di gestioni consociativistiche e deludenti, troverà una soluzione già sperimentata nella sua storia di associazionismo e di auto-aiuto.*

*Se invece si considera la sanità una delle più importanti opere pubbliche della nostra nazione occorre trovare il modo di non abbandonare questo bene comune ricorrendo, con responsabilità bipartisan, a modelli come il Welfare di Comunità (vero!) elaborato da Stefano Zamagni e al medico autonomo/autore di Ivan Cavicchi.*

*La riforma 833/1978 è stata crivellata, dalla sua promulgazione ad oggi, da una infinità di controriforme (nazionali e locali) che l'hanno sostanzialmente annullata.*

*Attualmente l'asfissiante chiacchiericcio sulle Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Distretti, dipendenza dei mmg ecc. sembra voler nascondere la mancanza di una cultura sanitaria pubblica.*



La comunità, secondo Aristotele, non è definita da un luogo, da un ambito geografico o da una struttura (CdC) ma dal fatto che un gruppo di cittadini sia in grado di garantire una buona vita alle persone di un territorio affinché possano sviluppare una esistenza indipendente e autonoma pur all'interno di una reciproca solidarietà così che concretizzi una vita degna di essere vissuta.

La comunità (contenuta nei numeri) è prioritaria rispetto ad un individuo anche se, proprio grazie alla solidarietà degli altri, lo stesso soggetto singolo può sviluppare la propria individualità.

Infatti la persona non solo è un vivente politico-sociale-comunitario ma è anche l'unico essere che ha il logos cioè il linguaggio-ragionamento "prudente/calcolante" ed è in grado, con la ragione e il dialogo, di stabilire, ad esempio, forme di assistenza misurata (es.: da parte dei mmg) e proporzionata per quella comunità affinché non prevalgono logiche individualistiche dannose (es.: un consumismo amministrativo).

Ciò che dà valore "unico" ad una comunità raccolta intorno ai propri mmg di riferimento sta nel fatto che, in questo modo, è possibile soddisfare i bisogni dei suoi componenti seguendo il criterio di "finitzza" a sua volta sostenuto dal tessuto solidale. Da questo punto di vista potrebbe apparire irragionevole e solo economicistico mettere in campo un costoso meccanismo di appropriatezza prescrittiva. Chi se non il mmg può aiutare le persone, che lo hanno scelto fiduciarmente, ad inserire nel loro bagaglio culturale il concetto del limite, della misura, financo che la vita ha un termine? Non saranno certo le istituzioni o le alte dirigenze o le amministrazioni o i protocolli o gli algoritmi a poter comunicare empaticamente tali riflessioni.

Contrariamente alcuni recenti movimenti filosofici, immersi in una realtà neoliberista, tendono a promuovere una vita illimitata e senza termine (trans umanesimo e post umanesimo). Così la società consumistica opererà per un soddisfacimento dei desideri individuali con quella smania di illimitatezza che corrisponde alla massima distanza dalla ragione. Questa cultura che penetra anche le istituzioni e i gruppi culturali satelliti porta alla disgregazione del tessuto comunitario e della sua tenuta etica. La mancanza di limite riproduce sempre lo stesso ciclo di produzione consumistica tanto da arrivare ad utilizzare i cittadini (volontari, professionisti, assistiti) come semplici strumenti operativi.

La comunità giusta è quella che non è troppo grande né troppo piccola, non ha troppi abitanti né troppo pochi, non conta persone troppo ricche né troppo povere. E' una popolazione che necessita quindi di un auto-controllo autonomo interno grazie ad individualità specifiche solidali (es.: mmg fiduciari) e all'alternanza tra il governare e l'essere governati perché, questo, è il vero abitare la democrazia.

Tommaso (che avrebbe volentieri voluto battezzare Aristotele), sostiene che, nel caso vi fosse pericolo per la comunità e il bene comune, sarebbe lecita la "perturbatio" cioè la ribellione in quanto significherebbe disubbidire ad una tirannide e obbedire a Dio.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121416](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121416)



## **Corte dei conti, nella relazione al Parlamento sui Ssr il ritratto edulcorato di una sanità pubblica che non c'è**

La Corte dei conti (Sezioni delle Autonomie) ha depositato in Parlamento la relazione sulla gestione dei Servizi sanitari regionali per gli esercizi 2022-2023, approvata con deliberazione n. 4/SEZAUT/2029 (est. Peluffo e Tommasini). Il documento differisce dai soliti, sia per modalità che per contenuto, tanto da assumere una sorta di benevolo monito politico, dall'esito assolutorio.

Una sorta di esperimento mediteggiante ancorché scandito bene nella tematica. Arriva addirittura a dare un'immagine di una organizzazione sociosanitaria che in pochi si riconosceranno di convivere. Giunge a pag. 48 della relazione ad affermare che “

Le performance del servizio sanitario nazionale riguardo agli esiti di salute e alla qualità delle cure, risultano generalmente superiori a quelle medie dei Paesi Ocse, e descrivono, quindi, un sistema sanitario mediamente efficiente ed efficace”.

Una considerazione questa della quale, francamente, non si comprende né l'utilità né tampoco come giustificarla in presenza dei danni quotidiani che si registrano.

Ciò nella inefficienza dell'emergenza-urgenza che non c'è; della inefficacia della medicina convenzionata piena zeppa di vuoti assistenziali; nella mobilità miliardaria che impoverisce il Sud di circa tre miliardi all'anno; nella penuria di posti letto e in presenza di liste d'attesa che uccidono mentre l'utente aspetta un test diagnostico ovvero un intervento. Non solo. Nel tenere conto che una siffatta penosa affermazione

emerge in un atto di “giustizia contabile” nella contemporaneità dell'emersione di un dato appena venuto fuori ad esito della ricerca dall'istituto EMG Different, commissionata da Facile.it, che rendiconta una platea milionaria di cittadini in difficoltà economica per spese mediche, sino ad essersi segnatamente indebitati a proposito.

Insomma, piuttosto che stimolare un Servizio sanitario nazionale a non cadere più in basso: lo si edulcora nel senso di esprimere una seppure preoccupante fotografia sulla mobilità sanitaria (pagg. 113-139); non si stigmatizzano gli accaduti contabili (gravissimi) della Regione Lazio per circa un miliardo di euro, venuti fuori nella sentenza di parifica per il rendiconto del 2022, cui dedica quattro paginette da contenuto minimo vitale per una così importante fonte emanante (pagg. 73-77); non si sottolineano le inadempienze delle regioni del Sud (pagg. 77-98), che producono tanta mobilità passiva e tanta sofferenza dei meridionali, che poi sono gli indebitati cui ha fatto riferimento l'anzidetta ricerca.

Per non parlare di cosa fa allorquando tratta del riparto del Fondo sanitario nazionale (pagg. 126-131). Cita solo due volte l'attuazione del federalismo fiscale. Ciò commesso da un organo che avrebbe dovuto, nel corso degli undici Governi che hanno omesso di farlo, urlare la grave inadempienza ai quattro venti. E ancora. Stigmatizzare la perduranza colpevole del criterio della spesa storica, che ha fatto più stragi di Erode, nonché stimolare l'introduzione a regime del sistema introdotto nel 2001 dei costi standard, rimasti ancora una aspettativa, e dei fabbisogni standard ancora da rilevare nelle diverse regioni. Per non parlare di quella perequazione della quale (ahinoi) si rilevano solo due riferimenti, peraltro non affatto incisivi, a pag. 136 e nella nota 298.

Concludendo, una relazione al Parlamento che a leggerla attentamente fa supporre di trovarsi di fronte per alcune delle conclusioni (in primis quella anzidetta recata a pag. 48) ad un atto offensivo per la Nazione, specie quella del Mezzogiorno, più che mai afflitta e sofferente per una tutela della salute che non c'è. Più dell'isola di Edoardo Bennato.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2024-04-02/corte-conti-relazione-parlamento-ssr-ritratto-edulcorato-una-sanita-pubblica-che-non-c-e-161340.php?uuid=AF1AsfAB&cmpid=nlqf>



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI  
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria  
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,  
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio “Sanità, lavoro e politiche sociali”

Codice sito: 4.10/2024/32/CSR

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DAR 0006824 P-4.37.2.10

del 15/04/2024



52046427

**Oggetto:** Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPRESS relativa alla ripartizione del finanziamento destinato alla proroga e alla estensione, per l'anno 2024, della sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale. Fondo Sanitario Nazionale 2024.

## Tabella

Regioni	Quota accesso 2023	Anno 2024
PIEMONTE	7,33%	2.078.587
VALLE D'AOSTA		
LOMBARDIA	16,72%	4.741.793
P. A. BOLZANO		
P. A. TRENTO		
VENETO	8,20%	2.325.746
FRIULI V. G.		
LIGURIA	2,65%	751.784
E. ROMAGNA	7,51%	2.130.682
TOSCANA	6,30%	1.786.921
UMBRIA	1,48%	419.865
MARCHE	2,55%	722.628
LAZIO	9,61%	2.726.474
ABRUZZO	2,18%	618.452
MOLISE	0,51%	143.291
CAMPANIA	9,32%	2.642.750
PUGLIA	6,65%	1.886.193
BASILICATA	0,92%	261.507
CALABRIA	3,14%	889.444
SICILIA (*)	4,14%	1.173.883
SARDEGNA		
<b>TOTALE</b>	<b>89,21%</b>	<b>25.300.000</b>

(\*) Per la Regione Siciliana trovano applicazione le disposizioni vigenti in materia di concorso al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pertanto all'importo annuo indicato in tabella speso con risorse statali dovrà essere aggiunto l'importo annuo di 1.132.823 euro finanziato con risorse regionali.

**transform!**italia



## ***Le tracce di comunità di cura in itinere e la sfida del fare società, welfare e politica sui territori***

17/04/2024

**Alessandro Scassellati**

Aldo Bonomi<sup>1</sup>, in con-ricerca con Salvatore Cominu<sup>2</sup>, Albino Gusmeroli<sup>3</sup>, Carla Sannicola<sup>4</sup>, ha pubblicato il libro *Sul confine del margine. Tracce di comunità in itinere* (DeriveApprodi, Roma 2024), basato su un lungo e articolato lavoro di ricerca tra le reti dell'associazionismo e della cooperazione sociale nel Sud (e, anche se meno in dettaglio, nel Nord), dai contesti urbani e metropolitani fino ai piccoli comuni<sup>5</sup>. Esperienze cresciute grazie al sostegno della Fondazione con il Sud che negli ultimi 15 anni ha perseguito un indirizzo basato sul comunitarismo fondazionale (secondo cui "lo sviluppo segue il sociale"), individuando le organizzazioni del Terzo Settore come i soggetti dello sviluppo territoriale e favorendo (in alcuni casi) la loro trasformazione in vere e proprie agenzie di sviluppo del territorio nella forma della Fondazione di Comunità che nei casi di maggiore successo surrogano il ruolo di coordinamento territoriale un tempo svolto dall'ente intermedio Provincia<sup>6</sup> (pag. 134).

Il libro è molto ambizioso perché si pone l'obiettivo di rilanciare il pensiero territorialista in salsa "composizionista" (sul "composizionismo" si veda il nostro articolo [qui](#)), atualizzando e ripensando la cassetta degli attrezzi messa a punto nel corso di diversi decenni da un nutrito e variegato gruppo di pensatori,

ricercatori ed operatori sociali che hanno ragionato sul territorio e sul suo sviluppo endogeno come frutto di un processo di costruzione sociale, non ridotto quindi solo alla dimensione della crescita economica quantitativa: Romano Alquati, Arnaldo Bagnasco, Giacomo Beccatini, Carlo Borgomeo, Giorgio Ceriani Sebregondi, Giuseppe De Rita, Danilo Dolci, Roberto Esposito, Alberto Magnaghi, Giovanni Mottura, Danilo Montaldi, Claudio Napoleoni, Antonio Negri, Adriano Olivetti, Alessandro Pizzorno, Enzo Rullani, Giulio Sapelli, Ubaldo Scassellati, Paolo Sylos Labini, Angela Zucconi, tra gli altri<sup>7</sup>. In gran parte, autori di una "letteratura del margine della sociologia da operatori di comunità", in cui si trovano "tracce di comunità in itinere che allora si misero in mezzo tra Di Vittorio e Valletta in un terzo racconto del territorio in cui si ritrovano tracce che partono dalle lotte contadine e vanno all'operaismo" (pag. 9). Intellettuali di minoranza che hanno "sempre guardato alle fibrillazioni nell'orizzontalità del sociale, all'ambivalente voglia di comunità, alla capacità di auto-organizzazione dal basso, come a contesti vitali di possibile rigenerazione delle forme partecipative e di protagonismo alla vita sociale, economica e politica" (pag. 12). Un filone di pensiero incentrato sull'ammonimento di Ceriani Sebregondi che «una politica di sviluppo che non riesca a essere autosviluppo diviene un'imposizione o un'elargizione gratuita senza seguito»<sup>8</sup>. Una minoranza che, tra i primi anni '50 e i primi anni '60, è stata in grado di essere un intelletto collettivo sociale che, riconoscendosi nel fare società, elaborava e costruiva le sue «oasi» (alla Martella, a Pozzuoli, a Partinico, al Piano INA-Casa, a Grassano, nel Canavese, a Rescaldina, ecc.). Ma anche una minoranza che è stata spazzata via allorquando sono prevalse politiche top down calate e attivate attraverso un processo di modernizzazione e d'industrializzazione accelerata con le risorse della Cassa del Mezzogiorno.

L'ambizione di Bonomi e compagni non è quella di "raccontare «l'esercito dei buoni o la bolla dei giusti o il terzo settore» che fanno comunità di cura o le crocerossine in tempi di Covid e di guerre", ma quella di ricostruire le seppur deboli "tracce di un altro racconto di una moltitudine lillipuziana che si mette in mezzo e attraversa [il] confine" del margine (pag. 7) per provare a diventare un nuovo "intelletto collettivo sociale".

Al centro della riflessione vi sono quelle che Bonomi definisce come delle "comunità in itinere", ossia quel tessuto operoso di cooperazione e di cura che si auto-organizza, interroga ed opera nei territori, stando in bilico sugli equilibri tra ragioni dell'economia, della coesione sociale, dell'ambiente. Da questo punto di vista, anche grazie ai materiali inclusi (docenze e testimonianze dei seminari, rapporti di con-ricerca, schede di studi di casi sul campo), quello che il libro intende cominciare a fare è un "terzo racconto", terzo rispetto a quello dello Stato e del mercato (pag. 15), di questa "moltitudine lillipuziana" che opera nella società (nel territorio come costruzione sociale) e si mette in mezzo tra Stato e mercato, tra politica ed economia, e attraversa il confine del margine per provare a farsi centro (pag. 10), a diventare un terziario riflessivo in grado di farsi classe dirigente locale, embrione di una composizione sociale mediana che si mette in mezzo tra disagio, emarginazione, povertà ed economia, arrivando a candidarsi a guidare processi di sviluppo locale (pagg. 40-41).

Questo, anche se gli autori riconoscono che per ora si tratta di "fili d'erba nella foresta delle economie tracciate dal capitalismo delle reti dove volano i distretti manifatturieri del capitalismo molecolare di un tempo" (pag. 8), di un fermento che cerca di dare nuova linfa a una cultura della responsabilità e della partecipazione, per cui sul territorio si riescono ad identificare al massimo dei "distretti sociali evoluti" nel segno della riproduzione della società (salute, cultura, istruzione, mobilità, qualità della vita, ecc.)<sup>9</sup> che però hanno iniziato ad interrogare la "comunità operosa" (le imprese profit) che si trova ormai sul confine della crisi multidimensionale (economica, sociale, ecologica e politica) del modello di sviluppo postfordista descritto a suo tempo dal sociologo Arnaldo Bagnasco nel suo libro sulle «Tre Italie» (Il Mulino, Bologna 1977).

La tesi degli autori è che nell'epoca del capitalismo delle piattaforme produttive e digitali agganciate ai flussi della globalizzazione, con l'amplinarsi delle disuguaglianze, si siano definitivamente scomposti gli aggregati di classe e ceti formati nel '900, dando vita a "tre società che stanno in una" e che sono messe al lavoro senza che vi siano dei vasi comunicanti tra loro (mettendo a nudo le fratture tra pienamente inclusi, differenzialmente inclusi ed esclusi, ma anche le barriere relazionali, linguistiche e spaziali ormai esistenti) (pagg. 23-27):

- quella del capitalismo dei flussi e delle reti, con tanto di lavoratori cosmopoliti della conoscenza alla produzione di senso ed egemonia, che si alimenta di simultaneità e di spinte alla de-territorializzazione; sono le «élite» della finanza, delle grandi corporation, dei grandi player tecnologici e delle reti, integrate da professionisti pubblici e privati, classi di servizio, virtuosi dell'algoritmo, frazioni rilevanti di lavoro scientifico e intellettuale;
- quella di un sistema di impresa manifatturiero macinante innovazione e della classe operaia di un tempo sotto stress nelle filiere manifatturiere, distributive, logistiche nelle periferie, nelle città infinite; forma lo zoccolo duro del ceto medio assottigliato e del «partito trasversale del PIL»;
- quella sul confine del margine dell'ultimo miglio delle economie fondamentali dei servizi e del sopravvivere con bassi salari e scarsi diritti di "un volgo disperso, che da fiumana del mondo contadino", dopo essere stato immesso nell'industrializzazione del secolo fordista, si è fatto moltitudine ("la dimensione di massa senza il sistema ordinario delle classi sociali"; pag. 59), con vite imprigionate nei luoghi «che non contano», senza welfare (anche con laurea), nella de-cetomedizzazione del lavoro autonomo tradizionale, nella nuova «operaietà» nei servizi poco qualificati (e soprattutto poco e intermittenemente retribuiti), nei settori «periferici» low-cost e nelle



catene logistico-distributive, nella riserva industriale; una società destinataria passiva dei discorsi sull'inclusione, per cui le vite sono trattate alternativamente con sussidi non sufficienti a dare cittadinanza (lo "sgocciolamento selettivo") o consegnate direttamente ai centri caritatevoli (pag. 24); questa è anche la società di riferimento degli attori del Terzo Settore (associazionismo volontario, cooperazione sociale, imprese sociali, fondazioni filantropiche, ecc.) e delle «comunità di cura» (di cui il Terzo Settore è il perno).

Le tre società esprimono mentalità e visioni proprie e differenti domande politiche e di rappresentanza (con diversi "opinionisti", cantori, partiti e «imprenditori» politico-culturali che hanno cavalcato la corsa alla disintermediazione), come diverse sono le logiche d'azione e di mobilitazione dei gruppi sociali che evocano di volta in volta tanto «spettri di classe» quanto logiche interclassiste, per usare il lessico del '900 (pag. 25).

In queste tre società senza vasi comunicanti, senza ascensore sociale e con la crisi del welfare (dovuta in larga parte alle risorse decrescenti ad esso dedicate all'interno del paradigma ideologico neoliberista che ha ridimensionato i diritti sociali e l'universalismo), diventa nodale il produrre coesione sociale (salute, istruzione, lavoro e abitare). Una funzione strategica che viene sostanzialmente delegata (attraverso un sistema di esternalizzazione dei servizi basato sui costi) a un settore terzo – al "Terzo Settore" – che mette al lavoro quelle che gli autori chiamano "comunità in itinere". Questo, anche se gli autori riconoscono che la grande questione aperta è capire se gli attori del Terzo Settore, professionisti e volontari, "cercheranno legittimazione in qualità di gestori professionali delle esternalità del nuovo capitalismo, ovvero per la capacità – attraverso le necessarie territoriali – di promuovere istanze di sviluppo in grado di includere, rafforzare, distribuire risorse (capacità, visibilità sociale, voce) alle moltitudini dei senza voce" (pag. 27). È su questo tema dell'ambivalenza del Terzo Settore che si sta giocando e si giocherà la partita politico-culturale delle "comunità in itinere".

Quello che sulla base della con-ricerca attuata si può per ora comprendere è che, seguendo la tripartizione di Bagnasco, si ha che se al Nord si fa coesione sociale per reggere l'urto della competizione globale e stare nell'economia dei flussi, nell'Italia di mezzo si recuperano le virtù civiche ("l'intimità dei nessi") per disegnare smart land dense di storia, mentre nel Sud si fa spazio ad un altro racconto fondato sulla rilevanza del territorio come luogo di costruzione del "capitale sociale" positivo, del fare società ed economia (come dice Borgomeo, "lo sviluppo c'è se c'è un po' di comunità o coesione sociale"; pag. 103), in un contesto interessato da diverse velocità, ma tuttora accomunato da una comparativa condizione di fragilità economica, sociale e istituzionale (pag. 8;39).

Questo racconto è in parte alternativo alle traiettorie di crescita basate sul ruolo trainante dei flussi che impattano, mutandoli, i luoghi e i territori. Proprio lì, sul confine del margine, la con-ricerca ha fatto emergere le tracce di pazienti e spesso inascoltati percorsi di tessitura territoriale che interrogano i modelli di sviluppo e le piattaforme di coesione sociale delle tre Italie. Percorsi che fanno distretto sociale, come spazio collettivo di riflessione (che fa autocoscienza, autogoverno e autosviluppo), mobilitando valore di legame e dando visibilità agli invisibili della "terza società".

"Per cambiare lo stato presente dell'affresco sociale" (e non solo per diffondere i presupposti e le infrastrutture sociali dello sviluppo o "rammendare" il tessuto sociale lacerato come faceva l'operatore di comunità/assistente sociale negli anni '50-'60-'70, o per animare coalizioni socio-economiche come i Patti territoriali per lo sviluppo, promuovere l'imprenditorialità giovanile nel Mezzogiorno con le Missioni di sviluppo e fornire supporto a sindaci-imprenditori del loro territorio negli anni '90, o autoriprodurre il sociale nelle periferie e nelle aree interne abbandonate negli anni 2000), il libro propone la formazione della figura professionale del social agent (Sapelli auspica la creazione di "una scuola di assistenti sociali del territorio"; pag. 85). Una figura che ha il compito di mettere assieme le tracce del "terzo racconto" da sostanziare con un lavoro di inchiesta, di ricerca-azione, di con-ricerca in una logica di capacitazione (empowerment) dei soggetti<sup>10</sup>. Soprattutto, deve contribuire ad attrezzare le "oasi" (supportando gli attori locali a dotarsi di mezzi conoscitivi, tecnici, finanziari) dove c'è "l'acqua per calmare l'arsura del disagio", e a "tracciare percorsi di una carovana per un futuro dell'essere in comune" (pag. 10), promuovendo reti di socializzazione e di confronto sui molteplici e differenti percorsi con cui l'acqua è stata trovata, arrivando a "proporre Patti Territoriali del Sociale" e a "porsi l'obiettivo di costruire nuove «istituzioni della comunità»" (pag. 46). Secondo gli autori, è dal social agent che molto dipenderà se la "moltitudine lillipuziana" sarà in grado di darsi riferimenti e un senso della missione comuni e se saprà fare, non solo una autonoma rappresentazione di sé, ma "nuova rappresentanza interrogante e contaminante la moltitudine, facendo carovana" (pag. 11). Nuova rappresentanza che nel contesto delle trasformazioni della composizione sociale, del lavoro e dell'impresa che lascia senza rappresentanza tanti (troppi) soggetti della "terza società", dovrebbe assumersi il compito politico-culturale di "sfidare e spingere al cambiamento le prime due società" (pag. 47). Come sostiene Borgomeo, il Terzo Settore può essere soggetto del cambiamento e quindi soggetto politico capace di conflitto con le istituzioni (ad esempio, per rivendicare la sussidiarietà orizzontale o contrastare "la cultura di fondo dell'ente pubblico che tende a piegare le forme di civismo o la stessa offerta di servizi all'interno di griglie dominate da criteri economici improntati al massimo ribasso, con tempi di liquidazione delle prestazioni non di rado usati come strumento di ricatto politico"; pag. 125), ma solo a condizione che faccia rete, abbandonando autoreferenzialità, identitarismo e interesse immediato (pag. 106), in favore di una visione strategica.



Il percorso delle “comunità in itinere”, del “soggetto terzo”, di una “società di mezzo” in rigenerazione, investigato dal libro dovrebbe essere “istituente”, nell’accezione intesa da Roberto Esposito (1998;2002), con la creazione di nuove istituzioni (comunitarie, che fanno società) all’altezza del «livello storico» e la rigenerazione delle vecchie con il progetto nel produrre beni comunitari in modo intenzionale. “Pensiamo, ad esempio, a cosa significhi fare del welfare (scuola e sanità in primis) un campo di prassi istituenti largo, giocato nei luoghi della salute e della formazione, in tempi in cui proprio la sfera riproduttiva diventa la posta in palio di un nuovo ciclo di sviluppo capitalistico” (pag. 13).

Prospettive che hanno acquisito un forte impulso con l’applicazione dei criteri di co-progettazione e co-programmazione introdotti dalle recenti sentenze della Corte Costituzionale (131/2020) e dall’articolo 55 del [Codice del Terzo Settore](#) (d. lgs 117/2017) nei settori di attività in cui questi sono attivi (tavoli di concertazione, tavoli della legge 328, tavoli dei distretti socio-sanitari e così via)<sup>11</sup>.

Invece di “fare esodo dal presente” o di ragionare solo in termini di conflitto, il Terzo Settore può riversare il proprio impegno nelle pratiche istituenti dentro i territori<sup>12</sup> per costruire la società post-neoliberista in grado di lenire crisi, negatività, rancore e, allo stesso tempo, per essere un reale contrappeso sui territori (in quanto “tracce di comunità” di innovazione e cambiamento<sup>13</sup>) al grande processo di «iper-industrializzazione» e della digitalizzazione della società contemporanea basato sull’incipiente “connubio tra i detentori/gestori di tecnoscienza applicata e ri-centralizzazione politica” (pag. 17).

Si tratta sia di un’opportunità sia di una necessità, secondo gli autori, dato che certamente i motori dello sviluppo autopropulsivo dei territori si sono indeboliti, ma neanche le economie che alimentano il nuovo regime di accumulazione “possono fare a meno di radicarsi nei luoghi e del capitale sociale ivi depositato” e oggi “sembrano (almeno retoricamente) voler perseguire un riequilibrio tra economia, società, ambiente” (pag. 16). Come nota Enzo Rullani nel suo intervento, la chiave del successo in molti settori continua risiedere nella capacità degli attori che animano i mondi professionali di parlarsi, cooperare, costruire visioni trasversali. Viene avanti un tipo di economia che vive di dinamiche relazionali aperte tra attori capaci di inventare e condividere progetti di futuro, aprendosi anche ad un intreccio di relazioni che legano i luoghi alla rete trans-territoriale (pag. 98). “Non si farà mai medicina evoluta senza fascicoli elettronici, diagnostica predittiva e big data, ma neanche senza prestazioni diffuse di assistenza a supporto personalizzato” (pag. 22), ciò significa che occorre una medicina ospedaliera che sia capace di operare in sinergia con una medicina del/sul territorio costruita su una integrata rete di servizi socio-sanitari territoriali frutto di una triangolazione Enti locali (e/o Asl), terzo settore e tecnici della medicina.

La nuova qualità del gioco tra flussi (finanza, digitale, logistica, ecc.) e luoghi si compone di relazioni complesse, non univoche, in cui si possono cogliere elementi di attrito/conflitto e forme di cooptazione, ma anche la capacità degli attori locali di trarre vantaggio mediante la formazioni di coalizioni originali, composte oltre che da attori del Terzo Settore (che possono essere il motorino d’avviamento), da operatori delle professioni sociali, educative e della salute, amministratori locali, la finanza filantropica (le fondazioni filantropiche di origine bancaria, d’impresa e familiari), imprenditoria che cerca una sintesi tra profitto e beni collettivi, economie dei servizi essenziali e della manutenzione dei territori (si pensi, ad esempio, alle cooperative di comunità o di comunità energetiche). Coalizioni territoriali capaci di imporre agli agenti dei «flussi» mediazioni accettabili che prevedano anche la redistribuzione dei surplus generati.

Gli autori sottolineano che il punto è fare in modo che i luoghi e quindi le «comunità in itinere» di cui trattano, come parte attiva nella costruzione sociale del territorio, riescano a rappresentarsi come attori collettivi (pag. 23) e a costruire nuove forme di società intermedia, che “agisce per generare, mantenere e riprodurre i presupposti «societari» dello sviluppo” (pag. 31). Questo vuol dire pensare e praticare intrecci tra territorio, pratiche «di cura» e saperi per garantire che le filiere funzionali (manifatturiera, digitale, agricola, turistica, ecc.) producano sviluppo equilibrato, per alimentare “l’economia fondamentale”, e non depauperamento del sociale (pagg. 29;31). In altre parole, mantenere l’infrastruttura della vita quotidiana composta da beni materiali (infrastrutture per la mobilità, utilities, reti distributive, cura del territorio, ecc.) e «provvidenziali» (salute, istruzione, assistenza, conoscenza, ecc.). Secondo gli autori, è questo l’orizzonte verso cui dirigere la «carovana»: il rafforzamento dell’armatura societaria nei territori attraverso la creazione di istituzioni capaci di assicurarne la riproduzione, di “fare territorio e società”.

Bonomi e compagni sono consapevoli che a realizzare il loro ambizioso programma non può essere il solo Terzo Settore, peraltro internamente scomposto in istanze e forme giuridiche fortemente articolate (nonostante che la riforma del Terzo Settore abbia sostanzialmente imposto il modello d’impresa), anche se qui sono più condensate fondamentali risorse soggettive (orientamenti, logiche d’azione, percorsi biografici, sapere pratico). Per questo chiamano in causa le «comunità di cura» che si occupano della coesione sociale e sono portatrici di una cultura territoriale che cerca di recuperare un’idea di investimento sociale come preconditione dello sviluppo. Gli autori fanno quindi riferimento alle “coalizioni larghe” composte da un insieme di attori e di pratiche sociali ben più ampio di quelle rientranti nel perimetro del Terzo Settore.

Due sono le principali derive speculari da contrastare: la chiusura velleitaria in una “bolla dei giusti” autoreferenziale e la cultura del “disincanto”. Una «comunità di cura» auto-confinata e con una visione semplificata dei delicati equilibri tra ragioni dell’economia, della coesione sociale e dell’ambiente, non può svolgere una funzione di traino nei territori. Al tempo stesso, occorre evitare la tecnilizzazione frutto del

disincanto e della prassi burocratica di gestione delle esternalità del mercato, con il professionalismo dell'intermediazione delle risorse e una esasperazione delle expertise tecniche nella progettazione, management, rendicontazione e valutazione d'impatto. Negli ultimi anni, attraverso l'azione degli istituti fondazionali filantropici, si è spesso operata una saldatura fra una parte del mondo finanziario e una parte del Terzo Settore che ha neutralizzato gran parte dei contenuti politici e dell'autonomia gestionale e lavorativa dei circuiti dell'associazionismo e dell'attivismo, irreggimentandoli in protocolli fortemente burocratici, rendendoli più imprenditoriali e al tempo stesso più precari e soprattutto orientando le loro attività agli stessi fini perseguiti dai grandi capitali (come la "valorizzazione" di spazi urbani, di forme di vita, di strumenti di welfare come la cura e riproduzione sociale).

Pertanto, nel fare intervento di comunità, secondo gli autori, occorre tenere presente il tema della sostenibilità, ma è anche bene non abbandonare un adeguato "ingaggio militante". L'intervento territoriale richiede coerenza tra mezzi e fini<sup>14</sup>; il peggiore esito immaginabile per il Terzo Settore sarebbe un trade off tra politica e tecnica, che significherebbe nient'altro che una ri-politicizzazione subalterna dell'azione sociale. La «comunità di cura», semmai, necessita di re-incantarsi e intraprendere nelle due direzioni il cammino tra utopia e scienza come nucleo fondante della propria identità (pag. 38).

Da questo punto di vista, gli autori identificano due temibili potenziali avversari del programma territorialista compositivista da loro auspicato: la cultura del neo-management pubblico (ossia di coloro che pensano ancora che debba essere lo Stato centrale a guidare lo sviluppo e a correggere gli effetti delle disuguaglianze), da un lato, e l'engagement verso la sostenibilità di élite orientate piuttosto al governo dall'alto dei processi (pag. 47).

Forse Bonomi e compagni dovrebbero prendere maggiormente in considerazione il ruolo della rete territoriale dei Centri di Servizio per il Volontariato (nati in attuazione dell'art. 15 della Legge quadro sul volontariato n. 266/1991). Un potenziale alleato istituzionale che negli ultimi due decenni ha dimostrato di saper essere un social agent capace di sostenere e qualificare le attività di volontariato offrendo supporto, sostegno e servizio ai volontari ed alle loro associazioni. I Centri sono presenti sui territori (con Case del Volontariato, Sportelli e operatori) e sono portatori di una cultura dello scambio delle buone pratiche che via via emergono nelle varie esperienze territoriali e del fare coalizione territoriale nella logica delle "comunità di cura" che operano nell'interesse generale.

**[Le tracce di comunità di cura in itinere e la sfida del fare società, welfare e politica sui territori – Transform! Italia \(transform-italia.it\)](#)**

**quotidianosanita.it**

**Assistenza domiciliare integrata. Le Regioni raggiungono nel 2023 l'obiettivo degli over65 assistiti. Risorse garantite, ma non per Sicilia, Campania e Sardegna che non superano l'asticella**

di E.M.

È quanto emerge dalla Relazione di sintesi Agenas sul monitoraggio degli obiettivi previsti. La realtà locale con le migliori performance che consentiranno di ottenere le risorse previste dalla legge è la provincia di Trento seguita dall'Umbria con percentuali di incremento superiori al 200% rispetto agli obiettivi

**15 APR -**

Ultime notizie dal fronte Assistenza domiciliare integrata. Gli obiettivi nazionali 2023 sono stati pienamente raggiunti dalla stragrande maggioranza delle Regioni. Con 529.761 nuovi over 65 assistiti al domicilio, le Regioni hanno superato l'asticella prevista dalla legge e fissata a 526mila pazienti da prendere in carico (esattamente con una percentuale del 101% del numero incrementale degli assistiti rispetto al Target totale stimato). Ma se si considera l'obiettivo target del Pnrr, la percentuale arriva al 138%.

Un traguardo che consentirà quindi alle Regioni di accedere alle [risorse previste dalla legge per il 2023](#). Ma c'è chi rischia di rimanere tagliato fuori.

È quanto emerge dalla ["Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal Decreto Interministeriale 24 novembre 2023 "Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura \(ADI\)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza \(Pnrr\)"](#) pubblicata da **Agenas**.

**Obiettivo 800mila nuovi pazienti over 65 entro il 2026.** L'investimento 1.2.1 "Assistenza domiciliare", lo ricordiamo, ha l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro giugno 2026, almeno 800mila nuovi pazienti over 65, ossia il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

**Chi raggiunge il target e chi stenta.** Le due Regioni con il maggior incremento in termini percentuali del numero di over65 assistiti al domicilio rispetto agli obiettivi, nel 2023, è la provincia di Trento (235%), seguita dalla regione Umbria (206%). Tra quelle con le migliori performance troviamo poi la Puglia (145%) tallonata a stretto giro dalla Toscana (144%). Il Piemonte raggiunge un incremento del 124%.

Sono tre le Regioni che invece non superano l'asticella. La Regione con la più bassa percentuale di incremento è la Sicilia con appena un 1% rispetto agli obiettivi previsti. Al di sotto degli obiettivi previsti anche Campania (62%), Sardegna (77%) e Calabria che si ferma, anche se per pochi punti percentuali, al 95%.

Regione/PA	Dati Allegato 1 per l'anno 2023					Obiettivo: Incremento pz over 65 raggiunto nel 2023	
	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento totale pz over 65	Incremento v.a.	Incremento %
Piemonte	42.438.932	36.691.735	21.456	18.550	40.007	49.567	124%
Valle d'Aosta	1.655.352	1.854.096	837	937	1.774	1.853	104%
Lombardia	67.137.236	97.082.557	33.943	49.083	83.026	85.682	103%
PA Bolzano	6.703.131	6.923.496	3.389	3.500	6.889	7.882	114%
PA Trento	2.203.576	4.672.489	1.114	2.362	3.476	8.167	235%
Veneto	56.830.777	14.734.610	28.732	7.449	36.182	36.561	101%
Friuli Venezia Giulia	12.816.514	10.221.116	6.480	5.168	11.647	12.518	107%
Liguria	18.625.126	15.940.174	9.416	8.059	17.475	18.940	108%
Emilia Romagna	41.241.450	10.529.164	20.851	5.323	26.174	26.660	102%
Toscana	42.192.512	10.410.761	21.332	5.263	26.595	38.302	144%
Umbria	8.134.302	8.207.057	4.113	4.149	8.262	17.042	206%
Marche	15.079.316	14.717.391	7.624	7.441	15.065	15.166	101%
Lazio	39.721.218	76.123.363	20.082	38.486	58.568	64.825	111%
Abruzzo	9.187.691	14.609.608	4.645	7.386	12.031	12.060	100%
Molise	2.332.433	2.647.617	1.179	1.339	2.518	2.981	118%
Campania	40.240.424	62.395.230	20.345	31.546	51.890	31.952	62%
Puglia	33.459.360	50.010.237	16.916	25.284	42.200	61.233	145%
Basilicata	3.450.132	6.019.286	1.744	3.043	4.788	4.804	100%
Calabria	15.777.816	25.567.888	7.977	12.927	20.903	19.952	95%
Sicilia	27.464.863	49.913.184	13.886	25.235	39.121	200	1%
Sardegna	13.336.466	21.095.766	6.743	10.666	17.408	13.414	77%
<b>ITALIA</b>	<b>500.028.624</b>	<b>540.366.828</b>	<b>252.803</b>	<b>273.197</b>	<b>526.000</b>	<b>529.761</b>	<b>101%</b>



Ripartizione delle risorse per l'investimento M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)"

Regione/ PA	2022					2023					2024					2025					% pop. Over 65 Pis ADU Pop. Over 65 2025
	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR - Anticipazione	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento o totale pz over 65	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento o totale pz over 65	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento o totale pz over 65	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	Risorse da PNRR	Incremento pz over 65 - DL34	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento o totale pz over 65	
Piemonte	42.438.932	5.801.579	21.456	2.933	24.389	42.438.932	36.691.735	21.456	18.550	40.007	42.438.932	67.522.029	21.456	34.138	55.594	42.438.932	74.676.824	21.456	37.755	59.211	10,21%
Valle d'Aosta	1.655.352	293.164	837	148	985	1.655.352	1.854.096	837	937	1.774	1.655.352	3.412.005	837	1.725	2.562	1.655.352	3.775.567	837	1.908	2.745	9,48%
Lombardia	67.137.236	15.350.381	33.943	7.761	41.704	67.137.236	97.082.557	33.943	49.083	83.026	67.137.236	178.656.342	33.943	90.324	124.267	67.137.236	197.587.192	33.943	99.896	133.839	9,48%
PA Bolzano	6.703.131	1.094.721	3.389	553	3.942	6.703.131	6.923.496	3.389	3.500	6.889	6.703.131	12.740.976	3.389	6.442	9.830	6.703.131	14.091.040	3.389	7.124	10.513	9,48%
PA Trento	2.203.576	738.799	1.114	374	1.488	2.203.576	4.672.489	1.114	2.362	3.476	2.203.576	8.598.557	1.114	4.347	5.461	2.203.576	9.509.680	1.114	4.808	5.922	9,48%
Veneto	56.830.777	2.829.789	28.732	1.178	29.910	56.830.777	14.734.610	28.732	7.449	36.182	56.830.777	27.115.391	28.732	13.709	42.441	56.830.777	29.988.602	28.732	15.162	43.864	10,98%
Friuli Venezia Giulia	12.816.514	1.616.130	6.480	817	7.297	12.816.514	10.221.116	6.480	5.168	11.647	12.816.514	18.809.427	6.480	9.510	15.989	12.816.514	20.802.518	6.480	10.517	16.997	10,49%
Liguria	18.625.126	2.520.409	9.416	1.274	10.691	18.625.126	15.940.174	9.416	8.059	17.475	18.625.126	29.333.933	9.416	14.831	24.247	18.625.126	32.442.226	9.416	16.402	25.838	9,48%
Emilia Romagna	41.241.450	1.664.837	20.851	842	21.692	41.241.450	10.529.164	20.851	5.823	26.374	41.241.450	19.576.512	20.851	9.796	30.647	41.241.450	21.429.472	20.851	10.834	31.685	10,98%
Toscana	42.192.512	1.946.116	21.332	832	22.164	42.192.512	10.410.761	21.332	5.263	26.595	42.192.512	19.158.420	21.332	9.886	31.018	42.192.512	21.188.492	21.332	10.712	32.044	10,98%
Umbria	8.134.302	1.297.673	4.113	656	4.769	8.134.302	8.207.057	4.113	4.149	8.262	8.134.302	15.103.051	4.113	7.636	11.748	8.134.302	16.703.406	4.113	8.445	12.557	9,48%
Marche	15.079.316	2.827.066	7.624	1.177	8.800	15.079.316	14.717.891	7.624	7.441	15.065	15.079.316	27.083.705	7.624	13.691	21.817	15.079.316	29.953.558	7.624	15.144	22.768	9,48%
Lazio	39.721.218	12.036.381	20.082	6.085	26.167	39.721.218	76.123.363	20.082	38.486	58.568	39.721.218	140.086.149	20.082	70.824	90.906	39.721.218	154.930.010	20.082	78.329	98.411	9,48%
Abruzzo	9.187.691	2.310.024	4.645	1.168	5.813	9.187.691	14.609.608	4.645	7.386	12.031	9.187.691	26.885.357	4.645	13.593	18.238	9.187.691	29.734.193	4.645	15.093	19.678	10,39%
Molise	2.332.433	418.633	1.179	212	1.391	2.332.433	2.647.617	1.179	1.339	2.518	2.332.433	4.872.282	1.179	2.463	3.643	2.332.433	5.388.561	1.179	2.724	3.904	10,98%
Campania	40.240.424	5.865.733	20.345	4.388	25.332	40.240.424	62.395.230	20.345	31.546	51.890	40.240.424	114.822.929	20.345	58.052	78.396	40.240.424	126.989.840	20.345	64.203	84.548	9,48%
Puglia	33.459.360	7.907.457	16.916	3.998	20.914	33.459.360	50.010.237	16.916	25.284	42.200	33.459.360	92.031.424	16.916	46.529	63.445	33.459.360	101.783.292	16.916	51.459	68.376	9,48%
Basilicata	3.450.132	951.750	1.744	481	2.225	3.450.132	6.019.286	1.744	3.043	4.788	3.450.132	11.077.002	1.744	5.600	7.345	3.450.132	12.250.747	1.744	6.194	7.938	10,48%
Calabria	15.777.816	4.042.712	7.977	2.044	10.021	15.777.816	25.547.888	7.977	12.937	20.903	15.777.816	47.051.351	7.977	23.788	31.765	15.777.816	52.037.024	7.977	16.309	34.286	9,48%
Sicilia	27.464.863	7.892.112	13.886	3.990	17.876	27.464.863	49.913.184	13.886	25.235	39.121	27.464.863	91.852.822	13.886	46.439	60.324	27.464.863	101.585.765	13.886	51.359	65.245	10,29%
Sardegna	13.336.466	3.335.995	6.743	1.686	8.429	13.336.466	21.095.706	6.743	10.666	17.408	13.336.466	38.821.520	6.743	19.627	26.370	13.336.466	42.935.141	6.743	21.707	28.400	9,48%
<b>ITALIA</b>	<b>500.028.624</b>	<b>85.441.060</b>	<b>252.803</b>	<b>43.137</b>	<b>296.000</b>	<b>500.028.624</b>	<b>540.366.828</b>	<b>252.803</b>	<b>278.187</b>	<b>526.000</b>	<b>500.028.624</b>	<b>994.410.980</b>	<b>252.803</b>	<b>502.751</b>	<b>755.554</b>	<b>500.028.624</b>	<b>1.099.781.133</b>	<b>252.803</b>	<b>556.024</b>	<b>808.827</b>	<b>10,00%</b>

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121557](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121557)



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal Decreto Interministeriale 24 novembre 2023 "Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)"

Anno 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tel. 06-42749700

e-mail: [info@agenas.it](mailto:info@agenas.it)

[www.agenas.gov.it](http://www.agenas.gov.it)



# LEPS: il percorso assistenziale integrato – Parte I

Franco Pesaresi, | 24 luglio 2023

*Nell'ambito dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), cioè di quelle prestazioni che ogni Ambito territoriale è tenuto a garantire, è stata definita una serie di interventi che ricadono sotto il nuovo capitolo "Percorso assistenziale integrato". Lo ha stabilito la legge di bilancio 2022. Per tali interventi si potranno utilizzare fondi di varia provenienza. Franco Pesaresi ne dà conto in modo puntuale in un articolo che pubblichiamo in due parti.*

Il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 (PNNA) individua 4 Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone non autosufficienti. Il più ampio ed impegnativo di questi è relativo al "Percorso assistenziale integrato".

Gli rammentare che i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità. L'erogazione dei LEPS è pertanto **obbligatoria per tutti gli Ambiti territoriali sociali**.

In questo articolo vengono descritti i contenuti del LEPS di processo "Percorso assistenziale integrato" che è un LEPS strategico per il ruolo che svolge nel processo assistenziale. La sua realizzazione è infatti propedeutica al corretto funzionamento di ogni sistema assistenziale per le persone non autosufficienti. Infatti, attraverso la realizzazione del LEPS del "Percorso assistenziale integrato" una persona che richiede sostegno viene formalmente e sostanzialmente presa in carico nel PUA, nel quale una équipe multidimensionale individua l'insieme dei servizi e degli interventi da attivare, per affrontare concretamente la situazione specifica e definire il piano personalizzato da realizzare. Nel caso in cui tale valutazione sia già stata effettuata se ne richiede la riconsiderazione per assicurarne l'attualità.

Risulta del tutto evidente, quindi, che la realizzazione del LEPS del "Percorso assistenziale integrato" deve essere assicurata prioritariamente in quanto preparatorio e condizionante l'attivazione e la realizzazione personalizzata degli altri livelli essenziali individuati nel PNNA (relativi alle prestazioni) e deve essere letto in un'ottica di sistema.

## Denominazione

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle seguenti macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali.

## Contenuti del LEPS "Percorso assistenziale integrato"

Il Livello essenziale di processo "Percorso assistenziale integrato" si riferisce agli interventi normati dal comma 163 della legge n. 234/2021 (Legge di Bilancio 2022) che riguardano il percorso assistenziale integrato da attivare per le persone che presentano i bisogni complessi.

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle seguenti macrofasi:

1. Accesso;
2. prima valutazione;
3. valutazione multidimensionale;
4. elaborazione del piano assistenziale personalizzato;
5. monitoraggio degli esiti di salute.

In questa prima parte dell'articolo, vedremo le prime tre singole fasi, rimandando le ultime due alla seconda parte.

## L'Accesso

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il sistema unitario di accesso è dotato di una funzione di back-office di ambito, che cura e garantisce il costante coordinamento tra la presa in carico della persona e le successive macrofasi del percorso assistenziale integrato.

Il **Punto Unico di Accesso (PUA)** rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Le funzioni del PUA:

1. Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
2. Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
3. Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
4. Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
5. Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'ATS.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici.
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali.

I comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali. Presso la Casa della Comunità, che si

configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Comunità, il PUA potrà essere ubicato presso altra sede territoriale del distretto sanitario o sociosanitario. Laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile definire più sedi PUA all'interno dello stesso distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità.

**Equipe integrata di ambito.** L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA.

### **Prima valutazione**

La Prima valutazione è la funzione che costituisce la fase di valutazione preliminare dei bisogni espressi dalla persona e/o dal nucleo familiare, in cui sono garantite le attività che completano il quadro informativo necessario per la presa in carico e le attività di rilevazione dell'eventuale complessità dei bisogni emersi. In caso di bisogno semplice di natura sanitaria o sociale, è previsto l'invio verso le competenti strutture organizzative anche di tipo specialistico. In caso di bisogno complesso con aspetti di integrazione, è prevista l'attivazione delle competenti unità di valutazione multidimensionale.

La fase di prima valutazione è svolta in sinergia dalla COT e dal PUA in modo da far gestire alla COT i casi con bisogni non complessi di tipo sanitario e al back-office del PUA i casi con bisogni complessi sanitari e sociali. Le attività di valutazione preliminare costituiscono lo snodo essenziale che permette il coordinamento operativo con le strutture professionali delle Centrali Operative Territoriali (COT), mantenendo nel contempo lo svolgimento coerente, tempestivo e appropriato del percorso assistenziale per i casi complessi.

### **Valutazione multidimensionale**

È la funzione che costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psicosociale della persona nei casi complessi e delle condizioni e delle effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).



La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

1. La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
2. La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM/UVMDD o équipe integrata) formalmente riunita.

La valutazione multidimensionale è effettuata dalla unità valutativa Multidimensionale che esercita le seguenti funzioni

1. Effettua la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.
2. Elabora il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dal LEA.
3. Individua l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.
4. Monitora e verifica i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto, è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta.
- Il medico di distretto.
- L'infermiere di comunità.
- L'assistente sociale dell'ATS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapisti della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'équipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'équipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

*Direzione assistenziali, le considerazioni della SIDMI*

Consiglio Direttivo SIDMI

**Le direzioni strategiche devono contare, per realizzare gli obiettivi di riorganizzazione del sistema socio-sanitario, su una squadra di direzione composta da professionisti dedicati competenti e formati. Nominare un Direttore Assistenziale tra le professioni sanitarie risponde pienamente a queste logiche, soprattutto se pensiamo che le professioni sanitarie, insieme agli Oss, sono la prevalenza, circa l'80% del personale del sistema sanitario italiano.**

**26 MAR** - Complimenti ai neo nominati Direttori Assistenziali per l'inizio di una nuova avventura Professionale. Complimenti alle Professioni Sanitarie per questo importante traguardo raggiunto; storia, formazione, impegno e dedizione non sono mai mancate. Complimenti alla Regione Emilia Romagna che ha saputo comprendere come l'inserimento del Direttore Assistenziale nelle Direzioni Strategiche, oggi più che mai, può diventare un'opportunità reale per favorire una visione strategica e attuale della sanità. Può diventare l'opportunità per promuovere cambiamenti culturali, rafforzare la governance dei processi organizzativi, promuovere la valorizzazione e la motivazione di tutte le professionalità presenti, migliorare la risposta a bisogni sempre più complessi dei cittadini, con particolare attenzione agli standard di qualità delle cure, ai percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale ad elevata integrazione interprofessionale sia in ambito territoriale che ospedaliero.

Nell'anno 2021 il personale dipendente del SSN ammontava a 617.246 unità di cui 69,1% donne e 30,9% uomini. A livello nazionale, la composizione per ruolo risultava essere così strutturata: il 72,5% sanitario, il 17,7%, tecnico, il 9,6% amministrativo e il restante 0,2% professionale. Del ruolo sanitario il 59,2% risultava essere costituito da personale infermieristico, il 22,9% da personale medico e odontoiatri, mentre il 17,9% da altre figure professionali sanitarie, quali: altro personale laureato, dirigente delle professioni sanitarie, personale tecnico – sanitario, riabilitativo e personale di vigilanza-ispezione<sup>1</sup>.

Da questi numeri si evince come sia particolarmente rilevante il numero delle professioni sanitarie, riconducibili al Direttore Assistenziale.

**Perché è importante scegliere di nominare, nella direzione strategica, il Direttore Assistenziale**

### **Per la storia**

Prima di tutto per la storia, perché è dalla storia che inizia il percorso esperienziale e formativo che determina lo sviluppo di una "cultura professionale" che, per la professione infermieristica in particolare, si esprime sia in ambito tecnico-professionale che organizzativo.

### **Per le conoscenze, competenze, abilità acquisite con la formazione e l'esperienza**

I professionisti che, terminata la formazione di base, decidono di intraprendere un percorso di sviluppo di carriera in ambito organizzativo, acquisiscono conoscenze, competenze ed abilità in percorsi formativi strutturati: Laurea specialistica o magistrale con circa 3000 ore di insegnamento, master di primo e secondo livello con 1500 ore per master, completi di stage e corsi di alta formazione, nei quali i temi del management sono ampiamente trattati.

Certamente un bagaglio formativo notevole, non così strutturato per altri professionisti sanitari, che se unito all'esperienza diventa un patrimonio prezioso nell'esercizio del ruolo di Direttore Assistenziale.



## **Ma quali sono le principali sfide per il Direttore Assistenziale**

### **Il Contesto sociodemografico**

La combinazione tra aumento della vita media e decremento del tasso di fecondità genera in Italia indici di vecchiaia e di dipendenza che sono tra i più alti al mondo: il 24,1% (quasi un quarto) della popolazione supera i 65 anni di età. Secondo i dati Istat, gli scenari demografici prevedono un consistente aumento dei cosiddetti "grandi anziani": nel 2050, l'8% degli italiani avrà più di 85 anni

Una popolazione anziana è una popolazione che ha bisogno di assistenza.

L'incremento di condizioni patologiche croniche richiede cure a lungo termine (long-term-care) e l'impennata del numero di persone non autosufficienti esposte al rischio di solitudine e di emarginazione socio-economica determinano un aumento del carico dei servizi socioassistenziali che richiedono di disegnare adeguate e mirate politiche sanitarie di intervento. Senza dimenticare il tema delle disabilità, del disagio sociale e del disagio mentale.

Le diagnosi di disturbi mentali sono in continua crescita, con aumenti del 30% soprattutto nelle categorie più fragili e nei più giovani. I dati dell'OMS contano un 10-20% di bambini e adolescenti colpiti, con il 75% delle malattie psichiatriche che insorge prima dei 25 anni e la metà con sintomi entro i 14 anni, tra cui disturbi di alimentazione e di dipendenza.

Tuttavia, con sempre meno professionisti sanitari, in particolare, con sempre meno Infermieri a disposizione nel mercato del lavoro, il Sistema sanitario italiano, a tendere, non sarà più in grado di fornire cure e assistenza adeguati.

### **Il Personale sanitario**

Il periodo che stiamo vivendo è caratterizzato da una profonda crisi delle professioni sanitarie dovuta a molteplici fattori:

- crisi dell'identità professionale;
- conseguenze del covid-19 che hanno determinato logoramento, stanchezza e burnout;
- scarso equilibrio tra la vita lavorativa e la vita privata;
- divario tra l'aumento della domanda di servizi sanitarie e quindi del fabbisogno, a fronte di una ridotta disponibilità di professionisti presenti sul mercato;
- lo squilibrio tra i pensionamenti, trasferimenti e le migrazioni verso altri paesi (Svizzera, paesi dell'Unione europea, oggi anche emirati Arabi) a fronte delle nuove assunzioni.

### **La Riorganizzazione del sistema sociosanitario**

Certamente il fenomeno della pandemia Covid-19 ha evidenziato l'urgenza di dare forte impulso alla riorganizzazione del sistema socio sanitario facendo emergere criticità importanti, quali: il divario tra il modello del sistema sanitario presente rispetto al cambiamento del contesto socio-demografico, la presenza di modelli organizzativi e/o assistenziali pre-pandemia non più compatibili e sostenibili con un "mondo sanitario" ed un contesto sociale che è cambiato radicalmente all'aumento della domanda sanitaria e sociale a fronte delle risorse disponibili sul mercato.

Le direzioni strategiche devono contare, per realizzare gli obiettivi di riorganizzazione del sistema sociosanitario, su una squadra di direzione composta da professionisti dedicati competenti e formati. La scelta di nominare un Direttore Assistenziale tra le professioni sanitarie risponde pienamente a queste logiche, soprattutto se pensiamo che le professioni sanitarie, insieme agli operatori sociosanitari (OSS) sono la prevalenza, circa l'80% del personale che lavora nel sistema sanitario italiano.

Quale altro professionista ha una conoscenza così approfondita dei ruoli, funzioni e responsabilità di queste professioni. Quale altro professionista può lavorare per sostenere, valorizzazione e motivare i professionisti, adottare politiche di reclutamento, politiche di skill-mix, favorire innovazione e governance dei processi organizzativi ed assistenziali, progettare la riorganizzazione della rete dell'offerta socio sanitaria, sostenere la qualità della cura e dell'assistenza e garantire risposte ai bisogni dei cittadini. Inoltre il Direttore Assistenziale, proprio per il tipo di formazione ed esperienza maturati, ha sviluppato competenze di negoziazione e capacità di lavorare in team a forte integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, competenze assolutamente indispensabili al ruolo specifico.

La SIDMI esprime il proprio orgoglio per questo importante traguardo della professione, augura ai colleghi un grande in bocca al lupo per questa nuova esperienza e plaude alla Regione Emilia-Romagna per la decisione assunta, auspicandosi che altre regioni possano far tesoro di questa scelta certamente coraggiosa. Questi traguardi così importanti evidenziano la necessità di armonizzare a livello regionale le Direzioni Assistenziali aziendali con le loro articolazioni dipartimentali, complesse e semplici. Per fare questo riteniamo necessaria l'istituzione di strutture permanenti regionali capaci di coordinare e standardizzare processi e modelli organizzativi del S.S. R. interessato. La SIDMI quindi auspica come atto conclusivo e necessario l'istituzione di una Direzione Assistenziale Regionale.

Si rende a questo punto logico e necessario anche un importante ed autorevole intervento di indirizzo ministeriale per uno sviluppo, implementativo e di valorizzazione della Dirigenza delle Professioni Sanitarie in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale (oggi presente "a macchia di leopardo") attraverso l'istituzione di un osservatorio nazionale presso il ministero costituito dalla rete di tutte le direzioni assistenziali regionali.

*"La cosa più difficile è la decisione di agire, il resto è solo tenacia."* (Amelia Earhart 1897-1937)

Il Consiglio Direttivo SIDMI

*Società Italiana per la Direzione e il Management delle professioni Infermieristiche*

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121163&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121163&fr=n)



## Indagine sulla relazione tra la percezione della leadership tossica da parte degli infermieri e i loro livelli di fiducia organizzativa e le intenzioni di turnover

Sultan Türkmen Keskin, Meltem Özduyan Kiliç

Pubblicato a Maggio 2024

DOI:[10.1111/jan.15951](https://doi.org/10.1111/jan.15951)

Obiettivo: questo studio si proponeva di indagare la relazione tra la percezione della leadership tossica da parte degli infermieri e i loro livelli di fiducia organizzativa e le intenzioni di turnover.

Disegno: Questo studio trasversale è stato condotto utilizzando un sondaggio online su 168 infermieri che lavorano in ospedali pubblici e universitari.

Metodi: I dati sono stati raccolti tra aprile e novembre 2022 con la Toxic Leadership Scale, la Organizational Trust Scale e la Turnover Intention Scale. Per analizzare i dati sono state utilizzate statistiche descrittive, correlazioni e analisi di regressione.

Risultati: È stato determinato che quasi la metà degli infermieri (46,4%) è stata esposta a comportamenti negativi da parte dei propri manager nell'ultimo anno. La percezione della leadership tossica da parte degli infermieri, il livello di fiducia organizzativa e l'intenzione di turnover sono risultati moderati. È emerso che la percezione della leadership tossica da parte degli infermieri ha un effetto negativo sul livello di fiducia organizzativa ( $R^2 = .691$ ;  $\beta = -0.832$ ;  $p < .05$ ) e un effetto positivo significativo sull'intenzione di turnover ( $R^2 = .267$ ;  $\beta = 0.521$ ;  $p < .05$ ).

Conclusioni: Questo studio ha rivelato che i comportamenti di leadership tossici nelle organizzazioni sanitarie dovrebbero essere combattuti per aumentare la fiducia organizzativa degli infermieri e ridurre il loro

turnover. In questo contesto, nelle organizzazioni sanitarie si dovrebbe instaurare una cultura organizzativa in cui i comportamenti tossici non siano tollerati.

**Impatto:** Quale problema ha affrontato lo studio? In letteratura vengono enfatizzati soprattutto i comportamenti di leadership positivi dei dirigenti infermieristici, mentre si sa poco dei loro comportamenti negativi, come la leadership tossica. Quali sono stati i risultati principali? È stato determinato che gli infermieri che hanno percepito un comportamento più tossico da parte dei loro manager hanno meno fiducia nelle loro organizzazioni e un'intenzione di turnover più alta. Su chi avrà un impatto la ricerca? Per creare un ambiente di lavoro positivo e ridurre il turnover, è necessario creare una cultura organizzativa in cui i comportamenti tossici dei dirigenti infermieristici non siano tollerati.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37962144/>

## Journal of Nursing Management

### **Supporto organizzativo per la pianificazione e lo sviluppo della carriera degli infermieri: Un'analisi approfondita**

H. Kallio, Hanna Liljeroos, M. Koivunen, A. Kuusisto, M. Hult, and M. Kangasniemi

**Publicato:** 26 aprile 2024

**DOI:** <https://doi.org/10.1155/2024/8296762>

*Obiettivo:* Mappare e identificare sistematicamente le conoscenze chiave sul supporto organizzativo per la pianificazione e lo sviluppo della carriera degli infermieri. Progetto. Revisione di scoping.

*Metodi:* Sono state effettuate ricerche elettroniche sistematiche nei database CINAHL, PubMed, Scopus e Web of Science nel maggio 2022. Le ricerche sono state limitate agli articoli scientifici, con revisione paritaria, pubblicati in inglese da gennaio 2012 a maggio 2022. I dati sono stati estratti e sintetizzati e sono presentati in tabelle e testo. La revisione è stata condotta seguendo le linee guida Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

*Risultati:* Abbiamo identificato 1.400 articoli e 28 soddisfacevano i criteri di inclusione. Le organizzazioni hanno riconosciuto la pianificazione e lo sviluppo della carriera degli infermieri in relazione allo sviluppo professionale dell'individuo e alla necessità dell'organizzazione di promuovere servizi di alta qualità e l'impegno della forza lavoro. Il supporto organizzativo comprendeva un lavoro strategico per garantire risorse adeguate e posti vacanti mirati, nonché un quadro strutturato basato su criteri di qualificazione oggettivi e sulla parità di valutazione. Le organizzazioni si sono concentrate sulla condivisione delle conoscenze, sulla pianificazione strutturata delle carriere e sul supporto interpersonale. Anche il sostegno all'interno della professione infermieristica e la collaborazione interprofessionale a più livelli sono stati importanti.

*Conclusioni:* La pianificazione e lo sviluppo della carriera degli infermieri erano legati al loro sviluppo personale e agli obiettivi dell'organizzazione e richiedevano il supporto di colleghi infermieri e di altri professionisti. Implicazioni per la direzione infermieristica. L'identificazione delle strutture e dei metodi organizzativi necessari per sostenere la pianificazione e lo sviluppo della carriera degli infermieri può aiutare la direzione infermieristica a valutare e sviluppare strategie che migliorino l'attrattiva della carriera infermieristica e l'impegno degli infermieri.

<https://www.hindawi.com/journals/jonm/2024/8296762/>

## BMC Nursing

### **Turnazione degli infermieri: comprensione degli attuali processi di programmazione del lavoro a turni, dei benefici, dei limiti e dei potenziali rischi di affaticamento.**

**Lauren A. Booker, Jane Mills, Melanie Bish, Jo Spong, Melissa Deacon-Crouch & Timothy C. Skinner**

**Publicato 29 aprile 2024**

**DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01949-2>**

*Premessa:* L'attuazione di programmi di lavoro a turni appropriati può contribuire a mitigare il rischio di disturbi del sonno e a ridurre l'affaticamento degli operatori sanitari, riducendo i rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro. In Australia, l'organizzazione ha la responsabilità di assicurarsi che vengano adottate tutte le misure ragionevoli per ridurre l'affaticamento del personale. Pertanto, è importante valutare quali siano gli attuali processi di turnazione per il personale responsabile della creazione dei turni degli infermieri.

*Obiettivo:* L'obiettivo del progetto era capire (1) chi crea i turni e qual è il processo, (2) quale formazione e quali conoscenze ha questo personale per stabilire programmi di turnazione che ottimizzino il sonno e il benessere del personale e (3) quali sono i benefici e i limiti delle attuali pratiche di turnazione.

*Metodi:* I risultati sono stati ottenuti attraverso interviste semi-strutturate, utilizzando la codifica a grappolo per formare le categorie. Sono stati intervistati ventiquattro infermieri responsabili della turnazione del personale in tre diversi siti del Victoria (un ospedale metropolitano e due regionali/rurali). I dati sono stati analizzati utilizzando metodi selezionati di teoria fondata e analisi tematica.

*Risultati:* I temi comuni emersi dalle interviste sono stati che il personale addetto alla turnazione era poco preparato, non conosceva le linee guida sulla fatica e sulla sicurezza e le politiche degli organi di governo e non aveva ricevuto alcuna istruzione o formazione prima di assumere il ruolo. Lo stile di turnazione più comune era quello dell'auto-rotazione, in cui il personale poteva presentare le proprie preferenze. Tuttavia, le preoccupazioni per l'affaticamento del personale sono state divise in merito a chi dovesse esserne responsabile, con molti che hanno affermato che spettava al personale preferire i turni che erano in grado di sopportare.

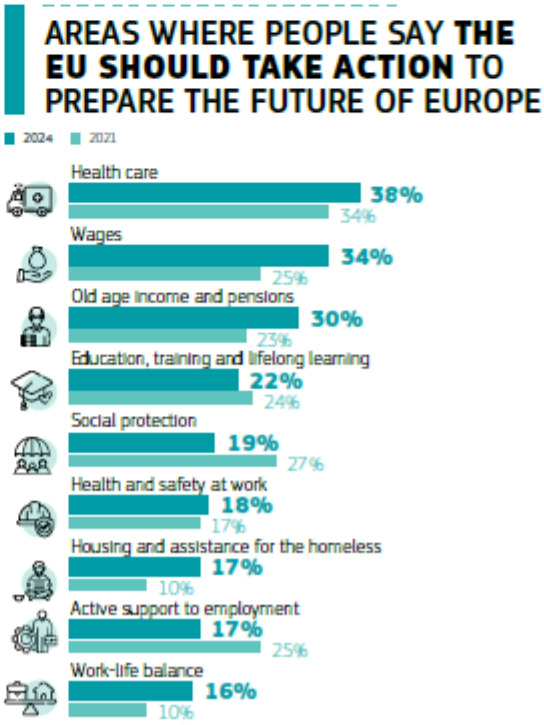
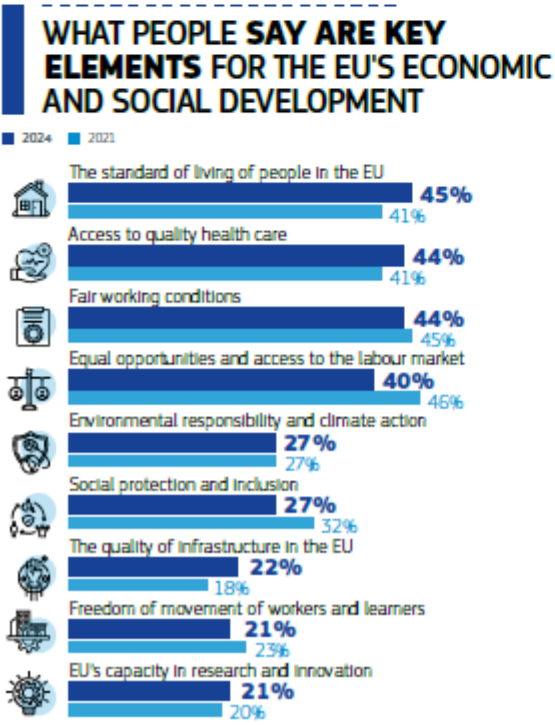
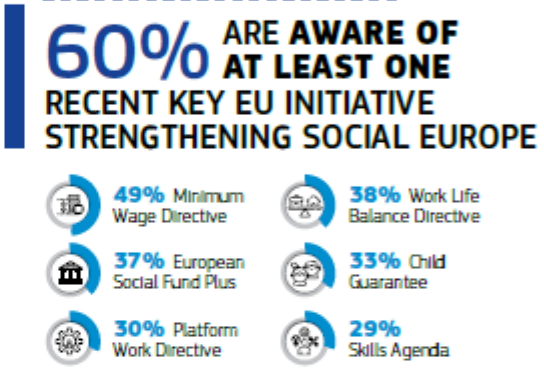
L'ultimo tema riguarda le barriere culturali al cambiamento.

*Conclusioni:* Se da un lato l'auto-rotazione ha portato il personale ad avere maggiore libertà e flessibilità, dall'altro le preferenze sui turni possono essere influenzate più dalla necessità di adattarsi allo stile di vita che di ridurre al minimo l'affaticamento e aumentare la sicurezza sul posto di lavoro. È necessaria una maggiore considerazione dell'impatto degli orari di lavoro a turni sulla fatica per garantire che i livelli di governance clinica nelle organizzazioni sanitarie riducano al minimo il rischio di problemi di salute e sicurezza sul lavoro per i dipendenti che forniscono assistenza diretta ai pazienti.

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-01949-2#Abs1>



Special Eurobarometer  
**Social Europe**  
 Fieldwork: February–March 2024





## 48% THINK REDUCING HIGH COST OF LIVING SHOULD BE A MAIN PRIORITY IN THEIR COUNTRY



### HIGH COST OF LIVING

BE	52%
BG	57%
CZ	52%
DE	46%
EE	60%
IE	59%
EL	67%
ES	45%
FR	59%
HR	52%
IT	42%
LT	53%
LU	65%
MT	75%
AT	55%
PL	48%
RO	45%
SI	51%
SK	45%
FI	60%

### LOW WAGES

CY	49%
HU	50%
LV	51%
PT	62%

### INADEQUATE HEALTH CARE

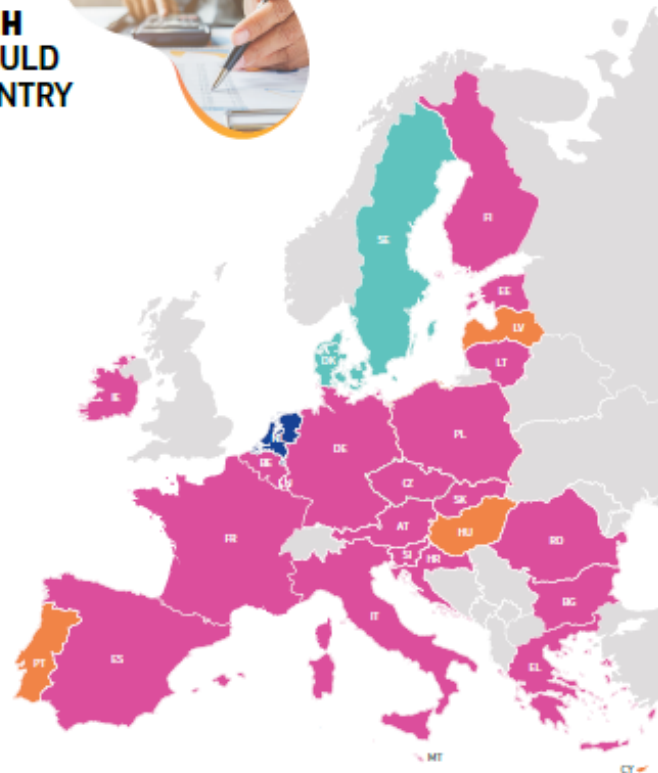
DK	54%
SE	63%

### LACK OF SOCIAL HOUSING AND HOMELESSNESS

NL	67%
----	-----

#### Top priority in the country

- High cost of living
- Low wages
- Inadequate health care
- Lack of social housing and homelessness



## WORKING CONDITIONS AND SOCIAL STANDARDS IN NON-EU COUNTRIES

**74%** think the EU should promote better working conditions and social standards in non-EU countries with which it trades, even if this means a small increase in prices for EU citizens



## 54% BELIEVE THERE WILL BE A MORE SOCIAL EUROPE BY 2030



**54% YES** since 2021  
**40% NO** since 2021  
 6% DONT KNOW since 2021

## **Franco Basaglia 100 (2)**

**Virginio Colmegna, Ciro Tarantino e Lavinia Bifulco**

*Celebrando i cento anni dalla nascita di Franco Basaglia, Salute Internazionale ha deciso che il modo migliore per onorare questa figura fondamentale del Novecento sia quella di chiedere ad alcuni protagonisti che hanno contribuito, e continuano a contribuire, a riflettere e lottare per l'inclusione sociale contro ogni forma di istituzione totale, per i diritti e per una sanità pubblica giusta e universale, a formulare in poche righe un loro pensiero sulla attualità dell'opera di Basaglia.*

### **Virginio Colmegna, Presidente della Casa della Carità, Milano**

*Lo sguardo e il metodo della deistituzionalizzazione, avviatisi con Franco Basaglia nella istituzione manicomiale, hanno rappresentato la base fondante sulla quale ho eretto, insieme a tanti preziosi collaboratori, realtà ed esperienze di accoglienza e di promozione dei diritti di cittadinanza e, in particolare, il lavoro della Casa della Carità di Milano. All'inizio, per più di una decina di anni, mi sono occupato dei primi dimessi dall'ospedale psichiatrico, vivendoci insieme in comunità. Presto ho capito quanto esperienze di questo tipo, nate per decostruire la logica manicomiale, fossero centrali anche in altri ambiti. Seguendo questa ispirazione, è stato naturale dare avvio all'esperienza della Casa della carità che, fin dal suo esordio, si è impegnata nella cura delle persone più fragili sulla base di impulsi che sono pregni di storia basagliana. Innanzitutto un cambio di sguardo e di messa a fuoco: al centro non c'è più (o soltanto) la malattia o la sofferenza – facili da incrostarsi addosso come stigma o etichetta – bensì la persona, messa nella condizione di potersi riappropriare di un nome, di un volto, di una storia individuale del tutto unica. In questo percorso di ricostruzione di storie soggettive, la dimensione relazionale acquista un significato profondo. Prendersi cura significa, infatti, costruire anche scambi e relazioni e quindi intessere legami sociali e di prossimità. Vi è un legame politico, prima ancora che morale e psicologico, tra il benessere individuale e quello collettivo. Si tratta di un cammino quotidiano di condivisione che consideriamo non solo un gesto importante di responsabilità collettiva, ma anche l'unica via per promuovere diritti e affermare doveri. Oggi abbiamo bisogno come il pane di un pensiero deistituzionalizzante. Non cessano d'esistere, anzi si riproducono grandi istituti di ricovero e contenitori di abbandono. Antidoto a questa logica contenitiva e repressiva, deve essere il nostro agire quotidiano che, caparbio, deve diventare capace di liberare senso e soggettività.*

### **Ciro Tarantino, Sociologo, Università della Calabria**

*Durante la conferenza di Rio de Janeiro del 28 giugno 1979, a chi gli paventava il rischio di riassorbimento da parte del potere delle conquiste ottenute in Italia dal movimento di critica dell'ordine psichiatrico, Basaglia risponde che "è molto difficile recuperare la pratica, mentre è molto facile recuperare l'ideologia". Le modificazioni pratiche oppongono una certa resistenza alle restaurazioni progressive. Di questi cambiamenti reali "io sono un testimone", dichiara subito dopo. Perché esistono ormai dei testimoni. Di cosa portano testimonianza? Del fatto inoppugnabile che si può fare: "la cosa importante – dice – è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici, vent'anni fa era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto". Irreversibile, dunque, non è la destituzione del manicomio, ma la comparsa di testimoni del possibile. "Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma a ogni modo noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo, e la testimonianza è fondamentale".*

*Ma, complementare al gesto con cui l'impossibile diventa possibile, l'opera di Basaglia contiene un gesto inverso altrettanto radicale. Dopotutto, il Novecento non è certo un secolo che possa stupirsi che l'impossibile diventi possibile: questa è, anzi, la sua cifra dominante. Come ci ricorda Hannah Arendt, il male assoluto di Novecento si è prodotto proprio quando "l'impossibile è stato reso possibile". Il gesto di Basaglia sovverte, invece, il Novecento perché rivendica una società in*

cui non tutto è possibile, perché pratica un'etica dell'impossibile, una filosofia del non. Semplicemente, ci sono cose intollerabili. Non è un caso che l'atto inaugurale della sua direzione del manicomio di Gorizia sia un rifiuto, quel "e mi non firmo!" che si narra abbia pronunciato dinanzi al registro delle contenzioni notturne.

Allora, la sua asserzione "il punto importante è che ora si sa cosa si può fare" racchiude un punto almeno di pari portata: ora si sa cosa si può non fare.

### **Lavinia Bifulco, Sociologa, Università Bicocca, Milano**

*E' difficile riassumere in poche parole i motivi della straordinaria attualità di Franco Basaglia. Provo con due parole-chiave.*

**Muri.** Chiunque abbia visto un manicomio sa che i muri sono potentissimi dispositivi di separazione fra dentro e fuori, fra chi non ha diritti e chi li ha, fra morte e vita delle relazioni sociali, fra l'annientamento delle persone e la possibilità di aspirare a una vita degna. La trasformazione basagliana del manicomio ha significato smantellare i muri affinché le persone possano essere curate nei loro luoghi di vita e tornare a vivere in società. Ancora oggi è necessario smantellare muri, non solo nella psichiatria. In molti servizi sociosanitari i muri non si vedono ma sono comunque presenti, nelle forme dei criteri di accesso e di selezione. I muri non solo persistono ma ne vengono costruiti di nuovi in diverse parti del mondo, a cominciare dall'Europa. Pur nella varietà di situazioni, essi operano sulla base di un comune meccanismo che produce esclusioni (ed espulsioni) inaccettabili. L'esperienza basagliana ha molto da dirci su come riconoscerli, e su perché e come liberarcene.

**Cura.** Smantellare muri implica spostare l'attenzione dalla malattia alla cura, al prendersi cura. Cioè al ventaglio di azioni, non solo mediche, che concorrono a creare condizioni di salute delle persone. La sanità territoriale a Trieste, in cui l'esperienza basagliana si è travasata, è la realizzazione più avanzata di questa impostazione (fino a qualche anno fa, cioè prima del suo smantellamento). Come dicono gli operatori triestini, è l'intera città che si prende cura. Un modo straordinariamente chiaro di declinare l'universalismo del welfare in una pretesa: il ben-essere o è questione di responsabilità collettiva o non è. Questo è avvenuto e può ancora accadere. Si può fare, come recita il titolo di un film di qualche anno fa sulle prime imprese sociali in Italia.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/04/franco-basaglia-100-2/>



## **Salute globale. Misurare le disuguaglianze**

**Benedetto Saraceno**, Lisbon Institute of Global Mental Health

*E' stata proposta una nuova misura capace di intercettare allo stesso tempo la deprivazione socioeconomica, i livelli educazionali e gli standards di vita materiale. La misura dello status socioeconomico attraverso tale indice composito sarebbe lo strumento più idoneo per monitorare le disuguaglianze in salute.*

**Le disuguaglianze nella salute sono tutte quelle differenze ingiuste, evitabili e rimediabili, nel raggiungimento di una salute ottimale per tutti.** Tuttavia, lo stato del pianeta è drammaticamente malato a causa dei mutamenti climatici, dello sfruttamento irresponsabile e rapace delle risorse, delle crescenti tensioni geopolitiche, delle carneficine mediatizzate e di quelle ignorate e dell'aumento del numero di esseri umani costretti a fuggire e migrare. E tutti questi fattori di sofferenza fisica, psicologica e sociale sono in aumento e ormai più che potenziali fattori di rischio andrebbero considerati come rischi potenti e certi. In tale contesto, una questione che da sempre è **al centro del dibattito sulla Salute Globale è ovviamente quella della misura delle disuguaglianze:** ossia, come si possano misurare differenze tanto eterogenee, di cui è spesso difficile una definizione operativa e dunque una misurazione quantitativa.

**Le statistiche nazionali sono risultate inadeguate a misurare le disuguaglianze dello stato di salute sia per la genericità degli indici utilizzati sia perché spesso non riescono (e talvolta non vogliono) intercettare le disuguaglianze nei gruppi più emarginati e vulnerabili come, ad esempio, le popolazioni che vivono in aree rurali remote, le minoranze indigene e gli immigrati. È inoltre interessante notare che qualche autore include fra le disuguaglianze nella salute globale anche il sistematico reclutamento di personale sanitario dai paesi a basso e medio reddito verso quelli ad alto (1). A partire dal Multidimensional Poverty Index proposto dalle Nazioni Unite (2) è stata proposta una nuova misura capace di intercettare allo stesso tempo la deprivazione socioeconomica, i livelli educazionali e gli standards di vita materiale (3). La misura dello status socioeconomico attraverso tale indice composito sarebbe lo strumento più idoneo per monitorare le disuguaglianze in salute.**

**L'Indice proposto (Socioeconomic deprivation Index) utilizza otto indicatori relativi a due dimensioni, l'Educazione e gli Standards di vita.**

<i>DIMENSIONE 1</i>	<i>DIMENSIONE 2</i>
<i>EDUCAZIONE</i>	<i>STANDARDS DI VITA</i>
<i>INDICATORI</i>	<i>INDICATORI</i>
<i>Anni di scolarità</i>	<i>Disponibilità di combustibile per cucinare</i>
<i>Effettiva frequenza della scuola</i>	<i>Disponibilità di servizi igienici</i>
	<i>Disponibilità di acqua potabile</i>
	<i>Disponibilità di elettricità</i>
	<i>Adeguatezza abitativa (pavimento, tetto, pareti)</i>
	<i>Risorse (frigorifero, radio, TV, computer, bicicletta, motocicletta, carretto trainato da animale)</i>

**Gli autori hanno utilizzato questo indice complessivo di deprivazione sociale ed economica correlandolo ai livelli di copertura e accessibilità degli interventi per la salute materna e riproduttiva e hanno potuto dimostrare eccellenti livelli di consistenza fra stato di deprivazione socioeconomica e salute. Il primo numero del 2024 del Bulletin of the World Health Organization (4) è interamente dedicato alle disuguaglianze nella salute globale, alla possibilità di misurarne l'impatto e all'urgenza di sviluppare una agenda finalizzata alla decolonizzazione della salute globale.**

**Malgrado la decolonizzazione risalga a parecchi decenni fa, infatti, si è venuto sviluppando un nuovo tipo di colonialismo, fondamentalmente basato su pesanti interferenze e influenze politiche ed economiche che riescono a sottrarre risorse materiali e umane dai paesi a basso reddito. Già a partire dalle classiche e fondamentali analisi di Michael Marmot sui determinanti della salute (5) si è ampiamente dimostrato come le politiche di deregolazione finanziaria, l'inasprimento della difesa dei diritti sulla proprietà intellettuale (farmaci e vaccini) e gli interventi nei paesi poveri delle agenzie internazionali della finanza (Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale) finalizzati alla privatizzazione dei sistemi sanitari sostituiti da rapaci sistemi assicurativi, hanno progressivamente creato un impressionante gap degli indicatori di salute: in miglioramento quelli dei paesi ricchi e in peggioramento quelli dei paesi poveri. Inoltre, poiché ogni Nord ha il proprio Sud "interno", anche le fasce di popolazione più deprivate e vulnerabili nei paesi ricchi sono esposte ad analoghi fenomeni di neocolonialismo interno.**

### **Le drammatiche asimmetrie nella salute globale sono riflesse a tre livelli:**

- **le disuguaglianze nella formazione del personale sanitario** fanno sì che le università dei paesi ricchi dominano nella formulazione della agenda globale della ricerca, utilizzano i paesi poveri come terreno di ricerca e spesso si finanziano con i contributi degli studenti che provengono dai paesi poveri e che frequentano le accademie dei paesi ricchi.
- **il dominio di politiche sanitarie e commerciali globali** che penalizzano i paesi poveri. Basti pensare alla promozione dell'allattamento artificiale in alternativa a quello naturale, al sistematico sabotaggio delle politiche dei farmaci essenziali e dei farmaci generici in favore di farmaci sottoposti ancora a patente e, last but not least, all'ambiguo intervento nei paesi poveri da parte di potenti organizzazioni private caritative che spesso sono guidate dall'interesse alla protezione dei paesi ricchi dalle infezioni provenienti dai paesi poveri piuttosto che a interventi strutturali che modifichino le condizioni di povertà assoluta.
- **le politiche di "estrazione" della ricchezza dei paesi poveri** che spesso consistono sia nell'abuso della difesa dei diritti di proprietà intellettuale sia nella promozione di sistemi sanitari fortemente dipendenti dall'intervento finanziario e tecnico delle multinazionali private del settore sanitario.

**Non è facile indicare soluzioni a fronte di questo insieme di fattori che convergono all'aumento delle disuguaglianze in salute.** Soltanto il rafforzamento delle istanze multilaterali del sistema delle Nazioni Unite, sia nel senso di un aumento della sua capacità di spesa (sempre più erosa dagli investimenti bilaterali degli stati e dalle fondazioni private) sia nel senso di una maggiore indipendenza politica economica e tecnica dal settore privato (non c'è dubbio che sia aumentata l'influenza sulle agenzie specializzate delle Nazioni Unite di BigPharma, delle Fondazioni filantropiche, dell'Industria dei settori alimentare e agricolo). Dunque, l'allarme che viene lanciato dalla OMS è soprattutto diretto a combattere il fenomeno del cosiddetto **"Forum Shifting"** ossia quell'insieme di strategie che tendono a influenzare e manipolare le negoziazioni internazionali nel campo della salute. Attualmente sono in corso importanti negoziazioni per aggiornare le **International Health Regulations** e creare un **Pandemic Agreement**. Si tratta di migliorare strumenti del diritto internazionale che vincolano gli stati a regolare diritti e obbligazioni nel campo della salute (ad esempio, nelle emergenze sanitarie, nelle pandemie, nei disastri naturali o provocati dall'uomo, nella regolazione dei prodotti sanitari, dei brevetti e delle clausole di sospensione dei medesimi).

La "invincibile armata" delle multinazionali della sanità è ormai pronta a sferrare un attacco mortale al diritto universale alla salute e all'accesso universale e gratuito al sistema sanitario. Difendersi è un obbligo etico, politico e tecnico che riguarda tutti i ministeri della salute del mondo ma anche tutti i professionisti della sanità.

### Referenze

1. Walton-Roberts M, Bourgeault I. (2024). [Health workforce data needed to minimize inequities associated with health-worker migration](#). World Health Organ. 2024 Feb 1; 102(2): 117–122. Published online 2023 Nov 21. doi: 10.2471/BLT.23.290028.
2. Global multidimensional poverty Index 2023. *Unstacking global poverty: data for high impact action*. New York, Oxford: United Nations Development Programme & Oxford Poverty and Human Development Initiative; 2023.
3. Ferreira L.Z, Wehrmeister F.C, Dirksen J, Vidaletti L.P, Pinilla -Roncancio M, Kirkby K, Ricardo L, Barros A, Hosseinpoor A.R (2024). [A composite index: socioeconomic deprivation and coverage of reproductive and maternal health interventions](#). Bull World Health Organ. 2024 Feb 1; 102(2): 105–116. Published online 2023 Dec 8. doi: 10.2471/BLT.23.290866.
4. Tangcharoensathien V, Lekagul A, Teo Y-Y. (2024). [Global health inequities: more challenges, some solutions](#). Bull World Health Organ. 2024 Feb 1; 102(2): 86–86A. Published online 2024 Feb 1. doi: 10.2471/BLT.24.291326.
5. Wilkinson R & Marmot M. (eds). *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. World Health Organization, Copenhagen, 2023.

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/03/salute-globale-misurare-le-disuguaglianze/>



Rivista trimestrale di politica socio-sanitaria

## Gli indicatori sulla salute Dai dati alle decisioni

### Presentazione

Differenti prospettive, differenti finalità  
OECD Reviews of Health Care Quality: Italy  
Euro Health Consumer Index  
Osserva Salute  
Piano Nazionale Estiti  
Rapporto OASI  
Rapporto Crea  
Meridiano Sanità  
I "focus" sicurezza dei pazienti nei rapporti sanitari

### Monografia

Gli indicatori e le loro applicazioni  
Gli indicatori e il miglioramento della qualità  
Gli indicatori e la affidabilità delle organizzazioni sanitarie  
Gli indicatori e la prospettiva dei cittadini

**Direttore Responsabile**  
Mariella Crocchia

**Redazione**

Antonio Alfano  
Gianni Anselmi  
Carmen Bombardieri  
Alessandro Bussotti  
Gian Paolo Donzelli  
Silvia Fabiani  
Claudio Galanti  
Carlo Hanau  
Giovino Maciocco  
Fabrizio Mondini  
Benedetta Novelli  
Mariella Orsi  
Daniela Papini  
Paolo Santì  
Luigi Tonelli

**Consiglio Editoriale**

Gian Franco Gensini,  
Presidente Facoltà di Medicina e  
Chirurgia, Università di Firenze  
Mario Del Vecchio,  
Professore Associato Università di  
Firenze, Docente SDA Bocconi  
Antonio Fantì,  
Presidente Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di Firenze  
Luigi Tassi,  
Direttore Laboratorio Regionale  
per la Formazione Sanitaria -  
FORMAS

**Redazione, Direzione**

Corrispondenza e invio contributi:  
Mariella Crocchia  
mrocchia@gmail.com  
<http://www.formas.toscana.it>

**Edizione**

Pacini Editore S.p.A.  
Via Garibaldi 1, 56121 Pisa  
tel. 050313011 - fax 0503130300  
info@pacinieditore.it  
www.pacinieditore.it

Registrazione al Tribunale di Firenze  
n. 2582 del 17/05/1977

Questo numero è stato chiuso  
in redazione il 31 marzo 2015  
testo iscritto presso il Registro  
pubblico degli Operatori  
della Comunicazione  
Pacini Editore SpA iscrizione  
n. 6269 del 29/08/2001



## Sommario

### Monografia

- 569 **Presentazione**  
A. Vannucci, A. Pizzimenti
- Differenti prospettive, differenti finalità**
- 571 **OECD Reviews of Health Care Quality: Italy**  
G. Maciocco
- 576 **Euro Health Consumer Index**  
A. Bjornberg
- 590 **Osserva Salute**  
W. Ricciardi, A. Solipaca
- 594 **Piano Nazionale Esiti**  
L. Pinnaroli, A. Basiglioni, D. Fusco, M. Davoli, Gruppo di lavoro Centro operativo programma nazionale esiti
- 603 **Rapporto OASI**  
P. Armenti, C. Carbone, E. Conti, L. Fenech, F. Longo, F. Petracca, A. Ricci, S. Sammariva
- 613 **Rapporto Crea**  
C. Giordani, F. Spandonaro
- 617 **Meridiano Sanità**  
D. Bianco, E. Briante
- 623 **I "focus" sicurezza dei pazienti nei rapporti sanitari**  
G. Dagliana, G. Toccafondi
- Gli indicatori e le loro applicazioni**
- 629 **Gli indicatori e il miglioramento della qualità**  
R. Gnasotto
- 635 **Gli indicatori e la affidabilità delle organizzazioni sanitarie**  
S. Albolino
- 641 **Gli indicatori e la prospettiva dei cittadini**  
A. Pizzimenti, F. Ierardi, A. Vannucci

## Un nuovo approccio al disagio psichico

3 Aprile 2024

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

**Luca Negrognolo**, Sociologo – Istituzione Gian Franco Minguzzi, Bologna.

Il Power Threat Meaning Framework – che possiamo tradurre come “Modello (sul) Significato (di ogni) Minaccia (di) Potere” – è uno strumento innovativo, che vuole superare la spinta alla medicalizzazione di tutti quei disturbi psichici che possono essere trattati e superati con una prospettiva non-diagnostica

**Nel 2013, il Dipartimento di Psicologia Clinica della British Psychological Society ha pubblicato un position paper<sup>1</sup> che ha fatto propria la – ormai diffusa – consapevolezza dell’inadeguatezza dei sistemi di classificazione diagnostica ad oggi maggiormente utilizzati (DSM e ICD), soprattutto per orientare gli interventi di presa in carico nei confronti del cosiddetto “disagio emotivo” e dei comportamenti problematici, suggerendo lo “sviluppo di un approccio multifattoriale e contestuale, in collaborazione con gli utenti dei servizi, che includa fattori sociali, psicologici e biologici”. Ha quindi ideato un modello alternativo di concettualizzazione del disagio psichico, lavoro culminato con la pubblicazione, nel 2018, del Power Threat Meaning Framework<sup>2</sup>.**

**Riconoscendone il carattere innovativo di approccio centrato sulla persona e di strumento utile a garantire una maggiore sostenibilità dei servizi sanitari, nonché una migliore integrazione con il sistema delle cure primarie, la Società Italiana di Psicologia di Comunità (SIPCO) ha promosso e supportato l’attività di un team di volontari – impegnati nella ricerca sociale e nella prassi politica, nella clinica e nei servizi di salute mentale – di traduzione, sintesi e divulgazione di questo “metamodello” (come viene definito dagli autori) che attinge da teorie, pratiche e tradizioni filosofiche differenti.**

**Ma in cosa consiste tale modello<sup>3</sup>? Il Power Threat Meaning Framework – dai curatori italiani anche abbreviato come “Modello PTM” – mira a superare la spinta alla medicalizzazione, contrapponendosi alla posizione teorica tradizionale che vorrebbe indicare specifici meccanismi “solo” biologici o “solo” psicologici alla base dei vari disturbi psichiatrici, concentrandosi invece sugli aspetti del comportamento umano nel contesto sociale e relazionale e sulla sua reciproca e circolare influenza con l’ambiente e i vissuti relazionali, che interagiscono tra loro con una complessità che viene spesso sottovalutata dagli schematismi dell’attuale modello bio-psico-sociale. L’esperienza di sofferenza e i comportamenti problematici di un individuo sono così inseparabili dal suo contesto materiale, ambientale, sociale, economico e culturale: interventi in grado di cogliere i bisogni reali della popolazione e garantirne il rispetto dei diritti devono dunque incidere in modo comprensivo su questi domini.**

**Partendo dall’assunzione che il comportamento di un individuo può essere visto come un insieme di risposte comprensibili alla luce delle sue capacità fisiche e della sua storia, cultura e sistema di credenze e valori, il Power Threat Meaning Framework si basa sull’idea che le esperienze e i comportamenti “anormali” esistono in un continuum con i comportamenti e le esperienze “normali”, e vanno compresi all’interno dello stesso modello interpretativo. Lo scopo principale di questo modello è quindi di ampliare la gamma di approcci esistenti, fornendo un punto di vista diverso sull’origine, l’esperienza e l’espressione del disagio emotivo e dei comportamenti problematici, dando importanza alle esperienze, al significato che i soggetti attribuiscono alle situazioni e alla narrazione che ne danno: viene infatti assegnato un ruolo centrale alle narrazioni degli “esperti per esperienza”, persone che hanno vissuto esperienze di sofferenza e/o psichiatrizzazione e che possono contribuire a sviluppare forme di sostegno maggiormente capaci di valorizzare il punto di vista di chi vive il disagio, con minor rischio di violarne i diritti.**

**Il modello PTM identifica degli Schemi Principali, ricorrenti nell’esperienza della sofferenza, che si manifestano come risposta a varie circostanze che si verificano nell’arco della vita. In sintesi, più che tematizzare la patologia includendola in una classificazione, vengono descritte le modalità di reazione o i meccanismi messi in atto dall’individuo nell’attribuzione di significato e per la “sopravvivenza” a determinate circostanze, mostrando una visione della sofferenza che sostituisce la domanda chiave della medicalizzazione, <Cosa non va in te?>, con quattro differenti domande:**

- Cosa ti è successo?
- Come ti ha influenzato?

- Che senso gli hai dato?
- Cosa hai dovuto fare per sopravvivere?

**Per capire il modello bisogna tenere conto di quattro aspetti, connessi ed interdipendenti tra loro:**

- Le operazioni di POTERE (Power): il potere legalmente riconosciuto; l'influenza ineluttabile delle condizioni economiche e materiali; il potere ideologico; le forme di supremazia sociale o culturale; il potere nelle relazioni interpersonali; la coercizione esercitata da fattori del contesto biologico, naturale, ambientale. Questo aspetto corrisponde alla domanda <Cosa ti è successo?>, cioè <Come ha operato il POTERE sulla tua vita?>
- La MINACCIA (Threat), costituita dall'operazione negativa del potere su una persona, un gruppo o una comunità, con particolare riferimento al disagio emotivo che essa comporta e alle modalità con cui questo è mediato dalla nostra condizione biologica. La domanda correlata è <Come ti ha influenzato?>, cioè <Quale tipo di MINACCE ha rappresentato?>
- L'attribuzione di SIGNIFICATO (Meaning): nel dare forma all'operazione del potere, alla sua esperienza ed alla sua espressione, alla minaccia avvertita e alla reazione ad essa. Corrisponde al quesito <Che senso gli hai dato?>, ossia <Che SIGNIFICATO hai attribuito a queste situazioni ed esperienze?>
- In conseguenza a quanto descritto sopra, l'insieme (appreso o acquisto evolutivamente) delle REAZIONI ALLE MINACCE a cui una persona, un gruppo o una comunità possono attingere per assicurarsi la sopravvivenza emotiva, fisica, relazionale e sociale. La domanda corrispondente è <Cosa hai dovuto fare per sopravvivere?>, in altre parole <Che tipo di RISPOSTE ALLA MINACCIA utilizzi?>. Le risposte alle minacce possono essere reazioni fisiologiche ed automatiche, oppure azioni di cui sono prevalenti la matrice linguistica e la componente di scelta consapevole

Gli schemi principali derivati dal Modello PTM sono sovrapponibili a quelle che vengono comunemente definite "diagnosi psichiatriche funzionali": insiemi di pensieri, sentimenti e comportamenti per i quali non può essere identificata una causa organica. Ci si può valere del modello anche per l'analisi ed il superamento dei comportamenti problematici legati alla dipendenza da sostanze e a quelli che finiscono sotto la valutazione della psichiatria forense.

**Per esempio, la strategia nazionale per soggetti segnalati dal sistema penitenziario britannico come potenziali portatori di "disturbo di personalità" – gestita dal National Offender Management Service, NOMS – ha avviato un percorso che, valorizzando gli istituti extra carcerari, focalizza l'attenzione sul benessere psicologico degli utenti del servizio, in "una prospettiva psicosociale e sistemica", con la consapevolezza che alla "etichetta diagnostica di disturbo della personalità" possono essere associati interventi "nocivi o iatrogeni"<sup>4</sup> da parte dei servizi, e che i comportamenti individuali vanno letti anche come tentativi di reazione ad essi. Questo programma dedica anche un'attenzione specifica al vissuto degli operatori: <noi crediamo che molti dei problemi associati alla diagnosi di "disturbo di personalità" siano legati ad un'incapacità dell'organizzazione ad identificare e contenere le reazioni emotive non solo degli utenti ma anche dei professionisti che lavorano con loro. Pertanto, il nostro lavoro consiste nell'aiutare i sistemi e le organizzazioni a riflettere sulla propria concettualizzazione della situazione così come su quella dei propri utenti> (Jo Ramsden, PTM).**

**Il PTM permette di svolgere specifiche riflessioni sugli effetti diretti di condizioni patologiche a chiara derivazione biologica, come le disabilità intellettive da disturbi del neurosviluppo, le patologie neurodegenerative come le demenze, le conseguenze di ictus o di traumi cerebrali, sempre valorizzando la relazione circolare tra la dimensione biologica, le sue manifestazioni funzionali e le dimensioni di senso che ad esse sono attribuite nel vissuto individuale e relazionale. Tale modello può inoltre esaminare situazioni in cui è necessario approfondire il legame tra componente organica e funzionale, come lo sviluppo di difficoltà emotive e/o comportamentali conseguenti alle problematiche neurologiche insorte nelle vittime di abusi e/o violenza familiare in età evolutiva. Riguardo ai problemi che emergono dagli effetti dell'assunzione di sostanze, se il PTM può dire poco sulle specifiche modalità di interazione tra fisiologia e queste ultime, è rilevante l'attenzione che dedica alla loro assunzione come strategia di autocura o management dei vissuti di impotenza, frustrazione e subalternizzazione – anche quando essi derivano da forme di violenza strutturale.**

**Capitolo a parte sono i problemi di salute fisica che possono palesarsi o sono erroneamente identificati come problemi di salute mentale, che includono un insieme di condizioni (squilibri ormonali, carenze vitaminiche, alcune infezioni virali e patologie autoimmuni) non affrontabili con il PTM, ma che necessitano di una diagnosi appropriata e opportuni trattamenti medici.**

**In conclusione, possiamo considerare il Power Threat Meaning Framework uno strumento concettuale progressista, che vuole superare la razionalità e la pratica diagnostica medicalizzata in quei disturbi psichici che possono essere trattati e superati con una prospettiva non-diagnostica, rendendo inoltre i/le professionisti/i maggiormente consapevoli delle dimensioni sociali della loro pratica. Esso può contribuire, anche in Italia, a sviluppare una riflessione sull'integrazione tra le Cure Primarie e i Servizi di Salute Mentale.** Sarebbe interessante replicare il progetto della TEWV NHS Foundation Trust (importante erogatore di servizi di salute mentale nel nord dell'Inghilterra) che, dopo i risultati di uno studio pilota in un reparto di salute mentale adulti in cui è stato sperimentato l'approccio "trauma-informed" – basato sul riconoscimento che la maggior parte delle persone che si rivolgono ai servizi sociali ha sperimentato significative avversità e minacce – ha istituito un percorso sul trauma, inserito tra gli altri percorsi di cura (prevalentemente diagnosi-specifici) che coinvolge il personale sanitario fin dalla presa in carico del paziente, formandolo e supportandolo per arrivare a costruire piani di assistenza che tengano conto di questa variabile.

## BIBLIOGRAFIA

1. The British Psychological Society – Division of Clinical Psychology, 2013. Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnosis: Time for a paradigm shift.
2. The British Psychological Society – Division of Clinical Psychology, 2018. The Power Threat Meaning Framework. Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Disponibile su: <https://sportellotiascolto.files.wordpress.com/2023/11/the-power-threat-meaning-framework.pdf>
3. Power Threat Meaning Framework (PTMF) – versione italiana. Disponibile su: <https://sportellotiascolto.it/2023/11/03/power-threat-meaning-framework-versione-italiana/>
4. Livesley, W.J. (2003). Practical management of personality disorder. New York & London: Guilford Press

<https://www.saluteinternazionale.info/2024/04/un-nuovo-approccio-al-disagio-psichico/>



## **Anziani: nuovo modello di Rsa e più servizi di prossimità per valorizzare la centralità della persona**

**Claudio Testuzza**

*Gli anziani sono non soltanto un punto di affetto per le altre generazioni, ma sono anche portatori dell'esperienza, dei ricordi, della storia, della trasmissione di conoscenza di vita.*

*E questo li rende preziosi nella vita della società.*

*Per questo è importante la loro cura, l'attenzione e l'accoglienza nei loro confronti, particolarmente quando comincia a diminuire l'autosufficienza e aumenta la fragilità".*

*Nelle parole del presidente Mattarella che si inserisce, a buon diritto, nella categoria degli "anziani", la rappresentazione dell'invecchiamento della popolazione, a cui abbiamo assistito nell'ultimo trentennio, si carica del mandato etico e politico di prendersi cura delle persone anziane.*

*L'Italia è la prima nazione in Europa e la seconda nel mondo dopo il Giappone per numero di anziani.*

*La popolazione ultrasessantacinquenne ammonta a 14 milioni 177mila individui al 1° gennaio 2023, e costituisce il 24,1 per cento della popolazione totale.*

*Tra le persone ultraottantenni, si rileva, comunque, un incremento, che li porta a 4 milioni 530mila e a rappresentare il 7,7 per cento della popolazione totale.*

*Un anziano residente in Italia su tre vive in una qualche città metropolitana, che significa che quasi una persona su quattro che risiede nelle città metropolitane ha almeno 65 anni, con un picco del 28% di popolazione over 65 a Genova mentre Napoli detiene il record opposto con il 22%.*

*Di questo 35% di over 65 che vive nelle aree metropolitane, quasi la metà (il 45%) risiede proprio nei comuni capoluogo, quasi un terzo è distribuito tra prima e seconda cintura urbana e il restante 24% nelle periferie più lontane dai centri.*

*In trent'anni il numero dei centenari nelle città è quintuplicato.*

*Erano 3,4 per 10 mila over 65 all'inizio degli anni Novanta, contro i 15,2 per 10mila anziani di oggi. Queste cifre non sono un'esibizione di amanti della statistica.*



Significa che le città sono, e saranno sempre di più in futuro ravvicinate, costrette a ridisegnare i propri sistemi di servizi per cercare di andare incontro alla presenza della popolazione statisticamente più vulnerabile in termini sociali e sanitari.

L'aumento degli anziani pone quindi sfide importanti rispetto alla necessità di garantire benessere ed assistenza ad una fascia di popolazione sempre più numerosa.

E realizzare politiche integrate sociosanitarie è un'emergenza non più rinviabile.

Il Governo ha di recente definitivamente approvato il decreto attuativo della riforma in favore delle persone anziane (Dlgs 29/2024). Una legge quadro che l'Italia attendeva da decenni.

Uno degli obiettivi di fondo realizzati è considerare nel suo insieme la stagione di vita degli anziani. Una fase sempre più lunga, che merita adeguato riconoscimento e valorizzazione con un effettivo protagonismo sociale, economico e anche lavorativo, in condizioni adeguate.

Condizioni adeguate che dovrebbero collimare con il contrasto alla cultura dello scarto, alla discriminazione in base all'età e all'isolamento sociale che incombe su moltissimi anziani, soprattutto se in precarie condizioni di salute ed economiche.

Una prima risposta, ma soltanto ai più indigenti e sperimentale, permetterà, di ricevere dal 2025 un contributo economico aggiuntivo (850 euro mensili) all'indennità di accompagnamento per documentate spese per l'acquisto di servizi.

Ma questo difficilmente potrà bastare se non si realizzano condizioni e strutture che possano facilitare il vivere dell'anziano non autosufficiente o meno.

Senza dover sempre pensare a quell'enorme ricorso al lavoro sommerso per le cure domiciliari. Il 21 marzo del 2023 la Legge Delega 33 aveva previsto la costruzione di un sistema di welfare integrato specificatamente dedicato all'assistenza degli anziani.

Nel dettaglio, il provvedimento prevedeva, oltre una definizione condivisa, fino a quel punto non così scontata, di popolazione anziana non autosufficiente, la creazione di un Sistema Nazionale di Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti (SNAA) che, sotto la guida coordinata dei Ministeri competenti, provvedesse ad una gestione congiunta sotto il profilo sociale e sanitario dei soggetti bisognosi di cura.

Attività al momento per lo più demandata al welfare familiare cui si sarebbero, dunque, dovuti affiancare con maggiore vigore una serie di servizi domiciliari specifici, di durata ed entità variabili sulla base delle effettive esigenze del singolo.

Così come oggettivamente definite da un'apposita scala di valutazione.

Una direzione, quella dell'approccio integrato, di cui anche il miglioramento dell'assistenza domiciliare è uno dei punti meno toccati dal passaggio dalla Legge Delega ai decreti attuativi.

E mentre persiste, almeno sulla carta, l'aspetto focale dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari decade quello della loro "personalizzazione", tanto che scompare del tutto il riferimento a prestazioni di durata e intensità adeguate.

A questo riguardo se il Pnrr ha stanziato fondi per lo student housing e per colmare il gap tra domanda e offerta di abitazioni di qualità, non può dirsi la stessa cosa per l'altra "gamba" della cosiddetta residenzialità alternativa, il senior housing e tutta la galassia di residenze per anziani e fragili, autosufficienti e non.

In Italia, ci sono circa 7.800 residenze assistite e case di cura. Poche strutture e pochi posti letto, tuttavia saturi. Il tasso di occupazione dei posti letto, in media, è del 78% (ma in Lombardia è dell'87 per cento). Se il grado di copertura del fabbisogno si attesta all'1,9% (ben lontano dal dato ideale del 5%), il Nord fa un po' meglio (tra il 3 e il 3,3%), mentre la quasi totalità delle regioni meridionali non supera l'1 per cento. L'Olanda ha quattro volte l'offerta italiana.

Raggiungere il tasso di copertura target ideale del 5% significherebbe mettere sul mercato circa 600mila posti letto entro il 2035, raddoppiando quindi l'offerta attuale.

Gli operatori stanno mostrando un certo dinamismo. L'ultima notizia, una settimana fa, ha visto la divisione di asset management del Gruppo Intesa Sanpaolo, con 383 miliardi di euro di patrimonio in gestione, sottoscrivere, attraverso i fondi Eurizon Iter, un accordo per l'acquisizione del 55% del gruppo Zaffiro, attivo nei servizi socio-sanitari assistenziali.

A novembre, invece, il fondo Euryale Healthcare Italia 1 di Kryalos ha finalizzato i primi quattro investimenti in Rsa in Lombardia e Piemonte per circa 20 milioni.

Mentre, a settembre, era stato istituito il fondo Euryale Healthcare Italia 2 che porterà all'acquisizione di un portafoglio di otto immobili in costruzione e ha una pipeline di investimenti, nei prossimi anni, di 120 milioni. Ma appare sempre più necessario un sistema di servizi che dovrebbe basarsi sulla centralità della persona, intesa non semplicemente come portatrice di bisogni e utente passivo, ma come soggetto dotato di risorse da valorizzare e primo riferimento fondamentale per la gestione responsabile della propria salute.

Delle RSA non si può fare a meno.

Ed è altrettanto certo che sia assolutamente necessario ripensarne il ruolo istituzionale, come sostiene la stessa Aris, l'associazione che riunisce istituti socio-sanitari gestiti da enti e congregazioni religiose, partendo dal tema della "qualità della vita" degli ospiti, che spesso si coniuga col tema dell'appropriatezza nella loro accoglienza.

Evitare i ricoveri impropri significa sviluppare il contesto organizzativo e territoriale in cui le RSA sono chiamate ad operare, ammodernare l'organizzazione dei servizi in una logica di continuità nella "presa in

carico” per inserirle in un modello complessivo nel quale la “prossimità” ovvero la vicinanza territoriale e l'appartenenza ad una rete di servizi, le renda più rispondenti alle nuove realtà, ai nuovi problemi e ai nuovi bisogni delle persone anziane fragili e delle loro famiglie. Attuando, quindi, un approccio sistemico ed integrato, e garantendo la continuità e la globalità delle cure.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-22/anziani-nuovo-modello-rsa-e-piu-servizi-prossimita-valorizzare-centralita-persona-094831.php?uuid=AFK9gNYB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

## Non autosufficienza, solitudine e tecnologia

Massimiliano Cinque, Dottore in Farmacia

**15 APR** - Gentile Direttore,

*l'aspetto più inquietante e triste, in questo momento, è che la scienza raccoglie conoscenza più velocemente di quanto la società raccolga saggezza.*

*Sono numerosi gli studi scientifici che mostrano il progresso tecnologico, specialmente in seno all'intelligenza artificiale e alle ricadute applicative, come, ad esempio, lo studio dell'Università Vanvitelli sulle risposte fornite dall'AI alle richieste dei malati di sclerosi multipla.*

*Ma la società e, di conseguenza, la politica stentano a fidarsi e ad agire proattivamente.*

*Uno scenario da tener obbligatoriamente in considerazione è quello legato all'assistenza agli anziani e ai malati.*

*L'ISTAT, da ultimo rilevamento, conta 3,7 milioni di cittadini non autosufficienti.*

*Una percentuale decisamente elevata considerando il totale degli abitanti in Italia.*

*Questo numero considerevole ha, ovviamente, un profilo economico ed uno sociale.*

*L'Osservatorio DOMINA ha pubblicato, recentemente, il [5° Rapporto Annuale sul lavoro domestico](#) che delinea una condizione per le famiglie non entusiasmante.*

*Il costo totale per l'assistenza familiare è stimato intorno ai 17 miliardi di €, ovvero più o meno un punto di PIL, e la spesa per il personale assunto irregolarmente rappresenta la percentuale più alta.*

*I motivi di ciò sono plurimi, ma sicuramente la tassazione sui contratti regolari e la soddisfazione dell'operato di colf e badanti sono i più importanti.*

*E se da un lato vi è chi riesce a garantire l'assistenza ai propri cari, anche con estremi sacrifici, dall'altro c'è invece chi non riesce.*

*E quando ciò avviene l'anziano o il malato possono anche cadere in stato di abbandono.*

*Secondo il geriatra e medico di cure palliative Ashwin Kotwal dell'Università della California “la solitudine è un disagio emotivo che ci obbliga ad adattare le nostre situazioni sociali, ma senza risorse finanziarie, adattarsi è più difficile”.*

*Quando il malessere si cronicizza crea danni al pari di obesità, inattività e fumo, ovvero depressione, demenza, malattie cardiovascolari e perfino morte prematura.*

*In un [articolo](#) pubblicato su Nature si cerca di dare un volto alla problematica solitudine, evidenziando il ruolo degli ormoni glucocorticoidi e il loro meccanismo che porta alla riduzione del volume della materia grigia cerebrale associata alla demenza, o il ruolo della dopamina.*

*In ogni caso la sensazione che vive il paziente affetto da solitudine è preoccupante, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha definita come una minaccia urgente per la salute.*

*In aggiunta vi è l'ipotesi che questa possa autoalimentarsi in quanto le persone sole prestano attenzioni a differenti aspetti delle situazioni rispetto alle persone non sole, il che fa sì che coloro che si sentono soli percepiscano sé stessi come diversi dai loro coetanei, peggiorando la loro condizione mentale e fisica.*

*La tecnologia, allora, corre in aiuto attraverso la robotica – come nei libri del Ciclo dei Robot di Asimov – specificatamente con i SAR Socially Assistive Robotics.*

*Questi si basano sull'intelligenza artificiale per generare comportamenti dei robot in tempo reale, ma soprattutto reattivi e naturali durante le relazioni con gli esseri umani.*

*La differenza con i classici robot è che questi servono a compiere lavori fisici, mentre i SAR sono progettati per supportare, motivare e stimolare le persone a svolgere i propri compiti.*

Le applicazioni sono più disparate, ad esempio nel supportare i bambini con spettro autistico nell'acquisizione e nella pratica di abilità sociali e cognitive o per motivare ed istruire i pazienti con ictus negli esercizi riabilitativi o per incoraggiare gli anziani ad essere più attivi fisicamente e socialmente.

L'ospedale San Martino di Genova ha già adottato quattro SAR per coadiuvare il personale sanitario nell'espletamento delle funzioni di controllo dei pazienti anziani, in quanto durante la degenza possono andare incontro ad un disturbo dell'attenzione che genera agitazione e può degenerare in stati di allucinazione.

Si può abbattere la barriera della solitudine ma occorre che vi siano investimenti mirati e corposi alla ricerca scientifica e che non ci siano campagne politiche – prive di fondamento, come spesso è accaduto in questi anni – che portino le persone a sviluppare la tecnofobia

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=121547](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121547)

**CORRIERE DELLA SERA**

## **Lombardia, il ritratto degli adolescenti: 6 su 10 si vedono grassi senza esserlo. Il 22% ha provato la cannabis**

**Sara Bettoni**

*Lo studio Hbsc condotto su 17 mila studenti. Il responsabile Celata: «Forte incidenza del contesto socio-economico, il tema della salute deve uscire da ospedali e ambulatori»*

*Sei adolescenti su dieci tra quelli che si ritengono grassi o comunque sovrappeso, in realtà non lo sono. L'11 per cento non mangia mai o quasi mai la frutta, il 37 per cento investe circa tre ore o più del proprio tempo sui social. E il contesto socio-economico incide quasi sempre a sfavore dei ragazzi che vivono in condizioni più disagiate. Tranne per l'abuso di alcol.*

*Dall'edizione 2022 dello studio Health Behaviour in School-aged Children ([a questo link l'indagine](#)) emerge un ritratto preciso dei teenager, che spazia dalle abitudini alimentari al rapporto con i genitori, dall'ansia generata dalla scuola al consumo di droghe.*

*Sotto la lente un campione considerevole: 17 mila studenti di 11, 13, 15 e 17 anni, che hanno risposto al questionario proposto loro a scuola. «È un protocollo internazionale replicato in 50 Paesi» spiega Corrado Celata, responsabile della ricerca per la Lombardia e direttore dell'Unità di promozione della salute della direzione generale Welfare in Regione.*

### **L'alimentazione e il rapporto con i genitori**

*Si parte dai rapporti con la famiglia. L'80,23% del campione può contare su una buona comunicazione con almeno uno dei genitori ed è sempre la madre, in ogni fascia d'età, a «conoscere» meglio il figlio.*

*A tavola, un terzo degli intervistati dice di non vedere mai o quasi mai legumi, ma circa la metà non passa neppure una giornata senza addentare un dolce. L'analisi tiene conto, in questo come negli altri capitoli, dell'incidenza del contesto socio-economico. «Si usa un parametro complesso — spiega ancora Celata — che considera il quartiere in cui abita il ragazzo, il titolo di studio dei genitori, la disponibilità di una camera propria...». Chi è inserito in un contesto meno ricco si ritrova con più facilità a bere bevande zuccherate, notoriamente poco salutari, salta più spesso la colazione e mangia meno frutta e verdura.*

## La salute degli adolescenti lombardi

### La qualità delle relazioni con i genitori (%)



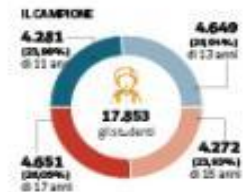
### Alimentazione (%)



### Alcol (% di 15enni)



Fonte: Studio Health Behaviour in School-aged Children 2022 - Regione Lombardia - Withub



### Meno sport

Dati in calo per quanto riguarda lo sport. Dal 2014 a oggi, diminuisce la quota di adolescenti che per almeno 4 giorni a settimana fa attività moderata o intensa. «Pesa la drastica riduzione di spazi per la socialità informale», secondo Celata. Col passaggio alle superiori e l'aumento del carico di studio, si dedicano meno ore ai corsi sportivi e si faticano a cogliere le occasioni «extra» per muoversi: andare a scuola a piedi, fare una passeggiata al pomeriggio.

### Alcol e droghe

L'abuso di alcol è l'unico comportamento a risentire all'inverso nel contesto sociale. Più lo status è alto, più è probabile che il giovane abbia fatto esperienza di binge drinking (44% dei 15enni in fascia «ricca»). Pesa, ovviamente, la disponibilità economica di potersi permettere superalcolici e drink. Per quanto riguarda le droghe, a 15 anni dichiara di aver usato cannabis il 21,87% del campione.

L'enorme mole di dati contribuisce a studiare i programmi di prevenzione regionali, ma non solo. «Il peso del contesto sociale — dice Celata — ci dice che il tema della salute deve uscire dagli ospedali e dagli ambulatori. E dobbiamo prestare attenzione anche agli insegnanti. Il corpo docente è estremamente motivato, ma anche frustrato. Dobbiamo pensare anche alla salute della scuola, oltre che a scuola».

[https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/24\\_aprile\\_12/lombardia-il-ritratto-degli-adolescenti-6-su-10-si-vedono-grassi-senza-esserlo-il-22-ha-provato-la-cannabis-910070dd-151f-4694-bca5-e2a8456dexlk.shtml](https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/24_aprile_12/lombardia-il-ritratto-degli-adolescenti-6-su-10-si-vedono-grassi-senza-esserlo-il-22-ha-provato-la-cannabis-910070dd-151f-4694-bca5-e2a8456dexlk.shtml)

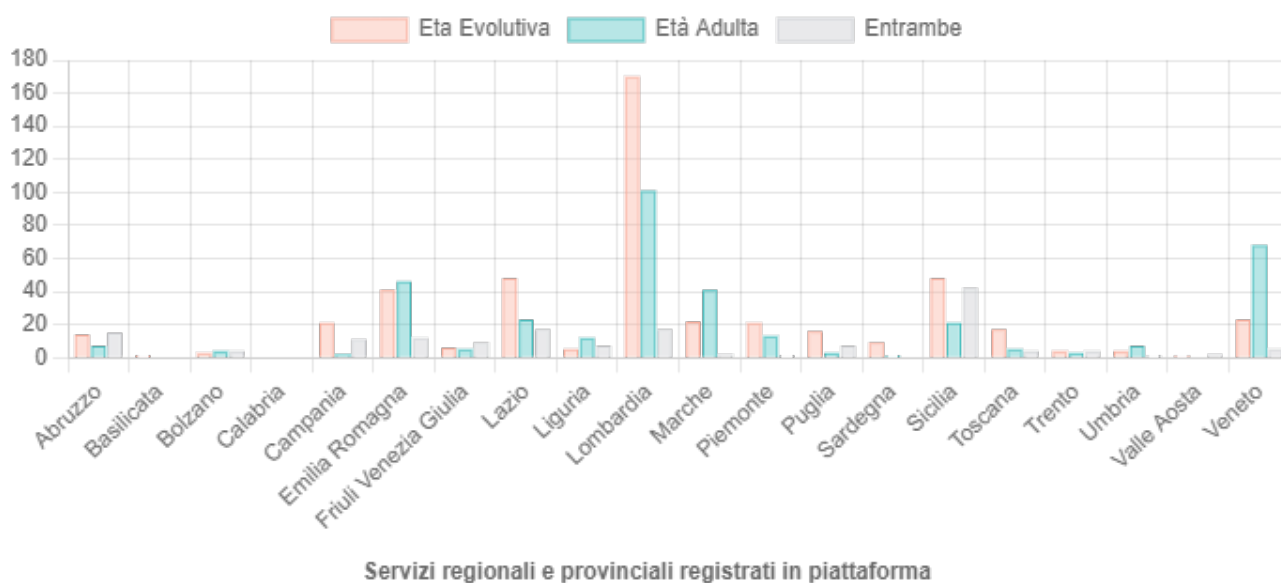


## Autismo. In Italia 78.826 utenti nei 1.214 centri per la diagnosi e la presa in carico

[La mappa](#) dei centri censiti dall'Osservatorio Nazionale Autismo mostra 555 servizi nell'ambito del Ssn e 614 in regime privato contrattualizzato/convenzionato con il Ssn. Il 54% dei centri si trova al Nord. In totale si contano 788.253 utenti, di cui 78.826 con diagnosi di autismo. Secondo i dati OssNA, un bambino italiano ogni 77 nella fascia di età 7-9 anni ha un disturbo dello spettro autistico (4,4 maschi ogni 1 femmina).

**02 APR** - A marzo 2024 sono 1.214 i centri censiti nella mappa dell'[Osservatorio Nazionale Autismo \(OssNA\)](#) dell'Istituto superiore di Sanità (Iss) sui servizi regionali e provinciali per la diagnosi e presa in carico delle persone con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) e altri Disturbi del Neurosviluppo (DNS). Di questi, 649 (54%) si trova al Nord, 258 (21%) al Centro e 297 (24%) al Sud e Isole. I dati sono stati pubblicati oggi in occasione della Giornata mondiale della Consapevolezza sull'Autismo.

La distribuzione dei Centri nelle Regioni e Province Autonome conta 43 centri in Abruzzo, 2 in Basilicata, 13 a Bolzano, 8 in Calabria, 58 in Campania, 110 in Emilia-Romagna, 26 in Friuli-Venezia Giulia, 118 nel Lazio, 41 in Liguria, 304 in Lombardia, 77 nelle Marche, 40 in Piemonte, 40 in Puglia, 13 in Sardegna, 133 in Sicilia, 30 in Toscana, 12 a Trento, 33 in Umbria, 5 in Valle d'Aosta e 108 in Veneto



Relativamente alla tipologia, si tratta di:

- 393 servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)
- 304 servizi di riabilitazione per l'età evolutiva - privati contrattualizzati/convenzionati con il Ssn
- 294 Servizi dedicati a persone adulte con disabilità
- 107 Dipartimenti di Salute Mentale/Unità Operativa di Psichiatria
- 82 Servizi di riabilitazione per l'età adulta - privati contrattualizzati/convenzionati con il Ssn
- 8 Servizi psicologici

Tra i servizi censiti, 555 operano nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale (Ssn) e 614 in regime privato contrattualizzato/convenzionato con il Ssn. Relativamente all'utenza, 782 centri offrono prestazioni per l'età evolutiva e 648 per l'età adulta. La maggioranza dei centri eroga servizi sia di diagnosi che di riabilitazione/presa in carico.

**Ad oggi, gli stessi centri indicano un totale di 788.253 utenti, di cui 78.826 con diagnosi di autismo.** I dati dell'OssNA attestano che un bambino italiano ogni 77 (nella fascia di età 7-9 anni) ha un disturbo dello spettro autistico con una prevalenza maggiore nei maschi (4,4 maschi ogni 1 femmina).

**Sono più di 28.000 i professionisti, strutturati e non strutturati (con esclusione delle forme volontarie), che operano nei servizi per le attività cliniche, con circa 16.550 professionisti dedicati alle attività inerenti ai disturbi dello spettro autistico**



**Nei centri dell'età evolutiva, i professionisti identificati sono** logopedisti (17%), psicologi (17%), terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (14%), educatori professionali (14%), neuropsichiatri infantili (11%), fisioterapisti (6,7%), assistenti sociali (4,2%), infermieri (4,1%), terapisti della riabilitazione psichiatrica (1,4%), fisiatri (1%), neurologi (0,8%), psichiatri (0,6%) e pediatri (0,2%). Il restante 8% circa include altre professioni.

**Nei centri dell'età adulta, i professionisti identificati sono** educatori professionali (21%), psicologi (13%), infermieri (8%), logopedisti (8%), terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (7%), fisioterapisti (5,6%), assistenti sociali (4%), psichiatri (3,2%), neuropsichiatri infantili (3%), neurologi (1,2%), terapisti della riabilitazione psichiatrica (1,4%), fisiatri (1,2%), e pediatri (0,2%). Il restante 24% circa include altre professioni.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121301](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121301)

# Il Pronto Intervento Sociale

Franco Pesaresi, | 22 gennaio 2024

*Questo articolo è il terzo di una serie di schede sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I precedenti articoli erano relativi ai LEPS del "Percorso assistenziale integrato" [note] Articolo diviso in due parti: [Parte I](#) e [Parte II](#) [/note] e delle "Dimissioni protette".*

*Si tratta di schede che hanno l'obiettivo di fornire il quadro normativo di riferimento di ogni singolo LEPS con un taglio di tipo illustrativo-didattico per fornire un utile strumento agli operatori che dovranno realizzarli. Le informazioni che sono fornite derivano tutte da atti normativi (non sempre omogenei) citati in bibliografia mentre le valutazioni sono ridotte al minimo e funzionali allo sviluppo delle schede. In una seconda fase varrà la pena di tornare sull'argomento per valutarne la completezza e lo stato di applicazione.*

## Introduzione

La legge di Bilancio 2022 ha avviato la stagione della realizzazione dei Livelli essenziali delle prestazioni che in campo sociale non sono stati ancora completamente individuati (mentre in campo sanitario sono stati identificati sin dal 2001).

I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità. I Livelli essenziali sono previsti dall'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, il quale, nel quadro delle competenze, attribuisce allo Stato l'esercizio della potestà legislativa esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale.

La Legge di Bilancio 2022 (art.1 comma 160) chiarisce che gli ambiti territoriali sociali (ATS) sono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS nonché a garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio.

In attesa che tutti i LEPS vengano individuati, la Legge di Bilancio 2022, in sede di prima applicazione, individua sei LEPS che sono definiti come prioritari, fra cui anche il Pronto intervento sociale, che sono quindi da attivare subito a cura degli Ambiti territoriali sociali italiani.

## Servizio di Pronto intervento sociale

### Descrizione sintetica del LEPS

Il servizio di Pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari si attiva in caso di emergenze ed urgenze sociali, circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente, producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, che la persona deve affrontare e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato. Il pronto intervento sociale viene assicurato 24h/24 per 365 giorni l'anno.

In relazione alle caratteristiche territoriali e di organizzazione dei servizi, può essere attivato come uno specifico servizio attivato negli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali oppure come intervento specialistico sempre attivo. Nel primo caso, il pronto intervento sociale nei soli orari di apertura degli uffici pubblici viene assicurato direttamente dai servizi territoriali degli Ambiti sociali/Comuni. Il pronto intervento sociale si rapporta con gli altri servizi sociali ai fini della presa in carico, laddove necessaria.

### Obiettivi

Gli obiettivi del Pronto intervento sociale sono:

- garantire una risposta tempestiva alle persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza per quello che concerne problematiche a rilevanza sociale anche durante gli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali, 24h/24 e 365 all'anno;
- realizzare una prima lettura del bisogno rilevato nella situazione di emergenza ed attivare gli interventi indifferibili ed urgenti;
- inviare/segnalare ai servizi competenti tutte le informazioni per l'eventuale presa in carico dell'utenza;
- promuovere una logica preventiva svolgendo un'azione di impulso alla costruzione e lettura attenta e partecipata di mappe di vulnerabilità sociale di un determinato territorio, nonché alla raccolta di dati sul bisogno sociale anche in funzione di azioni di analisi organizzativa dei servizi e delle risorse;
- promuovere protocolli con le Forze dell'ordine, il servizio sanitario e il privato sociale per garantire da parte del territorio strumenti di analisi per il riconoscimento delle situazioni di emergenza, risorse e servizi per garantire gli interventi (ad esempio la pronta accoglienza di minori e minori stranieri non accompagnati e condizionata alle convenzioni con strutture di questo tipo nel territorio).

#### **Destinatari**

Il Servizio di pronto intervento sociale di norma svolge la propria funzione rispetto ad una pluralità di target (minori, vittime di violenza, vittime di tratta, persone non autosufficienti, adulti in difficoltà, ecc.).

Nell'ambito di questi, deve sempre essere garantita, con modalità organizzative definite a livello territoriale, la risposta in emergenza anche ai seguenti bisogni:

- situazioni di grave povertà/povertà estrema che costituiscano grave rischio per la tutela e l'incolumità psico-fisica della persona;
- situazioni di abbandono o grave emarginazione con rischio per l'incolumità della persona e/o di grave rischio per la salute socio-relazionale, in assenza di reti familiari e sociali.

#### **Modalità di accesso per i destinatari**

A seguito della segnalazione, il servizio effettua una prima valutazione professionale e fornisce assistenza immediata, necessaria e appropriata alla persona, documentando ogni azione svolta e predisponendo un progetto d'aiuto urgente, che deve essere tracciato nel sistema informativo sociale in uso nel territorio.

In relazione ai bisogni ed alle caratteristiche territoriali il servizio potrà essere ad accesso pubblico (numero verde, email, ecc.) oppure attivabile dai servizi pubblici e privati e/o dalle Forze dell'ordine sulla base di accordi e modalità operative individuati a livello territoriale.

#### **Funzioni svolte**

Sulla base della tipologia di bisogno rilevato e dell'esito del pronto intervento, il servizio attiva la risposta appropriata e/o segnala la situazione e trasmette la documentazione relativa agli interventi svolti in regime di emergenza e urgenza al servizio sociale competente, e/o attiva i servizi partner per la risposta ai bisogni segnalati, in modo tempestivo per garantire l'efficacia dell'intervento e la continuità della presa in carico.

L'intervento deve quindi garantire le seguenti funzioni:

- il ricevimento delle segnalazioni nelle modalità concordate a livello territoriale (per esempio direttamente dalle persone in condizioni di bisogno, da altri cittadini, dai servizi pubblici e privati che hanno sottoscritto uno specifico accordo, ecc.);
- risposta urgente ai bisogni di accoglienza per periodi brevi in attesa dell'accesso ai servizi ordinari;
- attivazione di attività di aggancio, ascolto e lettura del bisogno attraverso: operatori del servizio, intervento delle Unità di strada (UDS), centrale operativa, ecc.;
- prima valutazione del bisogno, avvio dell'intervento, documentazione dell'intervento e segnalazione ai servizi competenti.

#### **Modalità operative**

Il Servizio di Pronto intervento sociale viene gestito da una Centrale operativa dedicata e specifica, attiva 24h/24 365 gg/anno, che garantisce:

- l'attivazione in emergenza di risposte ai bisogni indifferibili ed urgenti, anche attraverso la fornitura di beni di prima necessità e l'inserimento per periodi brevi in posti di accoglienza dedicati, in attesa dell'accesso ai servizi;
- l'attivazione di attività di aggancio, ascolto e lettura del bisogno attraverso operatori del servizio e/o intervento delle

#### Unità di strada (UDS);

- una prima valutazione del bisogno, documentazione dell'intervento e segnalazione ai servizi.

Essa interviene gestendo telefonicamente la situazione di urgenza preoccupandosi di attivare, qualora la chiamata lo richieda, una valutazione professionale immediata, che in relazione all'organizzazione del Servizio, può essere svolta dall'Assistente Sociale reperibile che si reca presso il luogo in cui si è verificata l'emergenza (uffici delle Forze dell'Ordine del territorio, Ospedale, ecc.) oppure altre figure individuate (UDS, ecc.). Tale nucleo professionale svolge un'istruttoria tecnica qualificata e, ove necessario, provvede all'immediata protezione della persona in stato di bisogno, redigendo un documento di sintesi dell'intervento effettuato da inviare ai servizi competenti. In relazione alla dimensione territoriale e ai modelli organizzativi adottati, la copertura h24 del servizio può avvenire attraverso un servizio dedicato che si attiva negli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali, oppure come intervento specialistico sempre attivo. Nel primo caso, nei relativi orari di apertura i servizi territoriali svolgono anche la funzione di pronto intervento sociale.

Gli specifici interventi in emergenza attivabili a favore delle persone senza dimora o in situazione di grave marginalità devono essere disponibili almeno nei comuni con più di 50.000 abitanti (e nei capoluoghi di provincia).

Il servizio per sua natura opera in maniera integrata con tutti i servizi territoriali ed in particolare:

- Servizi sociali;
- Servizi sanitari (ospedali, CSM, SERT);
- Forze dell'ordine;
- Enti del Terzo settore (strutture di accoglienza, ecc.);
- Centri Antiviolenza.

#### Costi per i destinatari

Il Servizio è gratuito.

#### Finanziamenti

Il rafforzamento dei servizi di Pronto intervento sociale è finanziato con 22,5 milioni annui dalla Quota servizi del fondo povertà, di cui 2,5 milioni di euro a valere sulla componente relativa agli interventi e servizi in favore di persone in povertà estrema e senza dimora, e con ulteriori 90 milioni complessivi dal fondo React EU (che finanziano anche i servizi per la residenza fittizia), disponibili nell'arco temporale 2020-2023.

Ulteriori risorse verranno rese disponibili a valere sulla programmazione 2021-2027 del PON Inclusion e del POC Inclusion (Ministero Lavoro, 2021).

#### Bibliografia

- Legge 30 dicembre 2021 , n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.
- [Pesaresi F., Livelli sociali essenziali e prima infanzia nella legge di bilancio 2022. 14/1/2022.](#)
- [Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023. 2021.](#)



# Per non dimenticare. Le RSA nella pandemia

Fabrizio Giunco, Franco Pesaresi, Sergio Pasquinelli, | 19 marzo 2024

*A quattro anni dal primo lockdown, e nella quarta giornata nazionale per le vittime del Covid, ci occupiamo delle residenze per anziani ritornando a quel periodo terribile che ha segnato le vite, e le morti, di migliaia di anziani ricoverati. Lo facciamo aiutati dal libro di Costanzo Ranci "Cronaca di una strage nascosta. La pandemia nelle case di riposo" (Mimesis Edizioni, 2023). Un testo che ricostruisce quanto è successo come nessuno prima aveva fatto, ma anche un testo scomodo, perché ci riporta a un periodo che molti, un po' frettolosamente, considerano acqua passata. Ancora poco abbiamo metabolizzato, riflettuto, elaborato quanto è successo, tirando dritto e un po', forse, voltandoci dall'altra parte. Il libro invece, e l'autore intervenuto [qui](#) su Welforum, ci riconducono a verità ormai certificate e ci chiedono che cosa abbiamo imparato. E se hanno imparato qualcosa le residenze per anziani nel nostro paese (un mondo variegato quanto a organizzazione e regole di funzionamento), e più in generale il welfare per la terza età.*

*TemI che vengono qui trattati da due esperti del settore: **Fabrizio Giunco**, direttore del Dipartimento Cronicità della Fondazione Don Carlo Gnocchi di Milano, e **Franco Pesaresi**, direttore generale dell'Azienda servizi alla persona «Ambito 9» di Jesi in provincia di Ancona. Ad essi si aggiunge l'intervento di **Sergio Pasquinelli**, condirettore di Welforum.*

## Fabrizio Giunco

Chi scrive ha avuto difficoltà a ritornare con la mente ai mesi descritti dal libro dell'amico Costanzo Ranci. È una percezione comune a chi ha vissuto in prima linea quell'esperienza. Mesi e mesi umanamente e professionalmente devastanti, h24 e 7/7; il contatto con il dolore puro, delle persone, dei familiari, degli operatori; poche ore a casa con il timore di infettare i propri familiari e quindi vite separate e distanze difficili; strade spettrali e prive di vita. Difficile ripensarci ma va fatto, lo si deve a molti.

Il libro affronta un tema così delicato con competenza ed equilibrio, senza ricercare capri espiatori ma documentando puntualmente incertezze e carenze, istituzionali e di sistema. Nessuna facile ricetta ma un obiettivo su cui non può che esserci assoluta condivisione: **il sistema dei servizi residenziali deve essere radicalmente riformato. La pandemia avrebbe potuto essere l'occasione giusta, ma di quell'esperienza non sembra rimasto nulla.** Non si è fatto tesoro, ad esempio, delle conseguenze della frammentazione e debolezza dei sistemi territoriali e degli scarsi o assenti collegamenti con quello ospedaliero. Sarebbe stata necessaria continuità, sono state introdotte e rafforzate le separazioni. Si rischia anche di perdere l'occasione di una riforma indispensabile come quella sulla non autosufficienza. Date queste premesse, mi permetto di aggiungere solo alcune annotazioni, per andare anche oltre le già puntuali osservazioni del testo.

Molte analisi italiane (incluse le indagini giudiziarie) si sono concentrate sui primi due mesi della pandemia. **È probabilmente tempo di analizzarne invece l'intero sviluppo**, anche per comprendere meglio i meccanismi di una graduale e collettiva assuefazione. Al 12 marzo 2024 i casi registrati nel mondo sono stati circa 700 milioni con 7 milioni di morti complessivi; in Italia 25,6 mln di casi e 188.000 morti. I cluster si sono distribuiti geograficamente e nel tempo secondo logiche modelli di diffusione non ancora del tutto chiari. In ogni caso, anche in Italia, il maggior numero di decessi non è stato registrato a marzo-aprile 2020 ma nelle ondate successive (novembre 2020-maggio 2021; primo semestre 2022) ([Worldometers](#); [Johns Hopkins University ABCGIS](#)). L'Osservatorio settoriale sulle RSA della LIUC, che analizza dal 2011 i dati di attività di 354 RSA lombarde e di 39.124 posti letto, riporta nel 2020 un tasso di mortalità del 34,2%; nel 2021 e 2022 la mortalità è però rientrata nella media abituale degli anni precedenti (20-21%). In altre parole, sembrerebbe che gran parte dell'eccesso di mortalità nel 2021 e 2022 non sia ascrivibile alle RSA. L'Osservatorio Long-Term Care della Bocconi riporta, citando dati del Ministero della Salute, che a dicembre 2020 quasi l'80% dei deceduti in ospedale positivi al SARS-CoV-2 COVID provenisse da casa o da altri ospedali e solo un quinto delle RSA ([Terzo Rapporto Osservatorio Long Term Care](#), 2021). Detto in altre parole, è sicuro che le RSA abbiano pagato un caro prezzo nelle primissime fasi della pandemia, ma dovremmo cominciare anche a documentare cosa sia accaduto dopo, soprattutto negli ospedali e nei sistemi di urgenza e di cure primarie.

**Personalmente sarei cauto nel confrontare i dati di mortalità fra strutture di paesi diversi**, condizionati dalla diversa fase della diffusione epidemica e dalla tipologia delle strutture e delle popolazioni accolte. Un esempio fra i molti



possibili. L'apparente ridotto tasso di mortalità nelle case di riposo danesi sembra calcolato su 44.000 posti letto. La Danimarca, però, ha solo 8.000 posti letto di *Nursing Homes*/RSA; gli altri appartengono al vasto mondo dell'housing sociale, con popolazioni più giovani, robuste e autonome di quelle delle RSA lombarde o venete. La Danimarca sembra aver avuto anche problemi a identificare i decessi COVID. Nel 2022 la rivista scientifica [Lancet](#) ha analizzato il possibile scostamento fra le casistiche ufficiali e il numero reale di decessi COVID in 191 paesi. In Italia il rapporto fra le due variabili è stato di 1.89, simile a quello di altri paesi europei, oltre che di USA e Canada; in Danimarca di 3.18. Resta quindi molto da capire ma un dato ricorre. L'Italia ha dimostrato molte carenze nella qualità e completezza dei dati raccolti. Difficile comprendere i fenomeni e pianificare soluzioni se non si affronta con decisione questa realtà.

Un'ultima osservazione ha a che vedere con la variabile tempo. Fino alla fine di gennaio 2020 si aveva informazione di una nuova malattia in Cina. Il primo caso in Europa (Finlandia) risale al 29/1/2020; i primi cluster italiani (Codogno, Vo' Euganeo, Bergamo) al 21/2. L'OMS ha dichiarato lo stato pandemico solo l'11/3. Praticamente, soprattutto in Lombardia e Veneto, **le strutture residenziali hanno vissuto in un solo mese l'avvicinamento di qualcosa di incerto** in assenza di puntuali informazioni istituzionali. Nelle città la vita continuava come al solito e per settimane nelle RSA sono entrati familiari e operatori che in alcuni territori erano probabilmente già entrati in contatto con il virus. Le prime segnalazioni istituzionali raccomandavano inoltre di prestare attenzione a persone con sintomi respiratori e di procedere come abituale per le infezioni a possibile trasmissione aerea (conferma diagnostica, isolamento, terapie).

Non è servito molto tempo per capire come il SARS-CoV-2 avesse caratteristiche affatto originali e meritasse ben altre strategie. Le prime conferme di letteratura sul ruolo degli asintomatici risalgono però al secondo trimestre 2020, determinando un radicale cambiamento delle strategie di contenimento, dall'attesa dei sintomi alla mappatura sistematica delle popolazioni. Ora, date queste premesse, è ragionevole pensare che strutture elettivamente sociali come le RSA potessero trasformarsi in meno di un mese in ospedali per acuti o in centri infettivologici di alto livello? E con quali informazioni? Personalmente, più che la disorganizzazione, **sottolineerei il fatto che queste strutture - progettate per altro - abbiano dovuto imparare in poche settimane un nuovo mestiere**, da sole e in pressoché totale autonomia. Le risposte sono poi migliorate, ma nulla poteva essere implementato in un tempo così ristretto, basandosi su conoscenze rivelatesi poi incomplete se non fuorvianti.

Concludendo, resta comunque evidente come **le strutture residenziali per anziani debbano essere radicalmente ripensate**. Anche per gli insegnamenti della pandemia, deve essere combattuta l'indifferenza e la sottovalutazione dei bisogni che devono fronteggiare. Richiedono competenze elevate e risorse umane, professionali e economiche proporzionate alla complessità delle condizioni che affrontano, sia per gli aspetti clinici e assistenziali che per quelli etici e esistenziali. I modelli di accreditamento e di tariffazione attuali sono frutto di altri tempi, come quelli costruttivi e formativi. La pandemia lo ha reso evidente oltre ogni misura. Faccio quindi semplicemente mie le ultime righe della prefazione di Ranci: *"È da una buona e seria ricostruzione del passato che possiamo imparare come affrontare il futuro, almeno quello che è prevedibile"*.

**Franco Pesaresi**

Cosa ci ha lasciato la pandemia? È cambiato qualcosa nei presidi residenziali per anziani dopo di essa? L'occasione per rifletterci ci viene dal recente libro di Costanzo Ranci. Il testo ripercorre con grande accuratezza quello che è accaduto nelle strutture per anziani durante la pandemia: l'impreparazione, la confusione, lo sconforto, le tante morti registrate nelle strutture. Si tratta di un lavoro preziosissimo che ci ricorda ciò che è accaduto con una osservazione più scientifica e rigorosa che non si può avere quando la si vive come attualità con lo scopo evidente di evitare che si ripeta la stessa situazione e che si giunga preparati ad eventuali eventi futuri.

Quello che è successo nelle strutture residenziali per anziani è stato devastante ma il dato comparato con gli altri paesi, che ci colloca tra i paesi che hanno avuto il tasso di mortalità nelle strutture per anziani fra i più alti in Europa, va letto alla luce di alcuni importanti elementi. Innanzitutto, occorre rammentare che l'Italia si colloca fra i paesi del mondo con il più alto tasso generale di mortalità per Covid per ragioni ancora da scoprire che ovviamente si è riverberato anche sulle strutture residenziali. Occorre inoltre tener conto che le strutture per anziani italiane rispetto a quelle degli altri paesi accoglie un basso numero di anziani mediamente più fragili. Alcuni studi hanno rilevato questa maggior fragilità degli anziani italiani collocati nelle strutture residenziali ma che banalmente può essere spiegata anche con il basso numero di posti letto disponibili che gioco forza finiscono per essere occupati dai casi più vulnerabili. Infine non bisogna dimenticare che la stima della media internazionale delle morti in casa di riposo rispetto al totale - citata opportunamente da Costanzo Ranci - è del 30-40%. La stessa delle strutture residenziali per anziani italiane. Pensiamo, per esempio, che tali percentuali sono state per esempio del 60% in Spagna e del 50% in Francia. Nella sostanza quello che è accaduto in Italia è stato assai grave ma non è molto diverso, su base nazionale, da quello che è accaduto in Europa. Poi c'è da dire che ci sono state aree del territorio nazionale che però

sono state colpite in modo molto più significativo.

In sostanza, abbiamo la conferma di un luogo - i presidi residenziali per anziani - dove si concentra la fragilità e che ha bisogno pertanto di una protezione maggiore degli altri settori.

Il direttore dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus, proprio lo scorso febbraio, ha dichiarato che "la storia ci insegna che la prossima pandemia sarà solo una questione di quando, non di se arriverà. 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" (QS, 2024).

Per questo, decisiva è la domanda se gli anni della pandemia, le migliaia di morti, le conseguenze sull'economia ci hanno insegnato qualcosa. Dopo questa pandemia, il settore che ha sofferto di più - quello delle strutture residenziali per anziani - è pronto ad affrontare una possibile minaccia per la salute? Per esempio, l'OMS Europa già durante la pandemia aveva raccomandato una serie di azioni indispensabili ed urgenti per i servizi di long-term care per far fronte alla situazione pandemica, urgenti nell'infuriare del Covid-19 ma diverse di quelle indicazioni sono utilissime per essere in grado di far fronte alle eventuali future situazioni difficili[*note*]

#### **10 obiettivi politici per prevenire e gestire la pandemia COVID-19 nei servizi di LTC**

1. Dare priorità al mantenimento dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19 attraverso un efficace meccanismo di governance.
2. Rendere disponibili fondi aggiuntivi per il sistema di LTC per rispondere efficacemente alla pandemia COVID-19.
3. Garantire che le procedure e gli standard sulla prevenzione e il controllo delle infezioni siano implementati nei servizi di LTC per prevenire e gestire in sicurezza i casi COVID-19.
4. Attuare misure di sicurezza che riconoscano i vantaggi reciproci di sicurezza delle persone che ricevono e che forniscono i servizi di LTC.
5. Dare priorità ai test, tracciare e monitorare la diffusione dell'infezione COVID-19 tra le persone che ricevono e forniscono i servizi di LTC.
6. Prepararsi a mettere in campo la capacità operativa massima per assicurare il personale e le risorse per la fornitura dei servizi di LTC necessari a far fronte alla pandemia COVID-19.
7. Ampliare il supporto per i caregiver familiari durante la pandemia COVID-19.
8. Coordinare i diversi servizi per garantire la continuità dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19.
9. Garantire l'accesso ad adeguati servizi di cure palliative durante la pandemia COVID-19.
10. Dare priorità al benessere delle persone che ricevono e forniscono i servizi di LTC durante e dopo la pandemia COVID-19 (OMS, 2020). [*note*].

Dunque torniamo al quesito iniziale; è cambiato qualcosa dopo il Covid nelle strutture residenziali per anziani? Purtroppo dovrei rispondere di no. Non è cambiato molto nelle strutture residenziali anche a causa di una serie di criticità finanziarie che ha coinvolto il settore dopo la pandemia.

Il libro di Costanzo Ranci serve a darci la sveglia. Serve a rammentare quello che è stato e serve anche a identificare - soprattutto nella parte finale del libro - quelle azioni che le lezioni apprese in questa tragica esperienza rendono necessarie.

#### **Sergio Pasquinelli**

Mi sento personalmente coinvolto dal libro di Costanzo Ranci, avendo perso mia madre nell'aprile del 2020 per Covid, in una RSA milanese, dopo oltre due anni di ricovero. La primavera di quell'anno ce la ricordiamo tutti, ma un po' tutti abbiamo cercato di buttarcela alle spalle, in un grande processo di rimozione collettiva.

La ricostruzione che il libro propone è la prima e unica per meticolosità dei dati e delle date che hanno scandito i processi decisionali, le esitazioni iniziali, le decisioni tardive (ricordo ancora quando il personale ci diceva, a noi parenti, di non indossare le mascherine per non spaventare gli ospiti!). È evidente che le case di riposo non erano attrezzate ad affrontare una pandemia, ma non lo era nessuno di noi. Possiamo oggi dire che cosa si poteva fare di meglio e di diverso? Probabilmente sì, col senno di poi. Interessante è la **ricostruzione che viene fatta, nel libro, riportandoci al ruolo delle case di riposo**: il loro posto nella nostra società, nel nostro sistema di welfare, nelle nostre reti di cura. E come non condividere la conclusione a cui giunge l'autore: "È l'oblio istituzionale e pubblico in cui esse versano ad aver contribuito in modo sostanziale alla strage, che è stata così ampia proprio perché invisibile, non combattuta efficacemente e soprattutto non tracciata durante il suo svolgimento" (pag. 162).

Stando agli interventi che mi hanno preceduto, **un oblio che non è terminato, e le lezioni della pandemia hanno**

**modificato poco o nulla.** Lo stesso decreto legislativo in attuazione della legge delega di riforma dei servizi per la non autosufficienza (l. 33/2023) dedica un'attenzione marginale alle strutture residenziali, senza dare indicazioni concrete e rinviando ad un atto successivo, tutto da definire.

Le Case di riposo, le Rsa, nell'immaginario collettivo sono ancora considerate "istituzioni totali" — per dirla con Erving Goffman — sistemi chiusi, iper-regolati, avulsi dai contesti in cui sono collocate. Gestite spesso come piccoli ospedali, come sistemi autocentrati, godono di una considerazione pubblica marginale, se ne parla più per i problemi che sollevano che quelli che risolvono, e la pandemia non ha certo aiutato.

**E invece il loro futuro sta proprio nell'apertura,** nella loro capacità di diventare centri multiservizi, per i non autosufficienti di oggi e di domani, che continueranno a crescere. Il loro futuro si gioca nella capacità di uscire e mettere a disposizione dei territori risorse e competenze, di offrire servizi che non sono solo quelli della degenza, ma che si estendono all'assistenza a casa e, nelle sue diverse diramazioni, sul territorio. Nell'assistenza agli anziani, ai loro caregiver familiari, alle badanti quando ci sono, alle comunità locali, quando sanno attivarsi.

È quanto già emergeva ne "Il Punto" di Welforum intitolato "[Le residenze dopo la pandemia](#)" uscito nel settembre di due anni fa. Occorre "spacchettare" le Rsa per tipologia di bisogni, di fabbisogni assistenziali, e moltiplicare, diversificare le possibilità di accoglienza in centri di dimensione variabile. Le Case di riposo accolgono gradi diversi di autosufficienza e fragilità, tra cui ospiti che hanno residue facoltà di autonomia a cui gioverebbe molto stare dentro realtà più contenute, come le **comunità residenziali, gli alloggi protetti, il cohousing, insomma le esperienze di "abitare leggero"**. Soluzioni in cui l'anziano non si trova più "a casa propria" ma non ancora in un luogo prevalentemente assistenziale. Certo, così vengono meno le economie di scala dei grandi centri, ma se ne possono trovare altre con un'adeguata organizzazione, uso delle tecnologie, lavoro di rete tra unità d'offerta diverse. Le esperienze di "Rsa aperta", pur con le luci e le ombre che le caratterizzano, indicano una via possibile.

Negli ultimi anni normative nazionali diverse hanno iniziato, [pur confusamente](#), a dedicare attenzione a queste soluzioni. Anche il recente, e deludente, decreto attuativo della legge delega sulla non autosufficienza dedica alcuni articoli al cohousing, ma senza l'ombra di uno stanziamento. Nel loro complesso, le ricadute concrete di queste diverse normative sono ancora di là da venire.

**Post Scriptum.** Nel maggio del 2020 il secondo governo Conte varò il cosiddetto "Decreto Rilancio" con l'obiettivo far crescere la sanità di territorio, la grande imputata in quei mesi. Il provvedimento investì 3,2 miliardi di euro per l'assistenza domiciliare, la rete territoriale dei servizi, le Unità speciali di continuità assistenziale (Usca), e poi il monitoraggio domiciliare, nonché l'aumento degli infermieri di comunità. Qualcuno ha visto gli effetti di questi stanziamenti?

*Lo studio sulla "strage nascosta" considera la pandemia come uno stress test per le RSA, un evento traumatico che ha consentito di evidenziare i punti di forza e di debolezza del sistema. È su questi aspetti che Costanzo Ranci [interviene nel suo nuovo articolo](#) per puntualizzare alcuni aspetti a valle dei commenti qui riportati.*

## Bibliografia

Pesaresi F., "[Le idee guida dell'OMS sul COVID-19 nei servizi di LTC](#)". *I Luoghi della cura*, 16/1/2020.

Quotidiano Sanità, OMS avverte: "[L'arrivo di una nuova pandemia è solo una questione di quando, non di se](#)". 20/2/2024.

Ranci C., *Cronaca di una strage nascosta*, Mimesis Edizioni, Milano, 2023.

WHO Regional Office for Europe (2020), *Strengthening the health system response to COVID-19: preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region*, May 29, Copenhagen, WHO.



### **SCHEMA DI DISEGNO DI LEGGE RECANTE DISPOSIZIONI E DELEGA AL GOVERNO IN MATERIA DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE**

#### **CAPO I – PRINCIPI E FINALITÀ**

##### **ART. 1**

###### **(Finalità e ambito di applicazione)**

1. La presente legge reca principi in materia di ricerca, sperimentazione, sviluppo, adozione e applicazione di sistemi e modelli di intelligenza artificiale. Promuove un utilizzo corretto, trasparente e responsabile, in una dimensione antropocentrica, dell'intelligenza artificiale, volto a coglierne le opportunità. Garantisce la vigilanza sui rischi economici e sociali e sull'impatto sui diritti fondamentali dell'intelligenza artificiale.
2. Le disposizioni della presente legge si interpretano e si applicano conformemente al diritto dell'Unione europea.

##### **ART. 2**

###### **(Definizioni)**

1. Ai fini della presente legge, si intendono per:
  - a) sistema di intelligenza artificiale: un sistema automatizzato progettato per funzionare con livelli di autonomia variabili e che può presentare adattabilità dopo la diffusione e che, per obiettivi espliciti o impliciti, deduce dall'input che riceve come generare output quali previsioni, contenuti, raccomandazioni o decisioni che possono influenzare ambienti fisici o virtuali;
  - b) dato: qualsiasi rappresentazione digitale di atti, fatti o informazioni e qualsiasi raccolta di tali atti, fatti o informazioni, anche sotto forma di registrazione sonora, visiva o audiovisiva;
  - c) modelli di intelligenza artificiale: modelli che identificano strutture ricorrenti attraverso l'uso di collezioni di dati, che hanno la capacità di svolgere un'ampia gamma di compiti distinti e che possono essere integrati in una varietà di sistemi o applicazioni.

##### **ART. 3**

###### **(Principi generali)**

1. La ricerca, la sperimentazione, lo sviluppo, l'adozione, l'applicazione e l'utilizzo di sistemi e modelli di intelligenza artificiale avvengono nel rispetto dei diritti fondamentali e delle libertà previste dalla Costituzione, del diritto dell'Unione Europea e dei principi di trasparenza, proporzionalità, sicurezza, protezione dei dati personali, riservatezza, accuratezza, non discriminazione, parità dei sessi e sostenibilità.
2. Lo sviluppo di sistemi e di modelli di intelligenza artificiale avviene su dati e tramite processi di cui deve essere garantita e vigilata la correttezza, l'attendibilità, la sicurezza, la qualità, l'appropriatezza e la trasparenza, secondo il principio di proporzionalità in relazione ai settori nei quali sono utilizzati.
3. I sistemi e i modelli di intelligenza artificiale devono essere sviluppati ed applicati nel rispetto della autonomia e del potere decisionale dell'uomo, della prevenzione del danno, della conoscibilità, della spiegabilità e dei principi di cui al comma 1.
4. L'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale non deve pregiudicare lo svolgimento con metodo democratico della vita istituzionale e politica.
5. Al fine di garantire il rispetto dei diritti e dei principi di cui al presente articolo deve essere assicurata, quale condizione essenziale, la cybersicurezza lungo tutto il ciclo di vita dei sistemi e dei modelli di intelligenza artificiale, secondo un approccio proporzionale e basato sul rischio, nonché l'adozione di specifici controlli di sicurezza, anche al fine di assicurarne la resilienza contro tentativi di alterarne l'utilizzo, il comportamento previsto, le prestazioni o le impostazioni di sicurezza.
6. La presente legge garantisce alle persone con disabilità il pieno accesso ai sistemi di intelligenza artificiale e alle relative funzionalità o estensioni, su base di uguaglianza e senza alcuna forma di discriminazione e di pregiudizio, in conformità alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con

disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18.

#### **ART. 4**

##### **Principi in materia di informazione e di riservatezza dei dati personali**

1. L'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale nell'informazione avviene senza pregiudizio alla libertà e al pluralismo dei mezzi di comunicazione, alla libertà di espressione, all'obiettività, completezza, imparzialità e lealtà dell'informazione.
2. L'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale garantisce il trattamento lecito, corretto e trasparente dei dati personali e la compatibilità con le finalità per le quali sono stati raccolti, in conformità col diritto dell'Unione europea in materia di dati personali e di tutela della riservatezza.
3. Le informazioni e le comunicazioni relative al trattamento dei dati connesse all'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale avvengono con linguaggio chiaro e semplice, in modo da garantire all'utente la piena conoscibilità e la facoltà di opporsi ai trattamenti non corretti dei propri dati personali.
4. L'accesso alle tecnologie di intelligenza artificiale dei minori di anni quattordici richiede il consenso di chi esercita la responsabilità genitoriale. Il minore degli anni diciotto, che abbia compiuto quattordici anni, può esprimere il proprio consenso per il trattamento dei dati personali connessi all'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale, purché le informazioni e le comunicazioni di cui al comma 3 siano facilmente accessibili e comprensibili.

#### **ART. 5**

##### **Principi in materia di sviluppo economico**

1. Lo Stato e le altre autorità pubbliche:
  - a) promuovono l'utilizzo dell'intelligenza artificiale come strumento per migliorare l'interazione uomo-macchina nei settori produttivi e migliorare la produttività in tutte le catene del valore e le funzioni organizzative, nonché quale strumento utile all'avvio di nuove attività economiche, al fine di accrescere la competitività del sistema economico nazionale e la sovranità tecnologica della Nazione nel quadro della strategia europea;
  - b) favoriscono la creazione di un mercato dell'intelligenza artificiale innovativo, equo, aperto e concorrenziale e di ecosistemi innovativi;
  - c) facilitano la disponibilità e l'accesso a dati di alta qualità per le imprese che sviluppano o utilizzano sistemi di intelligenza artificiale e per la comunità scientifica e dell'innovazione;
  - d) indirizzano le piattaforme di e-procurement delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 in modo che, nella scelta dei fornitori di sistemi e modelli di intelligenza artificiale, vengano privilegiate quelle soluzioni che garantiscono la localizzazione ed elaborazione dei dati critici presso data center posti sul territorio nazionale, nonché modelli in grado di assicurare elevati standard in termini di trasparenza nelle modalità di addestramento e di sviluppo di applicazioni basate su AI generativa, nel rispetto della normativa sulla concorrenza e dei principi di non discriminazione e proporzionalità.

#### **ART. 6**

##### **(Disposizioni in materia di sicurezza e difesa nazionale)**

1. Le attività di cui all'articolo 3, comma 1, svolte per scopi di sicurezza nazionale con le finalità e le modalità di cui alla legge 3 agosto 2007, n. 124, dagli Organismi di cui agli articoli 4, 6 e 7 della medesima legge, quelle di cybersicurezza e di resilienza di cui all'articolo 1, comma 1, lettere a) e b) del decreto-legge 14 giugno 2021, n. 82, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2021, n. 109, svolte dall'Agenzia per la cybersicurezza nazionale a tutela della sicurezza nazionale nello spazio cibernetico, nonché quelle svolte per scopi di difesa nazionale dalle forze armate, sono escluse dall'ambito applicativo della presente legge. Le medesime attività sono comunque effettuate nel rispetto dei diritti fondamentali e delle libertà previste dalla Costituzione e di quanto disposto dall'articolo 3, comma 4.
2. Lo sviluppo di sistemi e modelli di intelligenza artificiale avviene nel rispetto delle condizioni e delle finalità di cui all'articolo 3, comma 2. Per i trattamenti di dati personali mediante l'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale effettuati dagli Organismi di cui agli articoli 4, 6 e 7 della legge n. 124 del 2007 si applica quanto



previsto dall'articolo 58, commi 1 e 3, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Per gli analoghi trattamenti svolti dall'Agenzia per la cybersicurezza nazionale si applicano le disposizioni di cui all'articolo 13 del decreto-legge n. 82 del 2021.

3. Con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 43 della legge n. 124 del 2007, sono definite le modalità di applicazione dei principi e delle disposizioni di cui al presente articolo alle attività di cui all'articolo 3, comma 1, effettuate dagli Organismi di cui agli articoli 4, 6 e 7 della legge n. 124 del 2007, nonché alle medesime attività attinenti a sistemi di intelligenza artificiale, funzionali all'attività degli stessi Organismi, nonché alle medesime attività svolte da altri soggetti pubblici e da soggetti privati esclusivamente per scopi di sicurezza nazionale. Analogamente, per l'Agenzia per la cybersicurezza nazionale si procede con regolamento adottato secondo le modalità di cui all'articolo 11, comma 4, del decreto-legge n. 82 del 2021.

.....

## **CAPO II – DISPOSIZIONI DI SETTORE**

### **ART. 7**

#### **(Uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario e di disabilità)**

1. L'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale contribuisce al miglioramento del sistema sanitario e alla prevenzione e cura delle malattie, nel rispetto dei diritti, delle libertà e degli interessi della persona, anche in materia di protezione dei dati personali.
2. L'introduzione di sistemi di intelligenza artificiale nel sistema sanitario non può selezionare e condizionare l'accesso alle prestazioni sanitarie con criteri discriminatori.
3. L'interessato ha diritto di essere informato circa l'utilizzo di tecnologie di intelligenza artificiale e sui vantaggi, in termini diagnostici e terapeutici, derivanti dall'utilizzo delle nuove tecnologie, nonché di ricevere informazioni sulla logica decisionale utilizzata.
4. La presente legge promuove lo sviluppo, lo studio e la diffusione di sistemi di intelligenza artificiale che migliorano le condizioni di vita delle persone con disabilità, agevolano l'accessibilità, l'autonomia, la sicurezza e i processi di inclusione sociale delle medesime persone anche ai fini dell'elaborazione del progetto di vita di cui all'articolo 2, comma 2, lett. a) n. 1) della legge 22 dicembre 2021, n. 227.
5. I sistemi di intelligenza artificiale nell'ambito sanitario costituiscono un supporto nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica, lasciando impregiudicata la decisione, che è sempre rimessa alla professione medica.
6. I sistemi di intelligenza artificiale utilizzati nell'ambito sanitario e i relativi dati impiegati devono essere affidabili e periodicamente verificati e aggiornati al fine di minimizzare il rischio di errori.

### **ART. 8**

#### **(Ricerca e sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale in ambito sanitario)**

1. I trattamenti di dati, anche personali, eseguiti da soggetti pubblici e privati senza scopo di lucro per la ricerca e la sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale per finalità di prevenzione, diagnosi e cura di malattie, sviluppo di farmaci, terapie e tecnologie riabilitative, realizzazione di apparati medicali, incluse protesi e interfacce fra il corpo e strumenti di sostegno alle condizioni del paziente, di salute pubblica, incolumità della persona, salute e sicurezza sanitaria, in quanto necessari ai fini della realizzazione e dell'utilizzazione di banche dati e modelli di base, sono dichiarati di rilevante interesse pubblico in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione e nel rispetto di quanto previsto nell'articolo 9 lettera g) del Regolamento UE 679/16.
2. Ai medesimi fini, fermo restando l'obbligo di informativa dell'interessato che può essere assolto anche mediante messa a disposizione di un'informativa generale sul sito web del titolare del trattamento e senza ulteriore consenso dell'interessato ove inizialmente previsto dalla legge, è sempre autorizzato l'uso secondario di dati personali privi degli elementi identificativi diretti, anche appartenenti alle categorie indicate all'articolo 9 del regolamento UE n. 679/2016, da parte dei soggetti di cui al comma 1.

3. I trattamenti di cui ai precedenti commi 1 e 2 devono essere oggetto di approvazione da parte dei comitati etici interessati e devono essere comunicati all'Autorità garante per la protezione dei dati personali con l'indicazione di tutte le informazioni previste dagli articoli 24, 25, 32 e 35 del Regolamento UE 679/16 nonché l'indicazione espressa, ove presenti, dei soggetti individuati ai sensi dell'articolo 28 del predetto Regolamento, e possono essere iniziati decorsi trenta giorni dalla predetta comunicazione se non oggetto di blocco disposto dall'Autorità garante per la protezione dei dati personali.

4. Restano fermi i poteri ispettivi, interdittivi e sanzionatori dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali.

## **ART. 9**

### **(Disposizioni in materia di fascicolo sanitario elettronico, sistemi di sorveglianza nel settore sanitario e governo della sanità digitale)**

1. Al decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, dopo l'articolo 12 è aggiunto il seguente: «Art. 12-bis (intelligenza artificiale nel settore sanitario)

1. Al fine di garantire strumenti e tecnologie avanzate nel settore sanitario, con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di innovazione tecnologica e transizione digitale e con l'Autorità delegata per la sicurezza della Repubblica e cybersicurezza e sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono disciplinate le soluzioni di intelligenza artificiale aventi funzione di supporto alle finalità di cui all'articolo 12, comma

2. Con i decreti di cui al primo periodo, sono individuati i soggetti che, nell'esercizio delle proprie funzioni, accedono alle soluzioni di intelligenza artificiale secondo le modalità ivi definite.

2. Per il supporto alle finalità di cura, e in particolare per l'assistenza territoriale, è istituita una piattaforma di intelligenza artificiale. La progettazione, la realizzazione, la messa in servizio e la titolarità della piattaforma di cui al primo periodo sono attribuite all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) in qualità di Agenzia nazionale per la sanità digitale. La piattaforma di cui al primo periodo eroga servizi di supporto:

- a) ai professionisti sanitari per la presa in carico della popolazione assistita;
- b) ai medici nella pratica clinica quotidiana con suggerimenti non vincolanti;
- c) agli utenti per l'accesso ai servizi sanitari delle Case di Comunità.

3. La piattaforma di cui al comma 2 è alimentata con i dati strettamente necessari per l'erogazione dei servizi di cui al medesimo comma 2, trasmessi dai relativi titolari del trattamento.

L'AGENAS è titolare del trattamento dei dati raccolti e generati all'interno della piattaforma.

4. Previ pareri del Ministero della salute e del Garante per la protezione dei dati personali e dell'Agenzia per la Cybersicurezza nazionale, l'AGENAS, con proprio provvedimento, valutato l'impatto del trattamento, specifica i tipi di dati trattati e le operazioni eseguite all'interno della piattaforma, nonché le misure tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio e per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato, in coerenza con le disposizioni del Regolamento UE 2016/679.».

2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali provvede alle attività di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

## **Intelligenza artificiale. Dal CdM Ddl che introduce nuove regole. Nasce piattaforma IA per supporto a cure e assistenza territoriale. No a criteri discriminatori**

**Giovanni Rodriguez**

*L'utilizzo dell'intelligenza artificiale non può in alcun modo selezionare con criteri discriminatori condizionando e restringendo l'accesso alle prestazioni sanitarie. Prioritario sarà il diritto dell'interessato ad essere informato circa l'utilizzo di tali tecnologie. I trattamenti di dati, anche personali, eseguiti per la ricerca e la sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale per finalità terapeutica e farmacologica, saranno dichiarati di rilevante interesse pubblico.*

**24 APR -**

*Il Consiglio dei Ministri ha varato ieri un disegno di legge per l'introduzione di disposizioni e la delega al Governo in materia di intelligenza artificiale. Il disegno di legge punta ad individuare criteri regolatori capaci di riequilibrare il rapporto tra le opportunità che offrono le nuove tecnologie e i rischi legati al loro uso improprio, al loro sottoutilizzo o al loro impiego dannoso.*

*Inoltre, introduce norme di principio e disposizioni di settore che, da un lato, promuovano l'utilizzo delle nuove tecnologie per il miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini e della coesione sociale e, dall'altro, forniscano soluzioni per la gestione del rischio fondate su una visione antropocentrica.*

**Le norme intervengono in cinque ambiti: la strategia nazionale, le autorità nazionali, le azioni di promozione, la tutela del diritto di autore, le sanzioni penali.** Si prevede, inoltre, una delega al governo per adeguare l'ordinamento nazionale al Regolamento UE in materie come l'alfabetizzazione dei cittadini in materia di IA (sia nei percorsi scolastici che in quelli universitari) e la formazione da parte degli ordini professionali per professionisti e operatori. La delega riguarda anche il riordino in materia penale per adeguare reati e sanzioni all'uso illecito dei sistemi di IA.

Tra le disposizioni di settore, gli articoli 7, 8 e 9 sono dedicati specificatamente alla sanità.

Più nel dettaglio, **l'articolo 7 disciplina l'uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario e di disabilità.** L'utilizzo dell'intelligenza artificiale non può in alcun modo selezionare con **criteri discriminatori** condizionando e restringendo l'accesso alle prestazioni sanitarie. Prioritario è il diritto dell'interessato ad essere informato circa l'utilizzo di tali tecnologie. Si promuove la diffusione dei sistemi di IA finalizzati all'inclusione, le condizioni di vita e l'accessibilità delle persone con disabilità. L'utilizzo dei sistemi di IA in ambito sanitario deve lasciare **impregiudicata la spettanza della decisione alla professione medica.** I sistemi di intelligenza artificiale utilizzati nell'ambito sanitario e i relativi dati impiegati devono essere affidabili e periodicamente verificati e aggiornati al fine di minimizzare il rischio di errori.

**L'articolo 8** interviene in tema di **ricerca e sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale in ambito sanitario.** I trattamenti di dati, anche personali, eseguiti da soggetti pubblici e privati senza scopo di lucro per la ricerca e la sperimentazione scientifica nella realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale per finalità terapeutica e farmacologica, sono dichiarati di **rilevante interesse pubblico.** Infine, **l'articolo 9** reca **disposizioni in materia di fascicolo sanitario elettronico, sistemi di sorveglianza nel settore sanitario e governo della sanità digitale.** Qui si istituisce una **piattaforma di intelligenza artificiale** per il supporto alle finalità di cura e, in particolare, per l'assistenza territoriale. La progettazione, la realizzazione, la messa in servizio e la titolarità della piattaforma sono attribuite all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) in qualità di Agenzia nazionale per la sanità digitale.

**La piattaforma eroga servizi di supporto:**

- a) ai professionisti sanitari per la presa in carico della popolazione assistita;
- b) ai medici nella pratica clinica quotidiana con suggerimenti non vincolanti;
- c) agli utenti per l'accesso ai servizi sanitari delle Case di Comunità.

La piattaforma è alimentata con i dati strettamente necessari per l'erogazione dei servizi sopra indicati, trasmessi dai relativi titolari del trattamento. L'Agenas sarà titolare del trattamento dei dati raccolti e generati all'interno della piattaforma. Previ pareri del Ministero della salute e del Garante per la protezione dei dati personali e dell'Agenzia per la Cybersicurezza nazionale, l'Agenas, con proprio provvedimento, valutato l'impatto del trattamento, dovrà specificare i tipi di dati trattati e le operazioni eseguite all'interno

della piattaforma, nonché le misure tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio e per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato, in coerenza con le disposizioni del Regolamento UE 2016/67.

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=121777](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=121777)



## Salute digitale: AI generativa, Oms lancia il prototipo Sarah

di Red. San.

*In vista della Giornata mondiale della salute, incentrata sul tema 'My Health, My Right', l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) annuncia il lancio di Sarah, un prototipo di promotore della salute digitale con una risposta empatica potenziata alimentata dall'intelligenza artificiale generativa.*

*Sarah, comunica l'Oms, è uno Smart AI Resource Assistant for Health che rappresenta un'evoluzione degli avatar di informazioni sanitarie basati sull'intelligenza artificiale, utilizzando nuovi modelli linguistici e tecnologie all'avanguardia.*

*È in grado di coinvolgere gli utenti 24 ore su 24 in 8 lingue su più argomenti di salute, su qualsiasi dispositivo. Sarah ha la capacità di supportare le persone nello sviluppo di una migliore comprensione dei fattori di rischio per alcune delle principali cause di morte nel mondo, tra cui cancro, malattie cardiache, malattie polmonari e diabete.*

*Può aiutare le persone ad accedere a informazioni aggiornate su come smettere di fumare, essere attivi, seguire una dieta sana e ridurre lo stress, tra le altre cose.*

*«Il futuro della salute è digitale e sostenere i paesi nello sfruttare la potenza delle tecnologie digitali per la salute è una priorità per l'Oms - ha dichiarato il Dg dell'Organizzazione Tedros Adhanom Ghebreyesus -. Sarah ci dà un'idea di come l'intelligenza artificiale potrebbe essere utilizzata in futuro per migliorare l'accesso alle informazioni sanitarie in modo più interattivo. Invito la comunità di ricerca ad aiutarci nel continuare a esplorare come questa tecnologia possa ridurre le disuguaglianze e aiutare le persone ad accedere a informazioni sanitarie aggiornate e affidabili». Sarah è ora alimentata dall'intelligenza artificiale generativa piuttosto che da un algoritmo o script preimpostato, che la aiuta a fornire risposte più accurate in tempo reale.*

*Partecipa a conversazioni dinamiche e personalizzate su larga scala che rispecchiano in modo più accurato le interazioni umane e forniscono risposte sfumate ed empatiche agli utenti in un ambiente privo di giudizi. La tecnologia è supportata da Soul Machines Biological AI.*

*L'Oms chiede di continuare la ricerca su questa nuova tecnologia per esplorare i potenziali benefici per la salute pubblica e per comprendere meglio le sfide.*

*Se da un lato l'IA ha un enorme potenziale per rafforzare la salute pubblica, dall'altro solleva importanti preoccupazioni etiche, tra cui l'accesso equo, la privacy, la sicurezza e l'accuratezza, la protezione dei dati e i pregiudizi.*

*La valutazione e il perfezionamento continui nell'ambito di questo progetto sottolineano l'impegno dell'Oms nel portare le informazioni sanitarie più vicine alle persone, mantenendo i più alti standard di etica e contenuti basati sull'evidenza.*

*li sviluppatori, i responsabili politici e gli operatori sanitari devono affrontare queste questioni etiche e dei diritti umani durante lo sviluppo e l'implementazione dell'IA per garantire che tutte le persone possano trarne beneficio.*

*Il progetto Sarah mira all'apprendimento continuo e allo sviluppo di un prototipo che possa ispirare informazioni affidabili, responsabili e accessibili.*

*Le precedenti interazioni di Sarah sono state utilizzate per diffondere messaggi critici di salute pubblica, sotto il nome di Florence, durante la pandemia di Covid-19 sul virus, i vaccini, l'uso del tabacco, l'alimentazione sana e l'attività fisica.*

*L'Oms continuerà comunque a utilizzare molti strumenti e canali per diffondere e amplificare le informazioni sanitarie, inclusi social media, chatbot, canali e messaggi di testo.*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2024-04-02/salute-digitale-generativa-oms-lancia-prototipo-sarah-170155.php?uid=AFIpThAB&cmpid=nlqf>



## Verso il G7 sull'Intelligenza Artificiale

Molte delle iniziative di alto livello che si sono sviluppate negli ultimi anni hanno riguardato i rischi dell'Intelligenza Artificiale (IA). Le potenzialità vengono spesso citate, ma raramente dimostrate. Di seguito, mostriamo decine di esempi di applicazioni già in atto e spesso molto utili dell'IA. Il G7 a presidenza italiana dovrebbe sottolineare gli aspetti positivi dell'IA sul benessere collettivo e sulla produttività del sistema economico. Dovrebbe inoltre auspicare una regolazione non troppo disomogenea almeno fra Paesi del G7 e non troppo pesante, specie per le PMI e le startup. Non è un gran merito essere dei bravissimi regolatori se poi il campo di gioco è occupato da altri; può anche essere un demerito se la regolazione, per quanto ben congegnata, ha l'effetto di scoraggiare i player che dovrebbero giocare nella propria metà del campo.<sup>[1]</sup>

Alessio Capacci, Giampaolo Galli, Andrea Loreggia, Iaria Maroccia

\*\*\*

Dal 1° gennaio di quest'anno, l'Italia ha la presidenza del G7 e il governo ha deciso che, in questo ambito, un'attenzione particolare verrà dedicata al tema dell'intelligenza artificiale (IA). L'Italia prende così il testimone dal Giappone, Paese che ha avuto la presidenza del G7 nel 2023 e che ha avviato il cosiddetto processo di Hiroshima, il quale ha portato a una dichiarazione dei leader politici di sostegno a due documenti relativa alla regolazione dell'IA ("I principi guida" e il "Codice di condotta").<sup>[2]</sup>

Il tema è stato oggetto di una gran quantità di iniziative che si sono svolte al massimo livello istituzionale in contemporanea con il G7 e hanno coinvolto un maggior numero di Paesi: in particolare, il Summit sulla Sicurezza dell'intelligenza artificiale (AI Safety Summit),<sup>[3]</sup> organizzato dal Regno Unito nel novembre scorso e al quale ha partecipato anche la Cina, e la riunione ministeriale del GPAI (Global Partnership on Artificial Intelligence),<sup>[4]</sup> tenutasi a Nuova Delhi a dicembre. Ovviamente, nel portare avanti la riflessione, occorre tenere conto delle iniziative legislative in corso, con particolare riguardo all'executive order del Presidente Biden di fine ottobre<sup>[5]</sup> e, **last but not least**, dell'accordo raggiunto nei giorni scorsi fra Parlamento Europeo e Consiglio su un testo di regolamento sull'intelligenza artificiale.

Cosa può aggiungere il G7 a presidenza italiana a questa massa di iniziative e dichiarazioni che già sono state emanate ai massimi livelli istituzionali? Per contribuire a rispondere a questa domanda abbiamo raccolto opinioni e soprattutto molti fatti sui possibili utilizzi dell'intelligenza artificiale.

In questa nota non approfondiremo il tema dei rischi dell'IA, in quanto già ampiamente trattati sia in letteratura sia nei precedenti summit, e ci concentreremo invece sull'opportunità di promuovere gli aspetti positivi che la tecnologia, in particolare l'IA, già offre. Questa scelta riflette la convinzione che, soprattutto in Europa, occorra favorire l'adozione di sistemi di IA nell'ambito della transizione digitale già prevista dal piano Next Generation EU. L'IA può essere un potente acceleratore della produttività dei sistemi economici e può quindi dare un rilevante contributo al benessere generale e alla sostenibilità dei sistemi di welfare.

### L'IA che è già presente nella nostra vita

L'IA è entrata nella nostra vita ormai da parecchio tempo. Facciamo di seguito alcuni esempi noti a tutti.

1. I navigatori satellitari, come Google Maps. Questi sistemi utilizzano algoritmi di IA per suggerire il percorso più veloce e per analizzare in tempo reale i dati sul traffico che possono influenzare i tempi di percorrenza. Sistemi simili, più o meno preformanti, sono incorporati ormai sui navigatori di tutte le automobili.



2. Auto e aerei con IA. Le auto più recenti utilizzano sistemi di “computer vision” che consentono di mantenere l’auto in carreggiata o di frenare di fronte a un pedone in caso di distrazione del guidatore o di emergenza. L’automazione nei voli di aerei si riferisce all’uso di sistemi automatizzati e tecnologie avanzate per assistere le funzioni di volo umane durante l’operazione di un aeromobile. Questa automazione è presente in diverse fasi del volo, inclusi il decollo, il volo in crociera e l’atterraggio. I sistemi di automazione nei cockpit moderni sono progettati per migliorare la sicurezza, l’efficienza e la precisione delle operazioni di volo. È importante notare che, nonostante l’automazione, i piloti rimangono fondamentali nel processo decisionale e nella gestione delle situazioni di emergenza.
3. Suggeritori, correttori e traduttori. Altri sistemi di intelligenza artificiale sono quelli che abbiamo sui nostri PC e sui cellulari quando ci suggeriscono la prossima parola da immettere in un testo, quando ci segnalano un errore fornendo possibili correzioni o quando ci forniscono la prima bozza (in genere da rivedere) di una traduzione anche su materie molto tecniche.
4. Ricerche personalizzate. I prodotti o i messaggi personalizzati possono piacere o no, ma anch’essi fanno parte del grande mondo dell’IA. Come è noto, i motori di ricerca hanno raggiunto una potenza spettacolare, in quanto attingono a miliardi di documenti in frazioni di secondo. In più, sono in grado di offrire risultati personalizzati, che tengono conto delle preferenze di ciascuno, in base fondamentalmente alle precedenti ricerche fatte con lo stesso dispositivo o con lo stesso account. Lo stesso vale per i sistemi di raccomandazione che ci permettono di scegliere prodotti più vicini alle nostre preferenze (Amazon, Netflix ecc.).
5. Pubblicità mirata. La pubblicità personalizzata è considerata fastidiosa da quasi tutti gli utenti, ma è evidentemente ritenuta utile da parte delle aziende che vi fanno ricorso, in quanto più efficace nell’indurre i consumatori all’acquisto rispetto alla pubblicità generica. Inoltre, come è ben noto, la pubblicità personalizzata consente ai consumatori di avere una grande mole di servizi on line senza dover pagare. Chiunque gestisca un sito web può vendere spazi pubblicitari tramite Google o altri fornitori simili, e sa che il proprio sito verrà popolato di pubblicità con i contenuti voluti e nelle modalità volute. Si può scegliere di escludere alcune tipologie di prodotti, per esempio prodotti di bellezza o armi, si può scegliere di escludere determinate aziende, si possono scegliere formati pubblicitari più o meno invasivi. Tutto ciò viene gestito in automatico dall’IA per miliardi di messaggi pubblicitari su un numero enorme di siti web, anche se gestiti da microaziende nelle parti più sperdute del globo.
6. Le foto. Vi sono poi innovazioni che scopriamo man mano che utilizziamo i nostri dispositivi elettronici. Per esempio, quasi tutti abbiamo ormai un album di qualche migliaio di foto su dispositivi mobili e scopriamo che il sistema ci sa suggerire le foto che più ci piacciono, sa riconoscere i volti delle persone presenti nelle nostre foto, sa presentarci le foto fatte in una certa data o in un certo luogo, sa riconoscere gli oggetti e gli ambienti delle nostre foto (ombrello, torta, sole, pioggia, neve, estate, barca ecc.).
7. Macchine che capiscono il linguaggio naturale. Molti di noi, e sicuramente i nostri figli, dialogano regolarmente con Siri o con Alexa, e sanno che si può chiedere a questi dispositivi di calcolare la radice quadrata di due utilizzando un linguaggio naturale. Per chi vuole cose più sofisticate ci sono app come Wolfram Alpha, un software on online sviluppato dalla Wolfram Research.<sup>[6]</sup> Le risposte possono essere molto articolate e interpretano la domanda. Per esempio, se si scrive, in linguaggio naturale, “calcola il logaritmo(-3)”, il sistema assume che se si intenda il logaritmo naturale e fornisce la risposta esatta, che è “ $\log 3 + i\pi$ ” e anche un valore approssimato al numero desiderato di decimali; seguono rappresentazioni alternative, la posizione sul piano dei numeri complessi, le coordinate polari ecc. Al momento, il software è principalmente incentrato sulle conoscenze tecniche, comprese materie come matematica, fisica, chimica, biologia, astronomia, meteorologia, demografia, ed è disponibile solo in lingua inglese.
8. Sistemi di chatbot IA come ChatGPT, introdotto solo pochi anni fa, sono diventati rapidamente un oggetto di grande curiosità e anche di preoccupazione. Per molti, soprattutto nel giornalismo, sono diventati utili strumenti di lavoro.

## L’IA nell’industria

Un recente rapporto di McKinsey elenca le funzioni aziendali che possono essere rese più efficienti con l’utilizzo dell’IA.<sup>[7]</sup> Per comprenderlo meglio, ci sembra utile dare conto di due applicazioni italiane di cui è stata data notizia.

1. Barilla utilizza tecniche di Computer Vision in diversi ambiti della sua catena di produzione e distribuzione per ottimizzare qualità ed efficienza. Questa tecnologia viene impiegata per controllare la qualità delle forniture, ispezionare i prodotti da forno e migliorare l’efficienza nei magazzini.<sup>[8]</sup> Nel controllo sulla qualità del basilico, le immagini vengono analizzate per identificare difetti o variazioni di colore, mentre nel monitoraggio durante la produzione di prodotti da forno queste tecnologie permettono di individuare eventuali difetti nei prodotti come per esempio crepe o deformazioni.
2. Digital Twin di Leonardo. Il progetto Digital Twin rappresenta uno degli ambiti di impiego più concreti per l’utilizzo di modelli software multicomponente che integrano elementi di intelligenza artificiale e di

simulazione.<sup>[9]</sup> Sul sito di Leonardo-Spazio, si legge: “Di recente il concetto di digital twin sta assumendo nuovi significati: un modello digitale olistico di un sistema reale, ovvero una sua rappresentazione virtuale che ne replica lo stato e i relativi cambiamenti grazie all'utilizzo combinato di dati, simulazioni e intelligenza artificiale. Il modello olistico come estensione del digital twin è uno strumento incredibilmente potente, perché consente di essere predittivi. La potenza è tale da poter calcolare modelli numerici molto complessi ma accurati, in grado di rispondere sempre meglio alla necessità di prevedere il comportamento di un sistema sotto diverse condizioni di funzionamento: sia un'auto, un aereo, una nave, un satellite o un impianto industriale, fino al corpo umano e alla Terra intera. La necessità del gemello virtuale è ulteriormente amplificata in ambito industriale dalla crescente automatizzazione dei processi, dove tutto è gestito da sistemi di telerilevamento e le operazioni di riconfigurazione e manutenzione devono avvenire senza intervento umano. La disponibilità di un gemello virtuale accurato e predittivo è fondamentale anche per prevedere l'effetto di un cambiamento di stato voluto o meno (per esempio per condizioni ambientali alterate), evitare malfunzionamenti, ridurre i costi di produzione e operatività con azioni preventive, fare valutazioni 'what if', addestrare gli operatori. Nello Spazio questa capacità è necessaria per allungare la vita operativa delle missioni e ridurre i costi delle stesse, programmare in modo accurato il decommissioning (smantellamento) e il de-orbiting (rimozione dall'orbita), ridurre i rifiuti spaziali”.

Come si vede, qui l'IA è utilizzata anche nei processi di produzione, sempre più automatizzati.

Alla luce di queste informazioni l'elenco suggerito da McKinsey non stupisce. Esso riguarda:

1. La previsione dell'andamento della domanda: i sistemi predittivi riescono a leggere, già oggi, le tendenze di mercato con un rilevante grado di certezza.
2. L'acquisto di materie prime, offrendo analisi più puntuali dell'andamento dei prezzi così come del loro possibile andamento futuro.
3. Il riconoscimento della qualità delle forniture, tramite sistemi di computer vision.
4. La gestione del magazzino e della logistica, tramite tecniche predittive.
5. La progettazione e il design del prodotto, consentendo una visualizzazione immediata e il più realistica possibile del progetto.
6. L'interfaccia con il cliente, in quanto l'IA consente di offrire esperienze personalizzate tramite offerte su misura e contenuti specifici per ogni target di mercato; l'IA può anche suggerire quali prodotti del proprio catalogo conviene esporre in vetrina per attrarre più clientela nel negozio.
7. Il miglioramento dell'esperienza di navigazione per i canali di vendita online, come accade già ora nel funzionamento dei principali motori di ricerca, come Google.

## **L'IA nell'agricoltura**

Molteplici sono anche le applicazioni nel campo dell'agricoltura, da quelle in fase di sperimentazione a quelle già di comune uso. Di seguito, alcuni esempi importanti.

1. La data migliore per la semina. Nello Stato di Andhra Pradesh, in India, la resa del raccolto è aumentata, in media, del 30 per cento in seguito all'introduzione di una applicazione sviluppata da Microsoft in collaborazione con ICRISAT. Grazie all'utilizzo dell'intelligenza artificiale, infatti, l'applicazione è in grado di suggerire agli agricoltori la data migliore per la semina; questi non devono fare altro che avere a portata di mano un telefono in grado di ricevere SMS.<sup>[10]</sup>
2. Previsione degli attacchi dei parassiti. Sempre in India, una collaborazione con United Phosphorous (UPL) ha portato alla creazione di una app di previsione dei rischi di attacco da parte di parassiti; l'IA indica in anticipo il rischio di attacchi da parte di parassiti comuni, consentendo così ai coltivatori di prendere misure preventive.
3. Previsione dei prezzi delle commodity. Si utilizzano dati di telerilevamento da immagini satellitari per prevedere le rese delle colture e i prezzi dei prodotti, offrendo una prospettiva innovativa per aiutare i coltivatori a pianificare in modo più efficace.<sup>[11]</sup>
4. Diserbante con laser. Un altro esempio è relativo all'utilizzo di erbicidi; nella sola Europa, ne vengono utilizzati circa 130 milioni di tonnellate ogni anno. Una soluzione avanzata per il controllo delle infestanti nell'agricoltura sfrutta l'intelligenza artificiale (IA) e il “laserweeding” (diserbante automatico con laser) per eliminare gli erbicidi, come risulta da un progetto finanziato dalla UE a cui partecipa l'Università di Bologna.<sup>[12]</sup> Questo consente agli agricoltori di risparmiare tempo e denaro in una delle attività più costose e impegnative: il controllo delle infestanti. Questa tecnologia offre vantaggi significativi, tra cui una maggiore efficienza operativa, risparmi di costi, il miglioramento delle rese delle colture e la possibilità di adottare pratiche agricole biologiche e sostenibili. Nel sistema di laserweeding i trattori vengono equipaggiati con un sistema di telecamere e un sistema di IA abilitata al laserweeding in grado di identificare ed eliminare le erbacce con una precisione millimetrica, senza l'utilizzo di sostanze chimiche nocive.

## L'IA nella Pubblica Amministrazione

La registrazione e la catalogazione dei documenti sono alcune delle principali mansioni a basso valore aggiunto svolte dai dipendenti della Pubblica Amministrazione. Un utilizzo più intensivo dell'IA nei sistemi informatici pubblici porterebbe sicuramente a un risparmio di tempo e risorse per il personale operativo (e, di conseguenza, per il contribuente). Di seguito alcune **best practices**.

1. **L'e-government in Estonia.** L'Estonia è uno dei Paesi europei più all'avanguardia in materia di digitalizzazione dei servizi pubblici, il che consente l'adozione di sistemi di IA.
  - Tramite e-Tax, il sistema fiscale estone risulta essere quasi totalmente digitalizzato: il 98 per cento delle dichiarazioni fiscali sono presentate in maniera digitale. Questa facilita l'utilizzo di sistemi di IA per contrastare l'evasione.
  - X-Road è una piattaforma che consente l'interscambio sicuro dei dati tra agenzie governative e settore privato, il cui servizio è stato implementato, ad oggi, in altri venti Paesi. Questo rende possibile l'utilizzo di IA per sveltire le pratiche.
  - Servizio di customer service, operativo dal 2018 tramite chatbot IA, che è stato in grado di risolvere circa la metà delle richieste, consentendo così un notevole risparmio di tempo e di risorse per gli operatori.
2. **Altext Citibeats in Irlanda.** L'IA è impiegata per raccogliere informazioni sulle proposte dei cittadini. In Irlanda, ogni mese vengono raccolti da **Altext Citibeats** migliaia di tweets dei residenti della città di Dublino. Una volta anonimizzati i dati, attraverso l'IA è possibile comprendere le opinioni del contesto urbano, così da aiutare le autorità locali a garantire che le risorse utilizzate vengano effettivamente implementate per soddisfare le esigenze della comunità.<sup>[13]</sup>
3. Altri esempi di utilizzo dell'IA nella PA riguardano:
  - la gestione dei flussi e dei livelli delle acque cittadine.<sup>[14]</sup>
  - la velocizzazione dei processi per l'ottenimento di documenti (per esempio relativi all'immigrazione).<sup>[15]</sup>
  - l'identificazione dei punti più critici nel piano di risposta predisposto dalle autorità in seguito a un disastro naturale, in modo da minimizzare quanto più possibile i danni a cose e persone.<sup>[16]</sup>
  - la previsione dei dissesti dei comuni. Alcuni ricercatori italiani hanno sviluppato un modello di IA in grado di prevedere i fallimenti finanziari dei comuni italiani; tali modelli potrebbero diventare strumenti preziosi per le autorità di monitoraggio (come la Corte dei Conti).<sup>[17]</sup>

## L'IA nella sanità

L'IA è progressivamente permeata anche nelle diverse aree della sanità, dalla medicina (intesa come pratica clinica) alla ricerca biomedica, passando anche per la gestione del sistema sanitario in sé. In questo contesto, gli strumenti possono essere indirizzati ai pazienti e ai cittadini, al personale clinico e agli operatori sanitari o anche agli amministrativi. Il potenziale per l'utilizzo dell'IA in ambito clinico è vastissimo, e vi sono molteplici istanze in cui già si fa un estensivo uso di strumenti che sfruttano l'intelligenza artificiale.<sup>[18]</sup>

1. **Dispositivi abilitati dalla FDA in USA.** Sono già 171 i dispositivi medici che utilizzano tecniche di IA e Machine Learning (IA/ML)<sup>[19]</sup> che soddisfano i requisiti pre-mercato applicabili della FDA (Food and Drug Administration). La maggioranza di questi dispositivi riguardano strumenti sviluppati per l'ambito radiologico, altri invece permettono agli utenti di effettuare accurate misurazioni anche in autonomia. Ne è un esempio un rivoluzionario glucometro da smartphone che offre un approccio completo alla gestione del diabete, integrando un misuratore di glucosio tascabile direttamente con il dispositivo mobile. Questa soluzione compatta fornisce risultati accurati in tempo reale, consentendo agli utenti di monitorare e controllare i livelli di zucchero nel sangue attraverso una app dedicata. Approvato dalle autorità competenti, questo dispositivo si basa su prove scientifiche che evidenziano una significativa riduzione nei livelli stimati di A1c nel corso di pochi mesi. Un'altra soluzione è invece dedicata all'assistenza cardiopolmonare: uno stetoscopio elettronico che permette registrazioni dettagliate dei suoni cardiaci e la loro analisi, raggiungendo un'accuratezza del 93 per cento, una sensibilità del 91 per cento e una specificità del 96 per cento. Questa soluzione digitale mira a migliorare la precisione diagnostica, fornendo risultati prontamente accessibili.
2. **Analisi di strutture anatomiche o lesioni.** In radiologia e cardiologia, l'IA viene impiegata per la localizzazione e analisi di strutture anatomiche o lesioni, nonché per la segnalazione di immagini considerate "anormali".<sup>[20]</sup> Per esempio, algoritmi di IA sono alla base di una piattaforma di rappresentazione grafica di immagini cardiovascolari diffusa in più di 90 Paesi, la "cvi42" della compagnia canadese Circle Cardiovascular Imaging, che grazie a software di lettura e reportistica

multimodale permette ai medici di avere strumenti per quantificare e diagnosticare con precisione le malattie cardiovascolari complesse, migliorando i risultati dei pazienti e l'utilizzo efficace delle risorse sanitarie.<sup>[21]</sup>

3. Patologie cardiache. Altre applicazioni in cardiologia sono incentrate sull'elaborazione di dati grafici derivanti da esami cardiologici (Lopez-Jimenez et al. 2020) e in particolare per elettrocardiografie (ECG), utilizzando modelli di IA (deep-learning convolutional neural networks) sviluppati su dataset contenenti una grande quantità di dati clinici (Siontis et al 2021), permettendo all'IA di identificare patologie cardiache e caratteristiche fenotipiche.<sup>[22]</sup>
4. La ricerca biomedica. Le applicazioni nella ricerca biomedica sono fra le più promettenti. L'esempio forse più importante è quello di AlphaFold, che stando a ciò che si legge sul sito, ha risolto il problema di come trovare la struttura di qualcosa come 200 milioni di diverse proteine presenti nel nostro organismo.<sup>[23]</sup> In precedenza, occorre anni e milioni di dollari per trovare la struttura di una proteina. Oggi il sistema è open source a disposizione della comunità scientifica.

## L'IA nell'istruzione

Alcuni modelli vengono sviluppati e addestrati con dati specifici volti all'utilizzo nell'ambito educativo. Questi modelli hanno meno dati, ma di maggiore qualità e con un dominio specifico, quello educativo (EdGPT).<sup>[24]</sup>

1. EduChat. Un primo esempio è EduChat, un modello sviluppato dalla East China Normal University con lo scopo di fornire servizi per l'insegnamento e l'apprendimento, per il quale i codici, dati e parametri sono condivisi come open source.<sup>[25]</sup>
2. MathGPT, sviluppato dal TAL Education Group (con sedi a Pechino, Cina e a Cupertino, California), è un LLM incentrato sulla risoluzione di problemi matematici.<sup>[26]</sup>
3. Sistemi di tutoraggio intelligenti che forniscono feedback personalizzati agli studenti (Carnegie Learning), di valutazione automatica (Turnitin), di rilevamento della disattenzione, di personalizzazione dei percorsi di apprendimento, di suggerimento di risorse educative (IBM Watson Discovery), di learning analytics ecc.<sup>[27]</sup>
4. Previsione di insuccessi accademici degli studenti. L'IA può essere utilizzata per scopi paralleli al "semplice" miglioramento delle modalità di apprendimento. Un esempio di questo è l'applicazione di modelli di IA per la previsione di insuccessi accademici degli studenti, con l'obiettivo di poter fornire strategie di supporto personalizzate (si veda lo studio di Vieira Martins et al. del 2021).<sup>[28]</sup>
5. Photomath. Photomath è un'applicazione progettata per assistere gli studenti nello studio della matematica. La sua funzione principale è quella di risolvere equazioni matematiche scattando una foto del problema utilizzando la fotocamera del dispositivo. L'app, quindi, fornisce i passaggi dettagliati per risolvere il problema, aiutando gli studenti a capire il processo.<sup>[29]</sup>

## L'IA nella mobilità e nelle infrastrutture

Vi sono molte applicazioni dell'IA relative alle infrastrutture urbane e alla mobilità. Fra queste, per esempio, una più efficiente gestione di energia, acqua e rifiuti, un minor livello di inquinamento e un miglioramento nella gestione del traffico.

1. Le smart city. Nelle cosiddette "smart city", il concetto di IA urbana si riferisce agli "artefatti operanti nelle città, capaci di acquisire e interpretare informazioni relative agli ambiente circostanti, per utilizzare poi le conoscenze acquisite per agire razionalmente in accordo con gli obiettivi pre-definiti, in contesti urbani complessi quando le informazioni possono essere anche mancanti o incomplete".<sup>[30]</sup> In quest'ottica, le applicazioni nelle smart cities relative alla mobilità e alla logistica, nonché alle infrastrutture, sono molteplici.
2. Le smart grid. L'intelligenza artificiale è alla base delle così dette smart grids ("reti smart"). Queste permettono, fra le altre cose, di garantire l'efficienza dei consumi e una minimizzazione dei costi, tramite la gestione della domanda dei consumatori. In Italia questo avviene già con Enel, tramite una rete all'avanguardia dotata anche di algoritmi di IA e ML volti alla previsione di eventuali interruzioni di rete e alla loro migliore gestione.<sup>[31]</sup> Per quanto riguarda le forniture energetiche l'IA può contribuire positivamente all'industria elettrica in moltissimi aspetti: può essere parte della progettazione di impianti solari o eolici, dare informazioni relative a risorse o efficienza degli impianti stessi, contribuire alla valutazione dei rischi collegati agli eventi climatici. Ancora, i dati raccolti possono essere impiegati per la gestione stessa degli impianti, ottimizzando la produzione di energia e riducendone lo spreco. In particolare, per migliorare l'efficienza energetica è possibile sfruttare l'IA intervenendo sulla gestione della richiesta energetica da parte dei consumatori.
3. Illuminazione urbana. Soluzioni "smart" possono essere adottate anche per l'illuminazione urbana, tramite controllo remoto, e il monitoraggio di fattori quali il traffico, la presenza di pedoni, la qualità



dell'aria, la temperatura, e così via. Per esempio, "Humble Lamppost" è un'iniziativa lanciata sotto la European Innovation Partnership for Smart Cities and Communities (EIP-SCC) per lampioni "smart" diffusi in tutta Europa.

4. **Traffico aereo.** L'Arrival Manager di Enav è uno strumento di supporto al traffico aereo volto alla riduzione dei ritardi e del consumo di carburante tramite una più efficace gestione degli aeromobili in avvicinamento. Questo è possibile grazie alle informazioni costantemente ricevute da ciascun volo, che permettono di mettere in atto strategie che ottimizzano il flusso di traffico.
5. **Car sharing.** Possono trarre benefici dall'IA anche servizi di noleggio di auto, specialmente elettriche e con possibilità di carsharing. Le esternalità possono avere conseguenze positive anche sull'ecosistema, per esempio permettendo agli utenti di essere informati rispetto ai consumi e alle emissioni, possibilmente riducendoli. Tali sistemi sono adottati già da diverse aziende, come Clem, azienda francese attiva in più di 200 città in Francia e con due centri demo a Philadelphia (Stati Uniti) e Hangzhou (Cina).<sup>[32]</sup>
6. **Soste smart.** L'applicazione nella gestione "smart" delle aree di sosta, tramite diversi tipi di diritti di accesso al parcheggio può avere effetti positivi sulla mobilità, ma anche sull'ambiente, grazie alla riduzione dei consumi dovuti alla ricerca del parcheggio. In questo caso, gli esempi di aziende che sfruttano questi meccanismi sono in tutto il mondo: Passport (USA), EasyMile (Francia), Anagog (Israele), Pod Point (UK), Cleverciti (Germania), SnappCar (Paesi Bassi), UnaBiz (Giappone).

### **Cosa può fare il G7 a presidenza italiana?**

Alla luce delle evidenti potenzialità dell'IA, cosa può fare il G7 a presidenza italiana? A noi sembra che, oltre a ribadire molti dei concetti dei precedenti summit (che riguardano le opportunità, ma soprattutto i rischi dell'IA), dal G7 italiano potrebbero emergere tre concetti.

1. Nella misura del possibile, la regolazione dovrebbe essere non troppo disomogenea, almeno tra i Paesi del G7. Internet è un fenomeno globale; gli utenti possono navigare in qualunque sito del mondo; sarebbe strano se le possibilità offerte a un consumatore USA fossero diverse da quelle offerte a un consumatore europeo o giapponese (vedi quanto successo con chatGPT nel 2023 quando il sito fu chiuso per un periodo dal Garante della Privacy). Soprattutto, occorre tenere conto che per le imprese i costi di compliance crescono esponenzialmente rispetto al numero di ambienti regolatori cui si devono adeguare nei diversi Paesi.
2. Una regolazione molto complessa non rappresenta un grave problema per le big tech (quasi tutte americane e cinesi), perché queste hanno le risorse umane e finanziarie per adeguarsi alle normative, ma possono rappresentare un ostacolo per lo sviluppo delle piccole medie imprese e una vera e propria barriera all'ingresso per le start up. Il cosiddetto "Bruxelles effect", di cui si è parlato in particolare a proposito del GDPR, comporta che gli standard relativamente restrittivi stabiliti in Europa vengono adottati dalle grandi imprese che a loro volta li esportano nel resto del mondo. In questo modo l'Europa svolge un ruolo di leadership nella regolazione (che però è ben magra consolazione), ma in quasi tutto il mondo si rafforza il potere di mercato delle big tech, che non sono europee.<sup>[33]</sup>
3. Soprattutto, occorre mettere bene in evidenza che l'IA può dare un contributo molto importante alla crescita della produttività e dunque del benessere generale, nonché alla sostenibilità dei sistemi di welfare. Ciò vale soprattutto per quei Paesi, come l'Italia o il Giappone, che hanno debiti pubblici molto elevati e una forte denatalità. È però un concetto che si applica anche a quasi tutti in Paesi avanzati dato che ovunque, in seguito al Covid, i debiti pubblici sono cresciuti e quasi ovunque la popolazione indigena decresce.

Questo terzo punto ci sembra cruciale: occorre rovesciare il paradigma prevalente nell'opinione pubblica secondo cui l'IA è soprattutto portatrice di grandi rischi perché distrugge posti di lavoro. La realtà è che nei prossimi anni vi saranno certamente grandi cambiamenti nel mercato del lavoro (cambiamenti che richiedono politiche attive e passive di sostegno alle persone), ma soprattutto sarà difficile trovare lavoratori per coprire i posti disponibili.

In particolare, in Italia, malgrado i notevoli flussi di immigrazione, la popolazione residente sta calando e soprattutto sta diminuendo la popolazione in età di lavoro. Nel 2014 i residenti (italiani più immigrati) in età lavorativa (15-64 anni) erano 39.319.593; oggi sono quasi due milioni in meno (37.488.934). Secondo le proiezioni dell'Istat, il rapporto fra individui in età lavorativa (15-64 anni) e non (0-14 e 65 anni e più) passerà da tre a due nel 2022 a circa uno a uno nel 2050. Se vogliamo garantire una vita dignitosa alle persone non in età di lavoro, bisogna che ogni persona in età di lavoro devolva circa metà del proprio reddito per sostenere i non lavoratori. A questo bisogna aggiungere l'onere delle imposte necessarie per mantenere tutte le funzioni della pubblica amministrazione (sanità, istruzione, difesa,



giustizia, regolazione ecc.). È evidente che senza un grande salto della produttività del lavoro, questa transizione è insostenibile.

Proprio alla luce di questi e di dati analoghi per gli altri paesi europei, nonché del forte rallentamento della produttività europea negli ultimi vent'anni, nel 2020 la Commissione europea ha lanciato il programma Next Generation EU che devolve circa un terzo delle risorse totali alla transizione digitale. Oggi bisogna dire che la transizione digitale può e deve essere potenziata dall'introduzione dell'IA.

Le stime sui possibili aumenti della produttività sono ovviamente quanto mai incerte, anche perché è difficile prevedere quanto rapidamente avverrà il cambiamento: basti dire che in Italia, Paese che fino a poco tempo fa non brillava per dinamismo digitale, nel 2023 c'è stato un salto di ben il 52 per cento del mercato dell'IA.<sup>[34]</sup> Secondo il rapporto di McKinsey citato sopra, la digitalizzazione può portare ad aumenti della produttività globale sino a oltre il 3 per cento all'anno da qui al 2040; di questa crescita, l'IA può contribuire con valori compresi fra lo 0,1 e lo 0,6 per cento. Secondo una ricerca del Fondo Monetario pubblicata nel gennaio di quest'anno, la produttività del lavoro potrebbe aumentare sino più 1,5 per cento all'anno dal momento in cui viene introdotta l'IA.<sup>[35]</sup> Ovviamente, una delle questioni più difficili da capire è quando e in quale misura verrà introdotta l'IA. Una ricerca del MIT e di IBM mette in guardia da facili entusiasmi, ricordando che per le piccole imprese l'IA può non essere economicamente conveniente.<sup>[36]</sup> L'esempio che viene fatto è quello di un panificio con 5 lavoratori; questi dedicano il 6 per cento del loro tempo a controllare la qualità degli ingredienti, il che non giustifica l'investimento in un sistema di computer vision che svolga questo compito; anche perché la macchina deve essere "addestrata" a riconoscere i diversi tipi di ingredienti e la loro qualità. La situazione potrebbe cambiare se questo compito diventasse una commodity incorporata in un comune dispositivo mobile capace di riconoscere il lievito, come oggi riconosce il nostro volto quando per esempio facciamo un pagamento. Per il riconoscimento delle comuni piante da giardino una app del genere già esiste. In ogni caso è evidente che l'introduzione dell'IA nei sistemi di produzione richiederà un po' di tempo e quel tempo dovrà essere utilizzato dai governi per formare i lavoratori ai nuovi compiti che li attendono.

È anche essenziale che la regolazione sia non troppo pesante per le PMI, ma al tempo stesso che sia tale da ridurre al minimo i rischi e quindi anche le comprensibili perplessità e resistenze dell'opinione pubblica. Leggiamo che un'azienda di Elon Musk, la Neuralink, è arrivata ad inserire un chip, chiamato Telepathy, nel cervello di un individuo tetraplegico e che forse consentirà alla persona di comandare una sedia a rotelle e magari anche un computer. Ci conforta al tempo stesso che questo esperimento abbia avuto bisogno di un'autorizzazione della FDA, che è stata rilasciata in via eccezionale date le condizioni del paziente.

Gli effetti dell'IA sulla produttività e sul mercato del lavoro dipendono anche da quella che la ricerca citata sopra del Fondo Monetario definisce complementarità o sostituibilità fra IA e mansioni lavorative. Nei casi in cui prevale la complementarità il lavoro di una persona diventa più produttivo. Quando invece prevale l'effetto di sostituzione, devono esistere dei percorsi che permettano di formare e riposizionare il lavoratore. L'esempio che viene fatto è quello del giudice. L'IA può aiutare a sintetizzare i precedenti e magari anche a scrivere una prima bozza di sentenza.<sup>[37]</sup> Ma non è ipotizzabile, né auspicabile, un mondo in cui una sentenza viene emessa da una macchina, senza che vi sia l'intervento e la responsabilità di un essere umano. In questo caso, dunque, l'IA può aiutare il giudice a diventare più produttivo; prevale così l'effetto di complementarità. Lo stesso può non essere vero per gli addetti agli uffici del processo, il cui lavoro viene a essere in parte sostituito dalla macchina. Lo stesso vale per gli addetti ai controlli di qualità di una grande azienda, il cui lavoro può in parte essere sostituito, come si è visto sopra con l'esempio di Barilla.

Anche su questa distinzione, che pure è di cruciale importanza, non si può fare altro se non produrre delle stime molto rozze. L'effetto finale in termini di produttività è quello che abbiamo enunciato sopra, il quale, come si è visto, ha un ampio margine di incertezza.

Infine, va sottolineato che moltissime applicazioni dell'IA possono essere introdotte solo laddove il materiale di base sia già stato digitalizzato e su di esso sia possibile "addestrare" le macchine o – per meglio dire – rendere più efficienti gli algoritmi per raggiungere un determinato risultato. Dunque, esiste una stretta connessione fra la digitalizzazione di cui si parlava nel Next Generation EU e l'IA. La digitalizzazione è spesso una precondizione per l'introduzione dell'IA. A sua volta, l'IA può rendere molto più conveniente la digitalizzazione. Anche questo stretto nesso fra digitalizzazione e IA è un punto che può utilmente essere messo in evidenza nel prossimo G7.

quotidianosanita.it

## Sanità digitale. Report Oms sui percorsi intrapresi dai vari Stati. Bene l'Italia, 90% ricette è elettronico ma manca governo dei Big Data

*Il rapporto mira a incoraggiare l'apprendimento condiviso, aiutare i paesi a identificare le barriere sanitarie digitali, esplorare le tendenze, orientare l'agenda per l'innovazione e contribuire all'attuazione del piano d'azione regionale sulla salute digitale per la regione europea dell'OMS.*

**18 APR** - Un nuovo rapporto dell'OMS esamina i percorsi intrapresi dai singoli paesi per rimodellare i propri sistemi sanitari attraverso l'integrazione di politiche e strumenti sanitari digitali.

Il [documento](#) "Esplorare il panorama della sanità digitale nella regione europea dell'OMS: profili nazionali della sanità digitale" descrive in dettaglio le innovazioni in settori quali la telemedicina, la sanità mobile e i Big Data, nonché la governance della sanità digitale e il fascicolo sanitario elettronico.

L'analisi di questi elementi a livello nazionale può fornire informazioni su come ciascun Paese si muove nel panorama in evoluzione della sanità digitale.

Qual è la situazione dell'Italia fotografata dal nuovo report OMS?

Rispetto a Danimarca, Belgio, Francia e anche Albania, che si sono guadagnati la 'spunta verde' in tutti gli ambiti analizzati (dalla presenza di una politica nazionale sulla sanità digitale, che pure l'Italia possiede, al governo dei big data nel settore, che invece all'Italia ancora sembra mancare), il nostro Paese si trova in una situazione di 'stand by' per quanto riguarda l'adozione di politiche, piani d'azione o strategie per la formazione in sanità digitale.

Nel dettaglio, il report analizza anche la risposta a livello regionale nei vari ambiti, per cui la strategia sulla sanità digitale implementata nel 2016 risulta presente a livello nazionale e all'83% a livello regionale; il sistema informativo sanitario digitale adottato nel 2009 è presente a livello nazionale e al 79% a livello regionale, mentre per la telemedicina c'è una strategia nazionale e al 78% anche regionale.

Mancano però progetti per la tele-dermatologia e la tele-psichiatria. I fondi nazionali per la sanità digitale risultano presenti sia livello nazionale che nel 100% delle regioni.

Mancano ancora le partnership pubblico/privato, mentre risulta completo il quadro normativo e il sistema di monitoraggio. Bene anche il sistema delle prescrizioni elettroniche, con **il 90% delle ricette che ormai è dematerializzato**. Come accennato, infine, manca il governo dell'uso dei big data nel settore della sanità, anche nel settore privato.

Il rapporto - evidenzia l'OMS - mira a incoraggiare l'apprendimento condiviso, aiutare i paesi a identificare le barriere sanitarie digitali, esplorare le tendenze, orientare l'agenda per l'innovazione e contribuire all'attuazione del piano d'azione regionale sulla salute digitale per la regione europea dell'OMS.

"La pandemia di COVID-19 ha favorito l'adozione di strumenti e politiche sanitarie digitali. Tuttavia, come vediamo dal nostro rapporto regionale, c'è ancora del lavoro da fare. Con i profili nazionali sulla sanità digitale, siamo in grado di dare uno sguardo più attento, identificando punti di forza, lacune ed esigenze. Ciò ci consentirà di fornire un supporto su misura ai nostri Stati membri nella loro trasformazione sanitaria digitale", ha affermato la dott.ssa **Natasha Azzopardi-Muscat**, Direttore per le politiche e i sistemi sanitari nazionali presso l'OMS/Europa. Le informazioni presentate nei profili dei paesi sono state raccolte tra aprile e ottobre 2022. Pertanto, eventuali recenti progressi o cambiamenti nei rispettivi paesi oltre tale periodo potrebbero non essere riflessi. I profili dei paesi si basano sul rapporto regionale sulla salute digitale dell'OMS/Europa, che è stato pubblicato nel 2023 e ha fornito un'ampia panoramica dei dati e della salute digitale nella regione.

## Osservatorio Salute sostenibile: così il digitale migliora servizi sanitari, salute e benessere. Il 77% degli italiani apprezza le tecnologie ma solo un terzo le usa

In occasione della giornata mondiale della salute, l'Osservatorio della Fondazione per la Sostenibilità Digitale, la più importante Fondazione di ricerca riconosciuta in Italia dedicata ad approfondire i temi della sostenibilità digitale, presenta oggi il suo nuovo rapporto "Sustainable Health", come il digitale cambia la percezione e il rapporto cittadino-sanità, salute e benessere.

Quali sono, cioè, le percezioni, i punti di vista e i comportamenti dei cittadini rispetto al cambiamento in corso nel settore e quanto la trasformazione digitale possa essere la chiave per la sanità del futuro. La ricerca utilizza l'indice Disitm (Digital Sustainability Index) per analizzare la propensione dei cittadini verso la digitalizzazione e/o la sostenibilità e analizza i comportamenti degli italiani rispetto ai servizi sanitari, legati alla salute e al benessere, disponibili online o su app.

«La ricerca mette in evidenza come le tecnologie digitali per la sanità vengano positivamente accolte da circa tre quarti della popolazione italiana, ma vengono di fatto usate da solo un terzo di essa – dichiara Stefano Epifani, Presidente della Fondazione per la Sostenibilità Digitale -. La sempre più larga diffusione di wearable come gli smartwatch e di altri strumenti digitali, ha messo in risalto la necessità di trasparenza su due temi centrali, la gestione della privacy e quella dei dati raccolti.

Temi la cui mancanza sostanziale di chiarezza, ad ora, rischia di produrre come effetto da una parte un uso dei dati che va al di là delle aspettative degli utenti meno consapevoli, dall'altra resistenze all'uso di quelli più accorti. A questo si aggiunge il ruolo sempre più centrale della cybersecurity».

**I dati della ricerca.** La ricerca mette in evidenza come per il 77% dei cittadini l'avvento delle tecnologie digitali nel settore sanitario ha migliorato il servizio e l'esperienza dell'utente. Questa percentuale non subisce scostamenti significativi in base a fattori come genere, età o titolo di studio, ma varia in base al livello di digitalizzazione dei cittadini e di sensibilità verso i temi della sostenibilità, aumentando in coloro che utilizzano normalmente le tecnologie digitali. Di seguito i principali dati emersi dalla ricerca:

**Fascicolo Sanitario Elettronico e consultazione online dei referti :** ad usarli, raramente o con regolarità, è in entrambi i casi poco più di un cittadino su tre. L'80% degli intervistati è consapevole dei benefici derivanti dall'utilizzo, mentre ancora un quinto della popolazione non lo conosce. Questi servizi risultano maggiormente utilizzati dai cittadini delle aree metropolitane appartenenti alle fasce d'età centrali della popolazione, in particolare in quella che va dai 31 ai 44 anni. L'utilizzo diminuisce al decrescere del livello di istruzione dichiarato e le percentuali d'uso aumentano in modo significativo tra gli utenti in possesso di competenze digitali, dimostrando come il driver di adozione sia proprio quello della digitalizzazione.

**Ricetta elettronica :** l'84% degli italiani considera la ricetta elettronica più comoda rispetto a quella cartacea. La utilizzano prevalentemente cittadini digitalizzati, perlopiù residenti nelle aree metropolitane (86%), con elevata scolarizzazione e appartenenti alle fasce d'età più avanzate della popolazione.

**Telemedicina :** si registrano opinioni contrastanti tra gli intervistati, dovute al fatto che i servizi di telemedicina in ambito ambulatoriale non sono ancora molto diffuse. Mentre da una parte per il 79% degli utenti la pandemia, che ne ha incoraggiato l'uso, ne ha anche evidenziato i vantaggi, primo fra tutti la velocità di accesso alle cure rispetto all'assistenza sanitaria tradizionale, al contrario, dall'altra parte, oltre il 70% degli italiani dichiara che i servizi di telemedicina sono stati uno strumento utile nel periodo della pandemia, ma che ora dovrebbero essere abbandonati. Sono favorevoli alla telemedicina gli utenti più digitalizzati e attenti alla sostenibilità, ben l'86% degli intervistati, mentre tra coloro che ritiene debba essere abbandonata, emergono soprattutto i giovanissimi, ovvero l'82% dei cittadini tra i 16 e i 17 anni. Infine, l'80% degli intervistati riconosce alla telemedicina una funzione sociale importante di aiuto alle persone più fragili, gli anziani e ai disabili.

**Visite mediche online :** il 73% degli italiani si dichiarano d'accordo con il fatto che le applicazioni per lo svolgimento di visite on-line consentono di avere un consulto medico più veloce ed efficace. La pensano così i più giovani: l'84% nella fascia d'età tra i 16 e i 17 anni, il 75% tra i 18 e i 24, il 76% appartenente alla fascia 25-30 anni.

**Privacy: i giovani tra i più "confusi" .** Gli intervistati ritengono che sia molto importante la tutela della

privacy ma, quando di fronte a una necessità legata alla salute, l'utilità dei servizi online disponibili sovrasta ampiamente la necessità di tutela.

Il 66% degli intervistati ritiene infatti che la propria privacy sia più importante rispetto alla possibilità di utilizzare servizi per il consulto e/o la visita medica on-line se non in presenza di una piena tutela della propria privacy. Allo stesso tempo però, il 76% degli intervistati dichiara che l'utilità del servizio è tale, da portarli a mettere la privacy in secondo piano. I giovani sono i più confusi: a ritenere la privacy prioritaria è infatti l'81% di coloro che hanno tra i 16 e i 17 anni, l'87% dei quali però, allo stesso tempo, è pronto a metterla in secondo piano di fronte all'utilità dei servizi.

## Conclusioni

Tutti i servizi sanitari digitali presi in considerazione nell'indagine (app per la prenotazione di consulenze online, mediche o psicologiche etc, disponibilità farmacie etc) prevedono l'impiego del digitale "solo" per la semplificazione e velocizzazione degli aspetti amministrativi o organizzativi della sanità. Un'accoglienza favorevole era dunque legittimamente ipotizzabile, e tuttavia non è generalizzata come dimostra il fatto che ben un quarto degli italiani non siano d'accordo con l'affermazione di un miglioramento del servizio a opera del digitale. È significativo il fatto che, mentre nella conoscenza e nell'uso dei singoli servizi sanitari digitali le competenze digitali fanno la differenza, inducendo maggior conoscenza e maggior uso di tali servizi, nella percezione dei vantaggi digitali della medicina del futuro e in particolare della telemedicina, il livello di sostenibilità sembra aiutare più delle competenze digitali.

Nel frattempo, sono però ormai sul mercato presidi sanitari digitali indossabili o impiantabili, si pensi solo al sistema digitale di misurazione della glicemia e dell'insulina impiantabile sul braccio, molto più accurati di quelli analogici ma anche molto più invasivi. È legittimo ipotizzare - rilevano da Fondazione per la Sostenibilità Digitale - che la diffusione di simili e altri strumenti digitali acuisca non solo il dibattito sulla privacy e la gestione dei dati così ottenuti, ma aumenti anche le resistenze di alcuni pazienti ad impiegarli.

Tra le opportunità offerte da Internet agli utenti nella ricerca di supporto o informazioni relative al proprio stato di salute ci sono le comunità on-line, come forum, gruppi Facebook o siti specializzati, frequentati da poco meno di un intervistato su cinque (18%).

«È quantomeno ipotizzabile che tali comunità possano svolgere un ruolo importante anche nella discussione e nel confronto su nuove tecnologie digitali. Un confronto basato, oltre che sulla conoscenza, anche e soprattutto sull'esperienza personale tra peer, potrebbe dare spazio all'espressione di paure e contraddizioni di fronte a nuovi strumenti digitali – spiega Giuliano Castigliero, Psichiatra e psicoterapeuta, membro del Comitato scientifico della Fondazione -. Se vengono ignorate o rimosse, le resistenze continuano infatti ad agire inconsciamente e danno luogo alle contraddittorie posizioni sulla tecnologia sopra evidenziate. Solo se vengono apertamente espresse e affrontate, le resistenze possono essere superate insieme con le paure che le generano, lasciando spazio all'innovazione».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2024-04-03/osservatorio-salute-sostenibile-così-digitale-migliora-servizi-sanitari-salute-e-benessere-77per cento-italiani-apprezza-tecnologie-ma-solo-terzo-usa-111920.php?uid=AF1q7GBB&cmpid=nlqf>

**PS PANORAMA DELLA SANITÀ**  
INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

## Meglio tardi che mai

Apr 19, 2024 | Editoriali, Evidenza

*La sapienza del proverbio antico ben si adatta alla iniziativa delle autorità europee che hanno deciso di regolare con una normativa generale – la prima al mondo e, a quanto pare, piuttosto stringente – l'impiego dell'Intelligenza Artificiale*

**Giovanni Monchiero** Vicedirettore di Panorama della Sanità

*Ho salutato la notizia con spontaneo giubilo e subito mi sono chiesto se il mio atteggiamento non fosse frutto di una naturale tendenza conservatrice, esasperata dall'avanzare dell'età e dalla conseguente difficoltà a comprendere il nuovo.*

**Si tratta di un problema serio.**

*Chiunque esprima dubbi sull'impiego di qualche innovazione tecnologica viene immediatamente accomunato ai luddisti che distrussero i telai meccanici, a chi affermò che mai le automobili avrebbero potuto sostituire i cavalli, a chi guardò con terrore i treni trainati da sbuffanti locomotive.*

*A proposito, quando, a metà ottocento, il governo sabaudo decise di collegare Torino al porto di Savona, la prima idea fu quella di seguire il tracciato di una antica strada riassetata nel periodo napoleonico che passava per Alba e attraversava le Langhe per poi raggiungere la città ligure. Non se ne fece nulla per l'opposizione del Conte di Guarene che sosteneva che il treno gli avrebbe spaventato le mucche. Si optò per Ceva ed Alba ebbe la ferrovia decenni dopo, su una linea molto secondaria che collegava Bra a Asti, oggi un ramo secco. Dall'alto del suo castello – una delle più eleganti residenze rococò del Piemonte – il nobiluomo si guadagnò la fama di reazionario che tuttora lo accompagna.*

### **Contrito per i timori che mi suscita l'A.I., provo a darmene spiegazione.**

*Quando ottenni il mio primo impiego stabile – ero stato per qualche anno un insegnante supplente, ma in quel contesto i registri si tenevano a mano – le segretarie producevano i documenti d'ufficio con copioso utilizzo della carta carbone. Grande ammirazione suscitava la fotocopiatrice a rotolo fotosensibile che aveva però il limite di produrre copie pesanti, costose e puzzolenti, praticamente inutilizzabili. Dopo qualche anno, una carta speciale, leggera, che permetteva di effettuare una dozzina di copie impresse con la sola battuta del tasto, pensionò la carta carbone. In rapida sequenza, sarebbero poi arrivate fotocopiatrici a carta normale, personal computer con software poco "amichevoli" rottamati in un battibaleno da "Windows", di uso intuitivo che consentiva di elaborare e impaginare testi e, attraverso moderne stampanti, di riprodurli con grande facilità, e infine, nell'ultimo decennio del secolo, la rivoluzione dei telefonini.*

### **Un crescendo di trionfi tecnologici.**

*Nel nuovo secolo i telefonini si sono trasformati in computer tascabili capaci di collegarci permanentemente con il mondo, e i social hanno innescato una trasformazione capillare e globale delle relazioni interpersonali e del linguaggio, senza precedenti nella storia del mondo.*

### **In prima elementare ci avevano fatto riempire quaderni di aste, oggi viviamo tra automazioni di ogni sorta: troppo e troppo in fretta.**

*Nessuno seppe o volle vedere i pericoli connessi alle nuove tecnologie della comunicazione. Il principio di libertà si impose su ogni cautela, anche perché qualunque intervento normativo sarebbe stato accolto come l'annuncio di una prossima tirannide.*

***In quel clima di generale entusiasmo, erano ottimisti persino i profeti di sventura: il temuto incremento di temperatura del pianeta si è materializzato molto prima del previsto. Alla faccia degli increduli.***

***La non volontà o l'incapacità di dominare il cambiamento è stata finalmente interrotta dalla Unione Europea. Intervento forse tardivo che ha prodotto norme destinate ad entrare in vigore fra un paio d'anni quando ciò che chiamiamo intelligenza artificiale sarà già altra cosa rispetto a quel che è adesso, ma, nonostante questo limite, meritevole di essere salutato come una collettiva presa di coscienza.***

*Le prime ipotesi su come recepire la normativa europea nel nostro ordinamento hanno suscitato una immediata polemica. Il governo propone di istituire una nuova, specifica authority, il Garante della Privacy insorge precisando che tocca a lui. Le solite baruffe da commedia dell'arte.*

***L'uomo non cambia mai. Ecco – anche per noi conservatori – un'ulteriore fonte di preoccupazione.***

**<https://panoramadellasanita.it/site/meglio-tardi-che-mai/>**



## **Secondo Letta il Rapporto sul mercato unico ha aperto una discussione per il futuro della crescita europea**

**Simone Cantarini** | [EURACTIV Italia](#)

18 apr 2024 (aggiornato: 19 apr 2024)

*Il rapporto sul mercato unico “Much more than a market – Speed, security, solidarity” presentato giovedì (18 aprile) al Consiglio europeo dall’ex premier italiano, Enrico Letta, ha aperto una discussione per il futuro della crescita europea. Ad affermarlo è lo stesso Letta nella conferenza stampa al termine del vertice dei leader dei Paesi UE.*

*“Avevo il grosso timore ad avere il referto subito nel cassetto. E oggi, penso che dopo questo Consiglio europeo ho la sensazione che forse questo è stato evitato. Perché oggi abbiamo immediatamente avviato la discussione sull’Unione dei mercati dei capitali, su risparmi e investimenti. Penso che sia il primo passo per l’attuazione di una nuova idea di mercato unico”, ha dichiarato Letta nella conferenza stampa a cui hanno preso parte anche la presidente della Commissione europea, Ursula von der Leyen e il premier belga, Alexander De Croo, il cui Paese detiene la presidenza del Consiglio dell’Unione europea.*

*“Il mercato unico è il fiore all’occhiello, lo sappiamo tutti, e deve essere completato, ampliato. E dobbiamo concretamente orientarci su come dal mercato unico si possa trarre profitto per i cittadini», ha aggiunto l’ex premier. L’ex premier Enrico Letta ha detto di aspettarsi, e sperare, che le linee guida contenute nel suo rapporto sul Mercato unico europeo siano applicate in futuro.*

*“Sono orgoglioso del fatto che con questo rapporto siamo riusciti a aprire una discussione importante. Il tema è quello del futuro, della crescita”, ha affermato Letta, sottolineando che durante il Consiglio i leader hanno discusso sulle proposte del rapporto. “Una discussione che spero ci possa portare verso un futuro in cui il Mercato unico europeo possa diventare veramente il mercato unico per i cittadini, per tutti i lavoratori e le lavoratrici, per gli studenti, per tutti coloro che vogliono fare ricerca”, ha affermato.*

*Letta ha detto di augurarsi che il Mercato unico sia per tutti, “per le grandi imprese e per le piccole”.*

*Secondo l’ex premier, vi è la possibilità “di superare gli ostacoli che oggi ci sono, che sono ancora tanti. Dobbiamo superarli per consentire a tutti i cittadini e le imprese di avere i vantaggi dovuti al Mercato unico”.*

*Letta ha espresso l’auspicio che le linee del rapporto “vengano applicate, come è stato già fatto in parte a partire dal Consiglio di oggi”.*

### **Necessario un nuovo fondo per bilanciare il futuro impatto dell’allargamento dell’UE, secondo il rapporto Letta**

*Secondo una bozza del rapporto dell’ex primo ministro italiano Enrico Letta, visionata da Euractiv, alcuni Stati membri e settori dell’UE potrebbero essere esposti più di altri ai futuri allargamenti dell’Unione europea, per compensare gli squilibri è necessario un nuovo fondo.*

### **Possibile trovare un accordo su nuovi strumenti come il Next Generation EU**

*In merito alle divisioni tra i Paesi UE su nuovi strumenti di debito comune e sulla continuazione del Next Generation EU, Letta ha osservato: “Se entriamo in un dibattito dicendo che vogliamo semplicemente la continuazione del Next Generation EU, non credo che troveremo un accordo. Se entriamo in un dibattito con la possibilità di disporre di diversi strumenti, penso che possiamo riuscirci”.*

*Secondo Letta, il tema è cruciale perché “bisogna capire dove prendere i soldi necessari per gli investimenti e l’accompagnamento all’allargamento”.*

*“Se lo troviamo con uno strumento modello Next Generation, coloro che sono contrari devono aprire la porta a una serie di interventi. E oggi il Consiglio ha fatto un passo avanti indicando il risparmio privato degli europei. Questo penso possa aprire la porta a uno strumento di investimento pubblico”, ha affermato Letta, rivelando che nel dibattito avvenuto in Consiglio è emersa la necessità di “trovare un modo per finanziare queste esigenze e non possiamo sottrarci a questa necessità perché altrimenti i Paesi devono mettere più soldi nei contributi al bilancio”.*

### **Ecco le proposte del rapporto di Enrico Letta sul futuro del mercato unico**

Euractiv Italia dedica uno Special Report al rapporto sul futuro del mercato unico dell'Unione europea redatto dall'ex premier italiano Enrico Letta e che sarà presentato il 18 aprile davanti ai leader dei Paesi UE riuniti a Bruxelles al Consiglio europeo.

<https://euractiv.it/section/economia-e-sociale/news/i-paesi-ue-raggiungono-un-accordo-per-rilanciare-il-progetto-dell'unione-del-mercato-dei-capitali/>

### **L'integrazione dei servizi finanziari è diventata cruciale**

Letta ha espresso il suo ottimismo rispetto alla volontà dei Paesi UE di portare [avanti senza indugi](#) i lavori del Consiglio e della Commissione per creare un mercato dei capitali europeo realmente integrato, nonostante le richieste di armonizzare le norme sull'imposta sulle società e di centralizzare la supervisione delle imprese del settore finanziario siano state scartate dalle conclusioni finali del Consiglio.

“La decisione è stata coraggiosa, non facile, perché so che ci sono difficoltà e conflitti tra gli Stati membri sul tema dell'unione dei mercati dei capitali”, ha affermato Letta. “Oggi ho la sensazione che l'integrazione dei servizi finanziari nel mercato unico abbia cambiato livello di importanza e sia diventata qualcosa di cruciale per gli obiettivi futuri dell'intera Unione europea”, ha fatto notare l'ex premier, osservando che finora non era stato così.

Letta ha sottolineato che l'idea dell'unione del mercato dei capitali iniziò anzitutto con l'idea di mantenere a bordo il Regno Unito. “Questa è stata, a mio avviso, la prima idea dell'unione dei mercati dei capitali. E questa grande missione è stata una grande spinta per ottenere il risultato. Ma poi è avvenuta la Brexit. Abbiamo continuato con una motivazione diversa, credo. E la motivazione forse non era sufficiente”, ha ammesso Letta.

Tuttavia, secondo l'ex premier, ora vi è una motivazione trainante, ovvero tentare di finanziare la transizione green grazie all'integrazione dei servizi finanziari a livello di mercato unico.

“Questo è il motivo per cui mi congratulo con la presidenza belga perché, a mio avviso, è uno dei risultati più importanti di questo semestre”, ha affermato Letta.

### **L'Unione del mercato dei capitali è una "necessità" per l'UE secondo Gentiloni e Lagarde**

Se l'Europa vuole progredire verso i suoi obiettivi strategici dal Green Deal, alla transizione digitale allo sviluppo del settore della difesa una Unione del mercato dei capitali è una necessità fondamentale. E' questo il monito espresso nella conferenza stampa al ...

Il contenuto degli articoli di Euractiv è indipendente dalle opinioni dei nostri Sponsor. Euractiv è gratuito e rimarrà tale. Ma il giornalismo indipendente costa. Se vuoi sostienici.

<https://euractiv.it/section/economia-e-sociale/news/secondo-letta-il-rapporto-sul-mercato-unico-ha-aperto-una-discussione-per-il-futuro-della-crescita-europea/>

## **Draghi: all'Ue manca una strategia industriale per rimanere competitiva, serve un cambiamento radicale**

*"La competitività è stata a lungo un tema controverso per l'Europa"*

16 Aprile 2024

© Agenzia Nova - Riproduzione riservata

*L'UE manca di una strategia industriale per rimanere competitiva nel mercato globale contemporaneo, motivo per cui "è necessario un cambiamento radicale". Lo ha affermato l'ex premier ed ex presidente della Banca centrale europea, **Mario Draghi**, durante il suo intervento alla Conferenza di alto livello sul pilastro europeo dei diritti sociali a La Hulpe, in Belgio.*

*"Per molto tempo la competitività è stata un tema controverso per l'Europa", un tema che, secondo Draghi, è stato messo al centro nel modo sbagliato. "Ci siamo ripiegati su noi stessi, vedendo i nostri concorrenti come noi stessi, anche in settori come la difesa e l'energia, dove abbiamo profondi interessi comuni. Allo stesso tempo, non abbiamo guardato abbastanza verso l'esterno. In un contesto internazionale favorevole, ci siamo affidati a condizioni di parità e a un ordine internazionale basato su regole, aspettandoci che gli altri facessero lo stesso. Ma ora il mondo sta cambiando rapidamente. E ci ha colto di sorpresa", ha detto. "Abbiamo bisogno di un'Unione europea che sia all'altezza del mondo di oggi e di domani. Pertanto, ciò che propongo nella relazione che il Presidente della Commissione mi ha chiesto di preparare è un cambiamento radicale. Ma questo è ciò che è necessario", ha concluso Draghi.*

*"L'Unione europea manca di una strategia per tenere il passo in una corsa sempre più spietata per la leadership nelle nuove tecnologie. Oggi investiamo meno di Stati Uniti e Cina in tecnologie digitali e avanzate, anche per la difesa, e abbiamo solo quattro operatori tecnologici europei tra i primi 50 a livello globale. Ci manca una strategia per proteggere le nostre industrie tradizionali da un campo di gioco globale diseguale causato da una simmetria di regolamenti, sussidi e politiche commerciali", ha spiegato Draghi.*

*"Senza azioni politiche strategiche coordinate a livello europeo, alcune industrie ad alta intensità energetica dovranno lasciare l'Europa o chiudere. In altre regioni, queste industrie non solo hanno costi energetici inferiori, ma anche un onere normativo inferiore. In alcuni casi, ricevono anche massicce sovvenzioni, che minacciano direttamente la capacità delle imprese europee di competere. Senza azioni politiche strategiche e coordinate, è logico che alcune delle nostre industrie chiudano la loro capacità o si spostino al di fuori dell'Unione Europea", ha detto ancora Mario Draghi.*

*Per l'ex primo ministro è necessaria una politica europea per garantire la catena di approvvigionamento delle materie prime critiche. "Abbiamo giustamente una politica ambiziosa, un'agenda per la politica climatica in Europa e obiettivi ambiziosi per i veicoli elettrici", ha osservato. Ma in un mondo in cui alcuni Stati controllano "molte delle risorse di cui abbiamo bisogno, un tale programma deve essere combinato con un piano per proteggere la nostra catena di approvvigionamento: dai minerali critici alle batterie alle infrastrutture di ricarica", ha detto Draghi.*

*"Un altro esempio in cui non stiamo sfruttando la scala sono le telecomunicazioni. Nell'Ue abbiamo un mercato di circa 450 milioni di consumatori, ma gli investimenti pro capite sono la metà di quelli degli Stati Uniti e siamo in ritardo nella diffusione del 5G e della fibra ottica", ha detto Draghi. "Uno dei motivi di questo divario è che in Europa abbiamo 34 gruppi di reti mobili – e questa è una stima prudente, in realtà ce ne sono molti di più – che spesso operano su scala nazionale, rispetto ai tre degli Stati Uniti e ai quattro della Cina", ha aggiunto. "Per generare maggiori investimenti, dobbiamo semplificare e armonizzare ulteriormente le normative sulle telecomunicazioni in tutti gli Stati membri e sostenere, non ostacolare, il consolidamento", ha concluso.*

**[Draghi: all'Ue manca una strategia industriale per rimanere competitiva, serve un cambiamento radicale \(agenzianova.com\)](https://www.agenzianova.com)**

## **Draghi chiede più competitività alla Ue: “C’è bisogno di un cambiamento radicale”**

*L'ex premier torna a sferzare sulla necessità di maggiore integrazione: “Se non a 27, tra chi la vuole fare”*

MILANO – [Mario Draghi](#) interviene alla conferenza europea sui diritti sociali ma già rimette al centro della scena i temi della competitività che la Commissione von der Leyen gli ha chiesto di esplorare. “Nella Ue c’è bisogno di un cambiamento radicale – scandisce l'ex premier italiano – Le nostre regole per gli investimenti sono costruite su un mondo che non c’è più, il mondo pre-Covid, pre-guerra in Ucraina, pre-crisi in Medio Oriente. E ci troviamo in un mondo in cui è tornata la rivalità tra le grandi potenze”.

### **Il pericolo Cina**

Un mondo nel quale “siamo stati colti di sorpresa” e in cui “altri Paesi non seguono le regole”, spiega Draghi proprio nei giorni in cui [il leader tedesco Scholz è in Cina](#) con il pesante braccio di ferro sulle pratiche commerciali aggressive di Pechino a fare da sfondo al viaggio. Un braccio di ferro su cui Draghi non si esime: Pechino “mira a catturare e internalizzare tutte le parti della catena del valore nelle tecnologie avanzate e pulite e ad assicurarsi l'accesso alle risorse necessarie. Questa rapida espansione dell'offerta sta portando ad una significativa sovraccapacità produttiva in più settori e minaccia di minare le nostre industrie”, dice l'ex Bce.

### **Un'integrazione a più livelli**

Draghi parla dunque della necessità di accelerare sull'integrazione, come puntualmente sottolineato [in diversi suoi interventi pubblici](#) nelle sue nuove vesti, arrivando a sferzare: “Se non a 27, tra chi la vuole fare”, riferimento alla via della cooperazione rafforzata tra un ristretto numero di Paesi per concludere l'Unione del mercato dei capitali. “Non abbiamo il lusso di poter rinviare le decisioni, per assicurare coerenza tra i diversi strumenti per rilanciare la competitività della ue occorre un nuovo strumento strategico per coordinare le politiche economiche”.

L'ex governatore della Banca centrale europea si muove a Bruxelles e dintorni con Enrico Letta, che giovedì parteciperà alla riunione dei capi di Stato e di Governo per presentare il suo rapporto sul mercato interno. A Draghi è stato affidato il complementare lavoro sulla competitività Ue, che verrà invece finalizzato per giugno. “Quello che proporrò nel mio report è un cambiamento radicale: questo è ciò di cui abbiamo bisogno”, la sua anticipazione. Proprio sul “nuovo Patto per la competitività” si incentra l'agenda dei lavori del Consiglio europeo straordinario di mercoledì e giovedì, che indicherà l'agenda politica da consegnare alla prossima legislatura che scaturirà dal voto europeo di inizio giugno. “Dobbiamo raggiungere una trasformazione dell'economia europea, dobbiamo essere in grado di fare affidamento su un sistema energetico decarbonizzato, una difesa integrata europea, una produzione domestica nei settori più innovativi e una posizione leader nella produzione tecnologia”, aggiunge Draghi.

### **I ritardi dell'Europa, dal tech ai capitali**

L'ex governatore porta alcuni esempi lampanti del processo di mancata integrazione e delle sue conseguenze. Tra le aziende tech che dominano il mondo, ne esprimiamo “solo quattro sulle top 50”. O ancora, nelle Telecomunicazioni abbiamo “34 compagnie mobili nazionali, mentre gli Usa ne hanno 3 e la Cina 4”. E il risultato è che “siamo indietro sul 5G”.

“Credo che la coesione politica della nostra Unione richieda che agiamo insieme, possibilmente sempre. Dobbiamo essere coscienti che la coesione politica è minacciata dai cambiamenti del resto del mondo”, sostiene Draghi a La Hulpe, dove la presidenza belga ha organizzato la conferenza. “La maggior parte degli investimenti dovrà essere coperta da investimenti privati. I risparmi privati sono molto elevati e vengono per lo più incanalati in depositi bancari e non finiscono per finanziare la crescita tanto quanto potrebbero in un mercato dei capitali più ampio. Questo è il motivo per cui avanzare nell'Unione dei mercati dei capitali costituisce una parte indispensabile della strategia complessiva per la competitività”.

### **L'esempio degli Usa**

Draghi guarda ancora a quel che succede fuori dal Vecchio continente per dare il senso d'urgenza di agire: “[Gli Stati Uniti](#) stanno utilizzando una politica industriale su larga scala per attrarre capacità manifatturiere nazionali di alto valore all'interno dei confini, compresa quella delle aziende europee, mentre l'utilizzo della protezione significa escludere i concorrenti e sfruttare il proprio potere geopolitico per riorientare e proteggere le catene di approvvigionamento.”

Noi – aggiunge – non abbiamo mai avuto la possibilità di stipulare un patto industriale equivalente a livello di Unione Europea, anche se la Commissione ha fatto tutto quanto in suo potere per colmare questa lacuna in quanto tale.

Nonostante il numero di iniziative positive in corso, siamo ancora nella mancanza di una strategia globale su come rispondere in più aree. Ci manca una strategia su come tenere il passo con l'aumento dei costi per raggiungere la leadership nelle nuove tecnologie".

[https://www.repubblica.it/economia/2024/04/16/news/draghi\\_chiede\\_piu\\_competitivita\\_alla\\_ue\\_ce\\_bisogno\\_di\\_un\\_cambiamento\\_radicale-422544756/?ref=RHLF-BG-P1-S1-T1](https://www.repubblica.it/economia/2024/04/16/news/draghi_chiede_piu_competitivita_alla_ue_ce_bisogno_di_un_cambiamento_radicale-422544756/?ref=RHLF-BG-P1-S1-T1)

## la Repubblica

### **Il peso dei lavoratori poveri. Unimpresa: “Il 15% della popolazione a rischio”**

(ansa)

*Dietro i recenti record dell'occupazione cresce la schiera di precari part-time involontari: 8 milioni e mezzo in disagio*

*Lavorare e ciononostante avere difficoltà economiche. E' il paradosso nel quale si trovano 6,6 milioni di italiani, che sommati ai disoccupati portano a 8 milioni e mezzo la quota di popolazione a rischio povertà: il 15 per cento del totale.*

*E' il paradosso messo in evidenza da un'analisi di Unimpresa sui dati Istat e che getta una luce non proprio abbagliante sugli ultimi dati del [mercato del lavoro](#), che ha registrato record di occupati ma anche grazie alla dinamica demografica e alla permanenza sul posto di lavoro degli “over” che hanno via via visto restringersi i canali di accesso alla pensione.*

*Secondo l'associazione, si legge nello studio, “l'aumento del dato relativo al mercato del lavoro negli ultimi mesi non cancella le zone ad altissimo rischio, con quasi 2 milioni di disoccupati a cui vanno sommati 6,6 milioni di cosiddetti “working poor”.*

*Senza dimenticare gli oltre 5 milioni di soggetti in povertà assoluta che portano il totale degli italiani in difficoltà parziale o estrema a quasi 14 milioni”.*

*Coperture fantasma per il bonus tredicesime. Ora Palazzo Chigi teme per la promessa elettorale*

*Il Centro studi di Unimpresa rileva che “è comunque leggermente calata, l'anno scorso, la fetta di persone a rischio povertà, pari a 8 milioni e 440 mila in discesa di circa 28mila unità rispetto al 2022”.*

*Ma il presidente Paolo Longobardi si rivolge all'esecutivo e dice che “la vera sfida” è di “creare le condizioni affinché le imprese possano crescere, investire e creare nuova occupazione.*

*La ricetta è semplice: meno burocrazia e meno tasse, con una quota consistente di incentivi per chi crea nuova, stabile occupazione. Il consiglio dei ministri in programma martedì è una occasione formidabile anche da questo punto di vista”.*

*La lente si posa in particolare sui lavoratori precari o sottopagati: un bacino che “negli ultimi anni, ha alimentato la fetta di poveri assoluti: infatti, se i poveri, a partire dal 2005, sono più che raddoppiati, salendo da 2,4 milioni a 5,6 milioni, i “working poor” sono passati, negli ultimi anni, da 10,4 milioni a 8,5 milioni: un “saldo” negativo di 2,2 milioni che va letto come un passaggio da un'area a rischio alla povertà assoluta”, si legge ancora.*

*Nel dettaglio degli occupati instabili o a basso reddito, i lavoratori con contratto a termine part time sono passati da 867mila a 920mila, in aumento di 53mila unità (+6,1%); gli addetti con contratto a termine e a tempo pieno sono calati, invece di 93mila (-4,4%) da 2 milioni e 114mila a 2 milioni e 21mila; i lavoratori con contratto a tempo indeterminato part time involontario rappresentano un'altra fascia cresciuta, con un aumento di 17mila unità (+0,6%) da 2 milioni e 638mila a 2 milioni e 655mila; i lavoratori con contratti di collaborazione sono aumentati di circa 2mila unità (+0,8%) da 248mila a 250mila; gli autonomi part time, infine, sono cresciuti di 73mila unità (+10,7%) da 684mila a 757mila.*



## L'AREA DI DISAGIO SOCIALE QUANTI SONO GLI ITALIANI A RISCHIO POVERTÀ

	2023	2022	VARIAZIONE	
<b>DISOCCUPATI</b>	<b>1.947</b>	<b>2.027</b>	<b>-80</b>	<b>-3,9%</b>
Ex occupati	1.055	1.129	-74	-6,6%
Ex inattivi	390	393	-3	-0,8%
In cerca di prima occupazione	502	505	-3	-0,6%
<b>OCCUPATI</b>	<b>6.603</b>	<b>6.551</b>	<b>52</b>	<b>0,8%</b>
A termine part time	920	867	53	6,1%
A termine tempo pieno	2.021	2.114	-93	-4,4%
Tempo indeterminato part time involontario	2.655	2.638	17	0,6%
Collaboratori	250	248	2	0,8%
Autonomi part time	757	684	73	10,7%
<b>TOTALE AREA DISAGIO SOCIALE</b>	<b>8.550</b>	<b>8.578</b>	<b>-28</b>	<b>-0,3%</b>

Fonte. Elaborazioni Centro studi di Unimpresa su dati Istat - valori in migliaia (28 aprile 2024)

"Dobbiamo combattere proprio questo e il governo, se davvero vuole mantenere le promesse fatte fin qui, deve creare le condizioni per far lavorare al meglio le imprese. Noi non crediamo nei sussidi a tempo indeterminato e siamo convinti che i posti di lavoro possano nascere solo dalle imprese, adeguatamente sostenute in termini normativi e in termini fiscali", conclude il presidente onorario di Unimpresa.

[https://www.repubblica.it/economia/2024/04/28/news/il\\_peso\\_dei\\_lavoratori\\_poveri\\_unimpresa\\_il\\_15\\_della\\_popolazione\\_a\\_rischio-422752427/?ref=RHLF-BG-P19-S2-T1](https://www.repubblica.it/economia/2024/04/28/news/il_peso_dei_lavoratori_poveri_unimpresa_il_15_della_popolazione_a_rischio-422752427/?ref=RHLF-BG-P19-S2-T1)

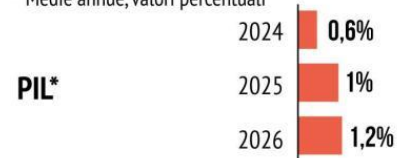
## CORRIERE DELLA SERA

### Pil, il sorpasso della Spagna all'Italia (e l'esempio degli Usa dove la recessione non arriva più)

Federico Fubini

#### LE STIME DI BANKITALIA

\*Variazioni percentuali sull'anno precedente  
\*\*Medie annue, valori percentuali



Le recessioni di solito prendono di sorpresa; nell'ultimo anno invece ha preso di sorpresa il fatto che una recessione negli Stati Uniti non si sia vista. O, almeno, non ancora.

Alla fine del 2022 il canale di news americano Cnbc spiegava «perché tutti pensano che sia in arrivo». Di questi tempi l'anno scorso Goldman Sachs dava al 25% le probabilità di un evento del genere entro la fine del 2023, i tassi di mercato lo indicavano ben oltre il 50%, mentre i super-consulenti del Conference Board all'inizio scrivevano: «La crescita del prodotto interno lordo (negli Stati Uniti) entrerà in contrazione nel secondo trimestre e ci resterà per tre trimestri di seguito».

Quanto al Fondo monetario internazionale, nel gennaio del 2023 prevedeva nell'anno una crescita americana appena all'1,4%. Risultato: alla fine del quarto trimestre del 2023 l'economia americana era del 3,1% più grande di un anno prima.

Dov'è l'ingrediente segreto? E per caso racchiude delle lezioni anche per noi, in Italia e in Europa?

## La piena occupazione

Una risposta esaustiva richiederebbe anni di studio: qui intendo però occuparmi solo di uno dei fattori della crescita, ma quello che di recente ha preso più in contropiede gli analisti pubblici e privati: il mercato del lavoro, cioè le donne e gli uomini che lo fanno vivere.

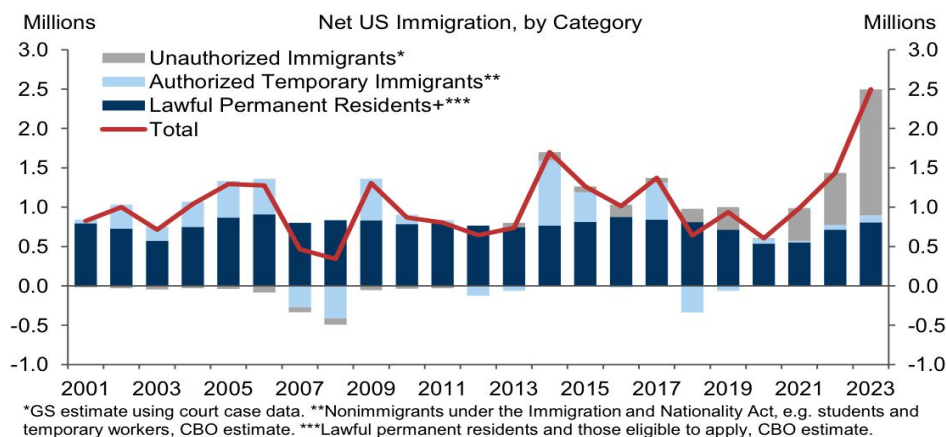
Prima della pandemia, i dati della Social Security Administration e del Congressional Budget Office (l'equivalente a Washington, più robusto, dell'Ufficio parlamentare di bilancio) portavano a concludere che l'America, nel 2023 e nel 2024, non sarebbe riuscita a far posto in maniera sostenibile a oltre centomila nuovi occupati circa netti in più al mese.

Al di sopra di quei livelli, in un'economia vicina alla piena occupazione, la caccia delle imprese a sempre nuova manodopera avrebbe portato i datori di lavoro ad offrire salari sempre più alti; avrebbe dunque spinto l'inflazione al punto che la Federal Reserve avrebbe alzato i tassi d'interesse ancora di più per domare la dinamica dei prezzi; e il Paese sarebbe finito in recessione. In altri termini, sembrava che la Fed dovesse generare disoccupazione tramite una brusca frenata dell'economia, per riportare gli aumenti dei listini sotto controllo.

## Le teorie monetarie

Questa era la teoria. Era anche ciò di cui si discuteva un anno fa. Nella pratica invece la Fed ha davvero imposto la sua stretta monetaria, la più ripida da decenni; eppure l'occupazione ha continuato a crescere di due volte e mezzo più veloce al suo presunto «limite di velocità» (255 mila occupati in più al mese in media nel 2023); la dinamica dei salari stranamente è rimasta tutto sommato sotto controllo; e ora il consenso degli analisti vede l'inflazione appena al 2,5% in media per quest'anno, secondo gli ultimi dati dell'Economist.

Exhibit 1: Net US Immigration Surged to Over 2.5 Million in 2023



Insomma, un ingrediente dev'essere completamente sfuggito all'osservazione, ma ha cambiato tutto: ha alimentato il mercato del lavoro e la crescita ed ha aiutato a controllare l'inflazione. È stato il grande segreto degli Stati Uniti nel 2023.

## La campagna elettorale

È un ingrediente di cui è maleducato parlare, nella feroce campagna elettorale di questi mesi: l'immigrazione (vedi grafico qui sopra). È stata la grande sorpresa dell'economia negli ultimi dodici mesi, più dell'impatto dell'intelligenza artificiale o dei maxi sussidi dell'Inflation Reduction Act. Una ricetta antica eppure potente. Il flusso della nuova immigrazione netta negli Stati Uniti è stata di gran lunga il più forte almeno degli ultimi vent'anni, soprattutto quella dei «non autorizzati» (noi li chiamiamo «clandestini») che attraversano il confine con il Messico e poi in qualche modo finiscono per integrarsi regolarmente nel grande motore dell'economia americana.

## Lo studio

Uno studio del mese scorso di Wendy Edelberg e Tara Watson per la Brookings Institution mostra quanto profonda sia stata questa sorpresa e la spinta che ne è derivata. Il Census Bureau, un'agenzia governativa, prevedeva che fra metà 2022 e metà 2023 ci sarebbero stati circa 1,1 milioni di nuovi immigrati (al netto di coloro che avrebbero lasciato il Paese). Sembrava ragionevole, perché sarebbe stato un afflusso in linea con le medie dall'inizio del secolo.

Invece il Congressional Budget Office a gennaio scorso ha presentato, a cose fatte, una stima tre volte più alta: l'anno scorso sono entrati in America, al netto di chi è uscito, 3,3 milioni di migranti in più (il dato di Goldman Sachs nel grafico sopra dà un valore lievemente più basso a 2,5 milioni, ma sempre due volte e mezzo sopra le medie recenti).

In parte importante sono persone nel fiore dell'età e nel pieno delle forze provenienti dal Sudamerica, dall'America centrale o dal Messico, che spesso vengono fermati nel deserto senza documenti dallo US Border Patrol, ma alla fine riescono a restare legalmente negli Stati Uniti. E a lavorare. Sono loro che hanno permesso al mercato del lavoro di espandersi e all'occupazione di crescere senza che il motore andasse fuori giri e l'inflazione esplodesse.

Sono loro, in buona parte, che hanno fatto proseguire l'attuale fase di crescita americana evitando la recessione: nessuno aveva messo in conto un anno fa che gli immigrati sarebbero stati tre volte più del solito.

## L'aumento degli stranieri

Edelberg e Watson stimano che l'aumento degli stranieri porta venti miliardi di dollari di consumi in più nel 2022, 46 miliardi in più nel 2023 e 76 quest'anno. Poi c'è l'effetto indiretto, ancora più potente: più persone che vivono nel Paese hanno bisogno di più spazio e più strumenti nelle imprese per permettere loro di lavorare; hanno bisogno che ci siano più scuole e che si assumano più insegnanti per educare i loro figli; hanno bisogno di più case da costruire per dar loro un tetto sulla testa, e così via. L'impatto sull'economia è vasto e a cascata. Dell'immigrazione è prudente non parlare mentre Donald Trump e Joe Biden lottano per la Casa Bianca attorno al tema del confine con il Messico. Ma tutti capiscono che il segreto americano del 2023 è, in buona parte, lì.

## Il confronto con Italia e Spagna

E noi che c'entriamo? C'entriamo, eccome.

Avete confrontato i dati dell'Italia e della Spagna, recentemente? Alla fine del quarto trimestre del 2023 l'economia italiana era appena dello 0,6% sopra il livello di un anno prima (sempre secondo l'Economist), mentre quella iberica era del 2% sopra. Eppure il governo di Madrid aveva del tutto evitato di bruciare denaro pubblico nel fuoco di paglia dei bonus ed aveva un deficit di (molto) meno della metà del nostro, in proporzione al prodotto lordo.

La ragione della migliore performance iberica dev'essere dunque altrove, per esempio nella dinamica diversa della popolazione residente. Dal 2017 in Spagna il numero degli abitanti è aumentato del 2%, cioè di circa un milione di persone; in Italia invece è diminuito esattamente di altrettanto, del 2%, cioè di circa 1,2 milioni di persone.

## La crisi demografica

Non è la forbice che ci si aspetterebbe. Entrambi i Paesi dell'Europa del Sud vivono infatti una profonda crisi demografica e quella spagnola è anche più grave: nel 2022 appena 1,16 figli per donna per gli iberici, persino meno dei 1,24 figli per donna registrati in Italia.

Se però la popolazione in Spagna continua ad aumentare mentre in Italia scende, è perché la prima sta integrando molti più stranieri nella sua economia e – come negli Stati Uniti – lo si vede benissimo nei tassi di crescita. Il 28 febbraio scorso il quotidiano francese «Les Echos» ha scritto che dei 4,9 milioni di posti di lavoro creati nell’Unione europea negli ultimi quattro anni, 3,8 milioni sono stati coperti da persone nate fuori dall’Unione europea stessa.

Senza di loro, saremmo andati a sbattere molto prima con i nostri limiti. Non ci sarebbero state materialmente le persone in Europa per produrre i beni e i servizi che ci hanno tirato fuori dalla profonda recessione pandemica.

### **Che cosa sta accadendo in Italia**

Quanto a questo, è il caso di capire cosa sta accadendo in Italia.

Dal 2018 l’economia ha creato 621 mila posti di lavoro in più ed è senz’altro una notizia molto positiva. Poi però servono le persone per svolgere queste nuove mansioni. E qui il quadro è diverso.

Secondo l’Istat le «forze di lavoro» – cioè il totale degli occupati, più coloro che potenzialmente potrebbero lavorare – dal 2018 al 2023 non hanno fatto che diminuire.

Sono diminuiti gli italiani, di circa centomila persone (a 22,8 milioni); ma sorprendentemente sono diminuiti fra le «forze di lavoro» anche gli stranieri, di 40 mila persone (a 2,67 milioni). In parte ciò si spiega con il fatto che alcuni stranieri nel frattempo hanno acquisito la cittadinanza italiana.

Ma la sostanza è innegabile: stiamo seguendo un cammino diverso da quello degli Stati Uniti e della Spagna, come si vede dai ritmi di crescita di nuovo depressi.

### **La forza inarrestabile dei migranti**

Voglio dire con questo che dobbiamo aprirci per forza a una maggiore immigrazione? No. Queste sono scelte che spettano liberamente agli elettori: hanno diritto di preferire meno stranieri, anche a costo di avere meno crescita. Ma in un’economia matura e demograficamente declinante è difficile volere l’una e l’altra cosa insieme: una relativa chiusura agli immigrati – in confronto ad altri Paesi – eppure tassi di crescita elevati.

È difficile volerlo, soprattutto, se intanto non si fa nulla per rendere il sistema-Paese più efficiente. La newsletter Eurointelligence ha scritto tempo fa: «È incoerente sul piano logico per i partiti conservatori e di destra chiedere di fermare l’immigrazione, senza offrire alcuna soluzione riguardo alla produttività. È come avere una forza inarrestabile che va a sbattere contro un obiettivo irremovibile». Basta saperlo.

[https://www.corriere.it/economia/lavoro/24\\_aprile\\_08/pil-il-sorpasso-della-spagna-all-italia-e-l-esempio-degli-usa-dove-la-recessione-non-arriva-piu-b0c3535e-78d8-4b83-b13b-8d42bcb1dxlk.shtml?refresh\\_ce](https://www.corriere.it/economia/lavoro/24_aprile_08/pil-il-sorpasso-della-spagna-all-italia-e-l-esempio-degli-usa-dove-la-recessione-non-arriva-piu-b0c3535e-78d8-4b83-b13b-8d42bcb1dxlk.shtml?refresh_ce)



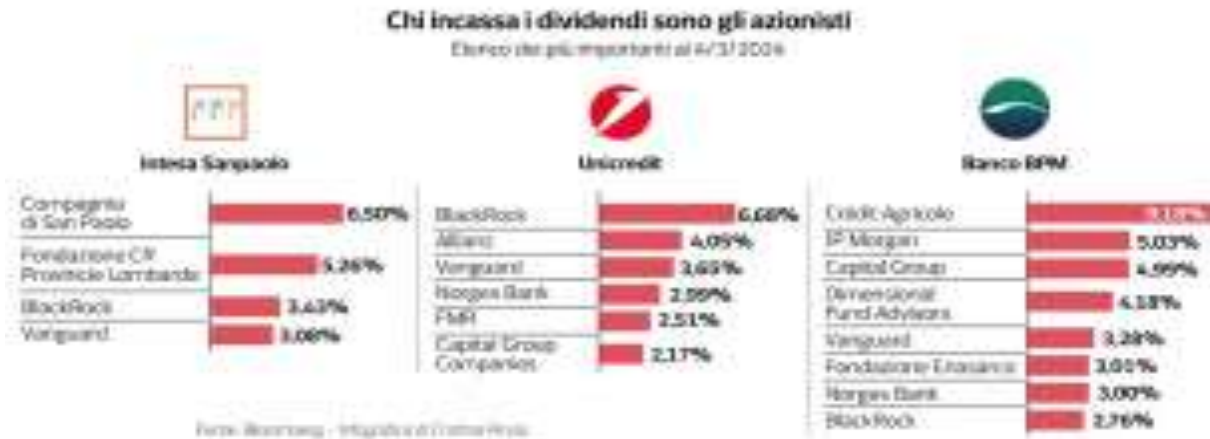
***I correntisti piangono, le banche brindano – i principali istituti italiani nel 2023 hanno registrato utili per 28 miliardi di euro, l’87% in più rispetto al già “ricco” 2022 – mi-jena gabanelli: “con l’aumento dei tassi i debitori hanno visto innalzare il costo del loro debito, i depositanti non hanno visto crescere i loro interessi. I reali beneficiari della maggiore redditività delle banche sono gli azionisti, ovvero i grandi fondi d’investimento...” – in media la rata sui mutui a tasso variabile è passata in due anni da 500 a 750 euro – video***

I numeri arrivano dai comunicati delle principali banche italiane quotate: Intesa Sanpaolo, Unicredit, Banco Bpm, Bper, Mps, Mediobanca, Popolare di Sondrio e Credem hanno registrato nel corso del 2023 utili per 23 miliardi, che salgono a circa 28 miliardi se si aggiungono quelli di Iccrea, Cassa Centrale Banca, della



controllata bancaria italiana del Crédit Agricole e della Bnl, controllata italiana del gruppo Paribas. Un boom di utili, con un valore ben superiore (+ 87%) al già significativo risultato di 15 miliardi conseguito nel 2022. Visto l'impatto che questo settore ha sulla vita di tantissimi privati ed imprese, con l'aiuto di Arturo Capasso (prof di Corporate Finance alla Luiss) e dell'ex dirigente bancario Francesco Tuccari, proviamo a capire come si è formato questo enorme profitto e soprattutto quali sono i reali beneficiari.

### Come guadagnano



8

Le banche guadagnano principalmente attraverso tre diverse attività. La prima è quella di intermediazione di denaro: la banca riconosce un interesse fisso a chi deposita soldi (interessi passivi), e si fa pagare (interessi attivi) da chi chiede prestiti un tasso base di riferimento (l'Euribor per i finanziamenti a tasso variabile, e l'Irs per quelli a tasso fisso) a cui aggiunge un «sovrapprezzo», che varia in proporzione alla «rischiosità» dei soggetti finanziati. La differenza è il «margine d'interesse».

La seconda attività riguarda le commissioni che incassa ogni qualvolta effettua operazioni per conto del cliente: dal pagamento di una utenza all'incasso di un assegno, dalla gestione del conto corrente ai bonifici, prelievo contanti con il bancomat, vendita di prodotti finanziari.

La terza attività sono gli investimenti finanziari, dai quali la banca può conseguire un utile o una perdita (proventi finanziari). Nel biennio 2022-2023 è il «margine di interesse» a raggiungere la componente di maggior valore: quasi il 60%.



7

Cosa è successo? Dalla sua costituzione la Bce ha posto fra i propri obiettivi un livello di inflazione al 2%.



All'inizio del 2022, a seguito di 2 anni di pandemia e lo scoppio della guerra in Ucraina con i rincari dell'energia, i prezzi sono esplosi. Per contenerli, nel mese di luglio del 2022, la Bce ha innalzato il tasso di riferimento portandolo nell'arco di 14 mesi dallo 0,5% al 4,50%.

Il sistema bancario italiano ha applicato subito questi rialzi, ma solo sui finanziamenti, passati nel biennio 2022-2023 dal 2,13% al 4,76%. Mentre gli interessi riconosciuti ai depositanti sono rimasti pressoché fermi allo 0,20% e solo nell'ultimo trimestre 2023 sono arrivati allo 0,53%. Va detto che ancora oggi molte grandi banche applicano sui depositi a vista lo 0,01%.

Eppure l'art. 118, comma 4, della Legge bancaria dice espressamente: «Le variazioni dei tassi di interesse adottate in previsione o in conseguenza di decisioni di politica monetaria riguardano contestualmente sia i tassi debitori che quelli creditori, e si applicano con modalità tali da non recare pregiudizio al cliente».

La vigilanza non ha battuto ciglio.

Questo comportamento «differenziato» è forse dovuto al fatto che le banche devono fronteggiare un aumento dei costi di funzionamento e le esposizioni verso clienti che non sono in grado di rimborsare i loro crediti? I dati dimostrano che sia i primi che i secondi sono calati.

### Riduzione di sportelli e personale

Partiamo dai costi operativi: nel decennio compreso fra il 2013 ed il 2023, le banche hanno ridotto del 37% il numero dei loro sportelli, e di circa il 20% il numero dei loro dipendenti, che vuol dire 50 mila impiegati mandati a casa. Solo negli ultimi due anni è stata registrata la chiusura di oltre 1.500 filiali.

Secondo una stima effettuata dalle organizzazioni sindacali di settore, per il 2027 è prevista una riduzione del personale tra le 12 e le 14 mila unità. Tradotto in termini di impatto sulla popolazione: ben 4,4 milioni di persone risiedono in Comuni in cui non possono accedere fisicamente ai servizi bancari. [...]

Per quel che riguarda i «costi» sofferti dalla industria bancaria, i cosiddetti crediti problematici, l'Npl Ratio lordo delle banche italiane nel 2023 è sceso al 3,1%; un livello di gran lunga inferiore alla soglia di sicurezza del 5% definita dall'Eba (l'Autorità di vigilanza bancaria europea).

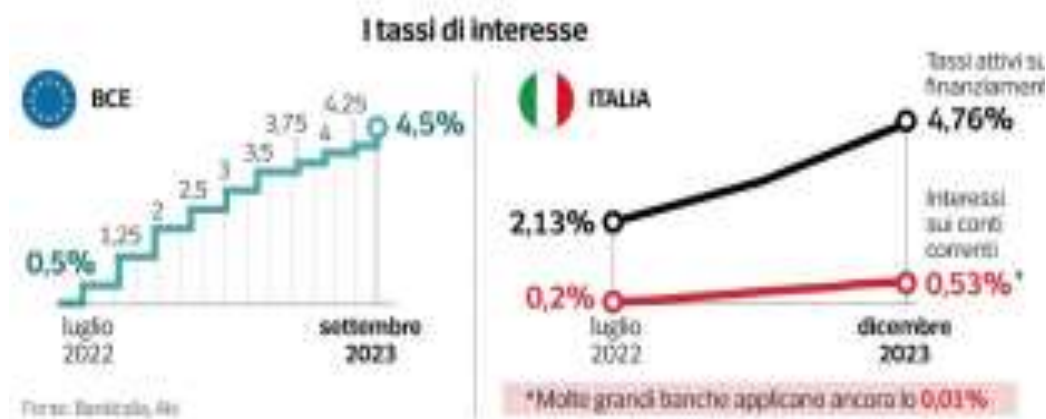
Ciò è avvenuto anche grazie alla cessione ai fondi specializzati di circa 280 miliardi di crediti deteriorati. Tornando, invece, all'enorme incremento dei proventi, quale impatto ha avuto sulle famiglie?



### Il peso sui mutui delle famiglie

Sulla base di dati elaborati da Bankitalia a fine 2023 circa 2,8 milioni di famiglie risultavano avere in essere un mutuo per l'acquisto di una casa a tasso fisso, mentre circa 1,6 milioni a tasso variabile.

Secondo la stessa elaborazione, nel 2021 — ultimo anno per il quale si dispone di dati a livello territoriale — i mutui pesavano sul reddito disponibile per il 32%.



In un suo recente intervento (Assiom Forex del 10 febbraio 2024), il Governatore della Banca d'Italia ha ricordato che nell'ultimo biennio la crescita dei tassi applicati sui mutui a tasso variabile ha determinato un aumento della rata mensile del 50%, passata mediamente da 500 a 750 euro. Se si considera che nel nostro Paese (Istat 2023) lo stipendio netto medio di un dipendente oscilla fra i 1.400 ed i 1.600 euro, il solo aumento della rata ha ulteriormente impegnato il 17% del reddito disponibile [...]

### La tassa sugli extra-profitti

L'enorme incremento dei proventi delle banche quindi non è dovuto a una maggiore efficienza, per questo è stato definito «extraprofitto», e su una quota del «margine d'interesse» il Governo, lo scorso agosto, ha annunciato l'applicazione di una «imposta straordinaria» del 40%.

Nelle casse dello Stato sarebbero entrati circa 3/4 miliardi da destinare a misure di sostegno per i mutui delle famiglie in difficoltà, al rifinanziamento del fondo mutui prima casa giovani a tasso variabile, oltre a un contributo per la riduzione delle tasse per famiglie e imprese.

Le banche sono insorte, e il Governo ha concesso un'alternativa: se non volete dare questi soldi allo Stato potete metterli nella vostra cassaforte per rafforzare il patrimonio. Non ne avrebbero bisogno poiché le banche italiane oggi presentano livelli di patrimonializzazione ampiamente al di sopra dei requisiti minimi di vigilanza richiesti dal regolatore europeo, ma ovviamente tutte le banche hanno aderito.

### Chi si spartisce il malloppo

Tirando le somme: i debitori hanno visto innalzare il costo del loro debito, i depositanti non hanno visto crescere i loro interessi, se non nell'ultimo trimestre e in misura infinitesimale e solo ai clienti che hanno protestato. I reali beneficiari della maggiore redditività delle banche sono stati gli azionisti che si divideranno il 60% di quei 28 miliardi, ovvero i grandi fondi d'investimento internazionali: BlackRock, Vanguard, Capital Group, Dimensional Fund Advisors, ma anche Allianz, Crédit Agricole, JP Morgan ecc..



Fonte: Elaborazione dati da «Analisi Ufficio Studi» - Fondazione Fies - Il First Club, bilanci gruppi bancari 2020-2023

Dividendi accresciuti anche da una maggiore valorizzazione delle azioni possedute, visto che quasi tutte le maggiori banche hanno fatto grandi acquisti di azioni proprie, aumentandone pertanto il valore, con buona pace di tutte le teorie di «responsabilità sociale d'impresa».



### **Profitti delle Banche Italiane - Dataroom**

Va ricordato che quando le banche italiane vanno in crisi lo Stato va in soccorso. È successo con Montepaschi, Veneto Banca, Popolare di Vicenza, e tutte le altre finite in liquidazione coatta.

Ora che il sistema bancario vive un periodo di vacche grasse, lo Stato gli concede di non restituire nulla alla collettività.

<https://www.dagospia.com/rubrica-4/business/correntisti-piangono-banche-brindano-ndash-principali-istituti-388558.htm>



## **Riforme: questione fiscale esplosiva, negata ogni razionalità tributaria (Il Sole 24 Ore)**

Vincenzo Visco

*Pochi si rendono conto di quanto esplosiva stia diventando la questione fiscale nel nostro Paese. Il fisco in Italia è infatti diventato sempre più il luogo della discrezionalità e dell'arbitrio, e ogni principio di razionalità tributaria viene ignorato, anzi negato.*

*Consideriamo il recente decreto delegato in tema di riscossione. La teoria economica e gli studi empirici indicano che la decisione di evadere di un contribuente razionale dipende da due fattori principali: il livello delle aliquote, e la probabilità di essere assoggettato ad accertamento e gravemente sanzionato.*

*Ebbene, il decreto, pur non toccando le aliquote, incide fortemente sulle penalità applicabili, e quindi sui rischi collegati al mancato pagamento delle imposte. Infatti, i contribuenti che devono al fisco fino a 120mila euro potranno limitarsi a comunicare all'Agenzia delle entrate di non essere in grado di pagare per ottenere una rateizzazione del debito fino a 10 anni. Al di sopra dei 120mila euro, sarà necessario trasmettere qualche elemento di informazione circa la carenza di liquidità per ottenere una analoga rateizzazione.*

*Si trascura completamente il fatto che ci si può trovare, o apparire, a corto di liquidità ed essere invece pienamente solvibili. In questo modo viene meno ogni effetto di deterrenza e il ricorso alla rateizzazione tenderà a diventare un metodo alternativo di finanziamento dei contribuenti rispetto ai normali canali creditizi. E va notato che questo “beneficio” si applica ad una sola categoria di contribuenti, e certamente non a dipendenti e pensionati.*

*In conseguenza l’evasione dei contribuenti non soggetti alla ritenuta alla fonte tenderà inevitabilmente a crescere nel prossimo futuro, anche se non è chiaro se questa crescita sarà registrata nelle statistiche ufficiali del governo che già oggi, per motivi tecnici, non tengono conto dell’evasione dei contribuenti forfettari. Né va dimenticata la cancellazione automatica delle cartelle dopo 5 anni dalla loro emissione, senza nessuna verifica credibile della loro effettiva inesigibilità.*

*Secondo i dati ufficiali, l’evasione complessiva supera gli 80 miliardi di euro. In verità, anche per le ragioni più sopra ricordate, essa è superiore e rimane prossima ai 100 miliardi, ed è attribuibile pressoché esclusivamente ai lavoratori indipendenti e alle imprese minori che, sempre secondo i dati ufficiali, evadono in media il 70% dei loro fatturati e redditi. Ma sono proprio questi contribuenti ai quali il governo ha riservato un concordato preventivo biennale, ad adesione volontaria, molto vantaggioso e che li escluderà dalla possibilità di accertamento.*

*Agli stessi contribuenti è riservato un regime forfettario per fatturati dichiarati fino a 85mila euro i quali, previo un abbattimento variabile a seconda dell’attività svolta, possono pagare un 15% forfettario in sostituzione di Iva, Irpef, addizionali regionali e comunali.*

*Essi sono inoltre esenti dall’Irap. In conseguenza non partecipano al finanziamento della sanità e dei servizi pubblici locali.*

*Il vantaggio che ottengono in questo modo rispetto ai lavoratori dipendenti e al pensionati è molto consistente e crescente col reddito (e col fatturato).*

*Se poi si considera il fatto che si tratta di contribuenti che in media evadono il 70%, limitandosi a dichiarare il 30% dei loro introiti effettivi, si può verificare facilmente che il limite di 85mila euro corrisponde in realtà ad un fatturato effettivo di oltre 283mila euro, per cui un professionista evasore e forfettario con quel reddito risparmierebbe, rispetto ad un lavoratore dipendente qualcosa come 78mila euro l’anno! Non si tratta certo di differenze trascurabili!*

*Tanto più che i lavoratori dipendenti e pensionati con redditi medi, e soprattutto medio-elevati che non possono evadere, sono stati anche penalizzati in sede di rivalutazione delle pensioni e vengono sistematicamente discriminati nell’applicazione concreta delle addizionali locali.*

*Nel recente dibattito il governo ha molto enfatizzato presunti successi nella lotta all’evasione che nel 2023 avrebbe prodotto oltre 24 miliardi di maggiori entrate.*

*Non è così. Le cifre indicate non sono altro che il risultato dell’attività ordinaria dell’amministrazione che rimane costante anno dopo anno intorno a 15-16 miliardi, che è crollato negli anni della pandemia e ha mostrato un ovvio rimbalzo negli ultimi due anni.*

*Si tratta in gran parte di versamenti diretti, tipo ricalcoli, errori materiali eccetera che vengono corretti. Del resto, se di vero recupero di evasione si trattasse, gli 80 miliardi di evasione ufficiale dovrebbero scomparire in pochi anni, anzi sarebbero già dovuti sparire da tempo.*

*Concludendo, la situazione è inaccettabile e insostenibile.*

*E non sarebbe sorprendente se a livello politico o sindacale venisse prospettata una misura estrema, ma comprensibile e giustificabile nella situazione attuale, come la soppressione della ritenuta alla fonte per i redditi da lavoro e pensione.*

<https://www.fiscoequo.it/riforme-questione-fiscale-esplosiva-negata-ogni-razionalita-tributaria-il-sole-24-ore/>

## **Fisco, azzardo, non autosufficienti: le decisioni del Consiglio dei ministri (Avvenire.it)**

**Luciano Cerasa**

*Le cartelle esattoriali non riscosse dall’Agenzia delle Entrate dopo 5 anni saranno rispedito al mittente. Mentre il “fisco amico” concede più tempo ai contribuenti che accettano di pagare: potranno contare su una rateizzazione extralarge, fino a 120 rate in 10 anni.*

*Sono le due principali novità del decreto legislativo sulla riscossione, nuovo tassello della riforma fiscale, approvato ieri in via preliminare dal Consiglio dei ministri.*

*«Un importante intervento che ha tre obiettivi: snellire l’attuale magazzino di debiti fiscali, evitare che in futuro se ne crei un altro della medesima entità e rendere la riscossione più veloce ed efficiente», ha spiegato il viceministro dell’Economia Maurizio Leo.*

*L’obiettivo è ridurre la montagna di crediti vantati dal Fisco che alla fine del 2023 è arrivata a valere, sulla carta, 1.200 miliardi: si tratta di 163 milioni di cartelle e avvisi che fanno capo a oltre 22 milioni di contribuenti sempre più difficili da recuperare.*

*Per il futuro, dal 2025, le cartelle notificate e non riscosse dopo cinque anni, salvo quelle già «oggetto di procedure esecutive o di accordi di ristrutturazione», saranno automaticamente stralciate dal magazzino. Un’ipotesi su cui in passato la Corte dei conti aveva avuto da eccepire temendo che favorisse i mancati pagamenti. E che anche ieri ha ricevuto critiche: «Basterà resistere 5 anni per essere al sicuro. Ora avremo pure il condono in automatico», ha commentato l’economista Carlo Cottarelli.*

*Il decreto dispone comunque che le cartelle non vengano cestinate ma restituite all’ente creditore (ministeri, Inps, Comuni) che a quel punto potrà decidere se gestire in proprio un nuovo tentativo di riscossione, affidarla a soggetti privati o lasciar perdere. Nel caso l’ente sia a conoscenza di «nuovi e significativi elementi reddituali o patrimoniali» del debitore potrà riaffidare la pratica all’Agenzia per altri due anni.*

*Per quanto riguarda l’arretrato, il decreto stabilisce di affidare a una commissione composta da un rappresentante della Corte dei conti, uno del dipartimento delle Finanze e uno della Ragioneria il compito di analizzare il magazzino e proporre al ministero dell’Economia una via per smaltire in tutto in parte l’enorme magazzino: obiettivo che dovrà esser raggiunto in tre step sulla base dell’anzianità delle cartelle stesse. L’ultimo atto è previsto per il 2031. Svuotare questa abnorme mole di crediti, riferita anche a persone defunte, nullatenenti e soggetti non più reperibili o in attività è molto importante per razionalizzare la riscossione, spiegano fonti governative. Ma resta da vedere se si tratterà di un’operazione chirurgica sulle posizioni non più esigibili o a un taglio più massiccio.*

*Nel frattempo la riscossione dovrà essere rafforzata. L’Agenzia sarà tenuta a notificare “tempestivamente” le cartelle, entro nove mesi dall’affidamento del carico, mentre dovrebbe avere accesso allo stato dei conti correnti dei creditori, passaggio per arrivare a pignoramenti mirati e non più al “buio”.*

*Intanto però i contribuenti che documentano di essere in «temporanea situazione di obiettiva difficoltà» potranno ottenere rateizzazioni più lunghe per pagare le cartelle: il numero delle rate potrà salire gradualmente dall’attuale massimo di 72 fino a 120 entro il 2031. «Il governo continuerà a lottare contro i furbetti, mentre c’è tutta la volontà di aiutare chi vuole pagare ma è impossibilitato a saldare per intero il proprio debito», assicura Leo.*

### **Il governo punta a fare cassa sull’azzardo**

*L’obiettivo è di rimettere ordine nel sistema dei giochi pubblici con norme «più moderne e rigorose» e di aumentare «il valore delle concessioni da assegnare portandole ai corretti livelli di mercato». Ma in*



realtà servirà a rimpinguare le casse dello Stato e a trovare i fondi necessari per confermare il taglio delle tasse nel 2025 (servono 15 miliardi).

Sul tavolo del governo ieri pomeriggio è arrivato il decreto sul riordino del comparto giochi, già approvato in via preliminare prima di Natale, dopo le modifiche apportate al testo a seguito del passaggio nelle commissioni di Camera e Senato. «Si interviene sui giochi mettendo ordine al settore.

Il decreto sul tema è stato approvato in via definitiva – dice il viceministro dell'Economia e delle Finanze, Maurizio Leo, alla fine del Cdm -. Rimane fermo il canone di 7 milioni per i concessionari giochi a distanza, mentre sono state inserite disposizioni per le gare del Lotto con scadenza a novembre 2025 e del Gratta e vinci con scadenza a settembre 2028».

Tra le principali novità c'è l'aumento degli importi richiesti ai concessionari di giochi online, che per operare in Italia dovranno pagare tre canoni. Un canone una tantum che passa dai precedenti 250mila euro a 7 milioni di euro (il 2800% in più); un canone annuale pari al 3% dei ricavi netti di ogni concessionario (il doppio rispetto al passato); una "fee annuale", una tassa insomma pari allo 0,2% dei ricavi netti dei concessionari per campagne informative e di comunicazione per il contrasto alla ludopatia.

Nel provvedimento viene anche disposto il rinnovo della gara del Lotto (la concessione gestita oggi da Igt scadrà a novembre 2025), con una gara per cui saranno necessari 18 mesi che passa da una base d'asta di 700 milioni a 1 miliardo di euro.

Nel 2023 lo Stato ha incassato dal settore dei giochi d'azzardo circa 12 miliardi di euro. Poco più di un miliardo è arrivato proprio dal Lotto, che ora il governo si appresta a rimettere a gara con un meccanismo che assicura l'ennesimo regalo pubblico al privato di turno. Secondo voci non confermate, infatti, come già previsto dall'ultima bozza di decreto circolata, lo Stato garantirà all'assegnatario un aggio del 6% annuo e la gara avrà una durata di nove anni non rinnovabili.

Nel decreto si mette, inoltre, definitivamente la parola fine all'utilizzo del contante per i giochi online. Chi vorrà ricaricare più di 100 euro cash dovrà necessariamente utilizzare strumenti elettronici di pagamento tracciabili e sicuri. Una misura «importante nella lotta al riciclaggio di denaro», la definiscono fonti di governo, che assicurano il prossimo step sarà «un intervento sulla rete dei giochi fisici per realizzare una completa e definitiva razionalizzazione di tutto il sistema».

### **Legge delega sugli anziani: aiuti già dai 65 anni**

Passaggio definitivo in Consiglio dei ministri per il decreto legislativo che attua la delega per la riforma della non autosufficienza.

Da indiscrezioni di fonte ministeriale pare che ci sia stata almeno una correzione di un certo peso: gli interventi economici a favore degli anziani interessati scatteranno già a partire dai 65 anni, come nello spirito della legge, anziché dai 70 anni come avrebbe voluto la Ragioneria dello Stato per contenere l'esborso.

Inoltre si precisa all'art. 2 che "resta ferma la disciplina, relativa a prestazioni e servizi, già prevista a legislazione vigente", facendo quindi salvo quanto già concesso oggi.

Soddisfazione è stata manifestata dalla viceministra al Lavoro, Maria Teresa Bellucci, che ha così commentato: «Raggiungiamo un altro obiettivo Pnrr e soprattutto saniamo oltre 20 anni d'attesa». Sul disco verde finale all'atteso decreto, l'esponente di Fdi ha poi aggiunto: «È una riforma fondamentale. L'Italia è la prima nazione in Europa per numero di anziani, la seconda al mondo.

Grazie a questa riforma inizieremo a poter dare certezza alle persone anziane in termini di miglioramento della qualità della vita, della possibilità di scongiurare l'isolamento, la solitudine, di semplificare l'accesso ai servizi e di poter quindi promuovere questa stagione della vita in maniera dignitosa.

Gli anziani sono una parte essenziale della nostra società, hanno fondato la nostra nazione. Il governo – ha concluso Bellucci – è loro grato e intende esprimere questa gratitudine attraverso questa riforma e quindi promuovendola nel tempo, per far sì che ogni persona anziana possa essere attenzionata e ricevere cure e amore».

## la Repubblica

### **Male l'industria italiana, a gennaio il fatturato cala del 3,1%**

*Andamento opposto rispetto a quello dei servizi, che sono in positivo: pesa soprattutto il mercato estero*

MILANO – L'industria soffre e offusca la crescita del settore dei servizi, rannuvolando il cielo sopra l'Italia Spa. A pochi giorni dalla diffusione di un [Documento di economia e finanza](#) che abbassa le stime di crescita per l'economia tricolore, è l'Istat a registrare il calo del fatturato della manifattura italiana.

Def, il documento alle Camere. Misure sui crediti d'imposta per tenere a bada il deficit. Priorità a confermare il taglio del cuneo

10 Aprile 2024

"A gennaio, al netto dei fattori stagionali, cresce su base mensile il fatturato dei servizi, mentre sono in calo le vendite del settore industriale", annotano dall'Istituto di statistica nei dati appena pubblicati. In particolare, per il primo mese del 2024 si stima, per il fatturato dell'industria e al netto dei fattori legati alla stagionalità, un calo congiunturale sia in valore (-3,1%), tenendo dunque in conto prezzi correnti, sia in volume (-2,6%), ovvero prendendo le vendite depurandole dalla componente dei prezzi.

A pesare pare esser maggiormente l'exort. L'Istat infatti parla di "diminuzioni della stessa intensità per valori e volumi (-2,4%) sul mercato interno e flessioni più accentuate dei valori (-4,5%) rispetto ai volumi (-2,8%) sul mercato estero".

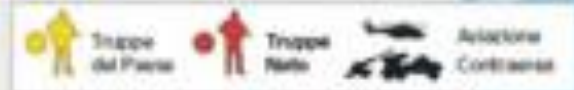
Per i servizi, invece, "l'aumento dell'indice destagionalizzato è diffuso sia al settore del commercio all'ingrosso, commercio e riparazione di autoveicoli sia a quello degli altri servizi, con dinamiche simili sia in valore sia in volume". L'incremento nel dettaglio è dell'1,6% in valore e dell'1,7% in volume.

Anche se si guarda il raffronto rispetto al gennaio 2023, quindi in termini tendenziali, emerge un doppio binario tra settore secondario e terziario. Il fatturato dell'industria, "corretto per gli effetti di calendario, registra una flessione sia in valore (-3,6%) sia in volume (-1,8%), con diminuzioni del 3,4% sul mercato interno (-1,6% in volume) e del 3,9% sul mercato estero (-2,6% in volume). I giorni lavorativi di calendario sono stati 22 contro i 21 di gennaio 2023. Nei servizi, invece, si registrano incrementi tendenziali del 3,6% in valore e del 3,8% in volume", dice l'Istat.

Preoccupata la reazione dell'Unione nazionale dei consumatori, che parla di "un pessimo inizio d'anno" con una "doccia fredda" dopo il rialzo di dicembre "che sembrava di buon auspicio per il 2024". "Non c'è un dato che sia positivo, né congiunturale né tendenziale, né in valore né in volume, né interno né estero. Insomma, peggio di così non si può!", commenta il presidente Massimiliano Dona.

[https://www.repubblica.it/economia/2024/04/12/news/male\\_lindustria\\_italiana\\_a\\_gennaio\\_il\\_fatturato\\_cala\\_del\\_31-422470619/?ref=RHLF-BG-P3-S1-T1](https://www.repubblica.it/economia/2024/04/12/news/male_lindustria_italiana_a_gennaio_il_fatturato_cala_del_31-422470619/?ref=RHLF-BG-P3-S1-T1)

# Il fianco orientale



**100.000** Soldati americani dispiegati in Europa  
**340.000** 140.000 soldati già schierati sotto diretto comando Nato, 200.000 da schierare entro giugno

- Testate tattiche nucleari Usa (100 la metà in Turchia)
- Testate nucleari nazionali
- Italiani nei contingenti Nato
- Punti critici



## Ecco chi compra i titoli di Stato italiani al posto della Bce

Outlook del 27 marzo.

*Il timore che la fine degli acquisti da parte della Banca centrale europea dei titoli di Stato dell'area euro innescasse una crisi sulle compravendite dei bond soprattutto per i Paesi altamente indebitati come l'Italia al momento non si è concretizzato.*

*Cosa è successo. Dalla metà del 2022 a oggi, la Bce ha ridotto il proprio bilancio di 2.000 miliardi di euro soprattutto attraverso una riduzione dei titoli di Stato in portafoglio.*

*1) Parte di questi erano tenuti come garanzie dei prestiti concessi al sistema bancario*

*2) un'altra parte invece era frutto degli acquisti della Bce effettuati per sostenere le emissioni dei Paesi dell'area euro durante le varie crisi succedutesi dal 2015 in poi e culminate con la pandemia da Covid.*

*Il rialzo dei tassi. Oggi con la stretta monetaria in atto, i prestiti concessi alle banche dalla Bce hanno iniziato a diminuire drasticamente e i titoli in garanzia sono tornati sul mercato, in più l'acquisto di titoli di Stato è stato azzerato, non reinvestendo più la Bce nei titoli in scadenza nell'ambito dei suoi programmi di acquisto, il Public sector purchase programme (Pspp), avviato per il settore pubblico dal marzo 2015 fino a dicembre 2018, e andato avanti nel riacquisto dei titoli in scadenza fino a luglio 2023.*

*E il Pandemic emergency purchase programme (Pepp), attivato per l'emergenza pandemica fino alla fine del 2022, per poi passare al solo reinvestimento sui titoli in scadenza sino alla fine del 2024.*

*Quanti titoli italiani aveva acquistato la Bce?*

*Attraverso questi due programmi nel 2022 la Bce è arrivata ad acquistare sul mercato secondario quasi il 77% delle emissioni dei titoli di Stato italiani, scesi improvvisamente all'8,7% nel 2023 e al 7,6% per l'anno in corso.*

*Una riduzione consistente che si è innescata in uno scenario di forte emissioni da parte di molti governi, compreso quello italiano, alle prese con il rifinanziamento del proprio debito.*

*Chi ha comprato al posto della Bce? La domanda è lecita perché le aste sono andate tutt'altro che deserte, anzi, sono state sottoscritte per quantità molto maggiori rispetto all'offerta. E sono emersi due tipologie di compratori, gli investitori esteri e le famiglie.*

*Gli investitori esteri. Secondo i dati pubblicati dalla Bce, gli investitori esteri non sono una novità, perché sono da sempre tra i maggiori compratori di titoli di Stato dell'area euro, con una quota che prima dell'avvio dei programmi di acquisto della Bce era intorno al 40% delle emissioni totali. Un loro ritorno era facilmente prevedibile spinto soprattutto dal rialzo dei rendimenti.*

*Eppure nonostante gli acquisti, non sono tornati ai livelli pre 2015, ma dopo essere scesi al minimo intorno al 20% nel 2022, hanno iniziato a risalire per attestarsi con una quota di poco superiore al 25% a fine 2023.*

*Le loro preferenze sono andate ai titoli europei dei Paesi con miglior rating, come la Germania e la Francia, e in misura minore a Italia e Spagna.*

*Le famiglie. Quel che più ha stupito gli analisti della Bce è stata la risposta dei piccoli investitori i cui acquisti si sono riportati rapidamente alla quota prima del lancio dei programmi di acquisto del settore pubblico. Era al 3,5% e a questo livello è tornata.*

*A spingere la fame di bond delle famiglie sono stati due fattori:*

*1) i rendimenti elevati garantiti dal rialzo dei tassi, ai massimi di vent'anni*

*2) le emissioni pensate e costruite per il retail (come il Btp Valore in Italia) in un momento in cui le banche hanno lasciato i rendimenti sulla liquidità depositata sui conti correnti a zero. Il tutto, per di più, in un momento in cui l'aumento dei risparmi avvenuto durante la pandemia ha fatto sì che le famiglie avessero a disposizione più denaro da investire.*

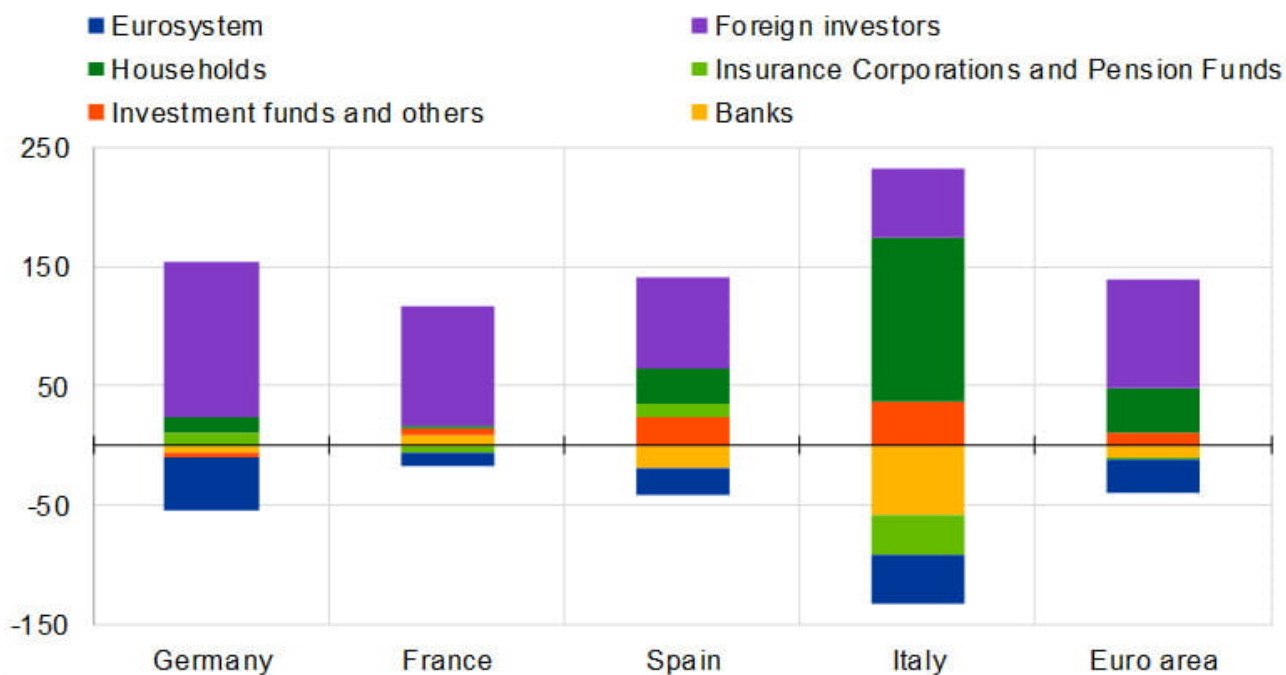
*Lo scenario italiano. Questo andamento è confermato dai dati della Banca d'Italia relativi alla composizione del debito italiano.*

*I più attivi compratori di bond nel 2023 sono stati proprio le famiglie e gli investitori non finanziari che ne hanno comprati per 121,6 miliardi in più, in rialzo del 3,9% rispetto al 2022, e gli investitori stranieri per 51,1 miliardi in rialzo dello 0,8%, numeri che appaiono ancora più consistenti se paragonati con gli acquisti di Banca d'Italia e delle banche (compresi i fondi di investimento) scesi rispettivamente di 24 e 39,5 miliardi.*

*La tenuta del sistema. I mercati, quindi, hanno continuato a funzionare bene, mantenendo intatta la capacità di acquistare o vendere obbligazioni, come dimostra la buona relazione confermata tra volatilità e liquidità: nei momenti di crisi quando aumenta la prima, come nei casi in cui vengono alzati i tassi di interesse, la seconda dovrebbe peggiorare.*

*“Questo – spiega un report della Bce - è ciò che è accaduto nel marzo 2020, all'inizio della pandemia, quando i mercati obbligazionari dell'area dell'euro hanno subito gravi perturbazioni a causa del drastico deterioramento della liquidità e*

dello scollamento dalla volatilità”. Situazione che, invece, non si è verificata in questo periodo di normalizzazione dei bilanci. Perché ha funzionato? I motivi secondo gli esperti della Bce, sono tre.



Fonte: Bce

1) In primo luogo, la comunicazione tempestiva della riduzione del bilancio dell'Eurosistema ha facilitato la pianificazione e l'adattamento degli operatori di mercato, come banche, assicurazioni e hedge fund. La riduzione del bilancio in modo prevedibile e graduale ha favorito condizioni di mercato ordinate.

2) In secondo luogo, gli emittenti di obbligazioni hanno modificato strategicamente il loro comportamento: sia governi che società private hanno reagito al nuovo contesto accorciando inizialmente le scadenze delle loro obbligazioni e alcuni hanno emesso prodotti d'investimento dedicati agli investitori retail.

3) Infine, le banche che hanno curato le emissioni hanno avuto un ruolo fondamentale affinché i mercati secondari rimanessero liquidi ed efficienti. Dall'inizio della riduzione del bilancio della Bce, hanno mobilitato uno spazio sufficiente nel loro bilancio che ha facilitato la compravendita di obbligazioni tra investitori nel mercato secondario.

Ma la domanda ora è: cosa succederà quando inizieranno a scendere i tassi di interesse? Al di là degli accorgimenti tecnici, non c'è ombra di dubbio che un grande aiuto al collocamento dei titoli sia arrivato dai rendimenti. La speranza di chi vende è che i tassi non tornino a zero perché la quantità di titoli da sostituire è tuttora enorme. A febbraio 2024 la Banca centrale europea aveva in portafoglio ancora 405 miliardi di titoli italiani, relativi al programma Pspp, e altri 285 miliardi relativi al Pepp, pari a 690 miliardi, vale a dire poco più del 24% del debito pubblico italiano.

[https://www.repubblica.it/economia/rubriche/outlook/2024/03/27/news/ecco\\_chi\\_compra\\_i\\_titoli\\_di\\_stato\\_italiani\\_al\\_posto\\_della\\_bce-422383076/?ref=RHVS-BG-P3-S8-T1](https://www.repubblica.it/economia/rubriche/outlook/2024/03/27/news/ecco_chi_compra_i_titoli_di_stato_italiani_al_posto_della_bce-422383076/?ref=RHVS-BG-P3-S8-T1)